



UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**PERCEPCION DE LAS PERSONAS ADULTAS
MAYORES DE LOS PROCESOS DE ATENCIÓN DE
LA SALUD EN EL ÁREA DE SALUD DE MORAVIA**

Tesis sometida a la consideración del Programa de Estudios de
Posgrado en Gerontología para optar por el grado de
Magister Scientiae

Sergio Herrera Zúñiga

Ciudad Universitaria "Rodrigo Facio", Costa Rica

2005

DEDICATORIA

A mis padres Rosa Lilliam y Auriel Emilio, hoy personas adultas mayores, de quienes he aprendido a su lado a valorar los detalles más pequeños y a luchar con dignidad, por aquellos que requieren un poco más de esfuerzo.

A mi hermana Vera por su consideración, apoyo y consejo sagaz, en un caminar, que me inspiró a seguir su ejemplo.

A mis hermanos Hugo, Arturo (q.d.D. g.) y Hernán, por su paciencia y la fuerza para llegar a cristalizar un proyecto de vida.

A mi cuñada Ana y a mis sobrinos Gustavo, Arturo, Tatiana y Víctor Hugo, por sus diferentes muestras de solidaridad.

A todas las personas adultas mayores, en cuyas caras veo abrigada en el recuerdo y en mi corazón la sonrisa, la ternura, la caridad y la sensatez de mi abuelita Rosalina.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, vida divina y una en tres personas y a su madre amantísima la Virgen María.

Extensivo a todas aquellas otras, informantes, profesores consejeros, familiares, compañeros de trabajo y amigos que de diferentes manifestaciones, modos y momentos, me brindaron su tiempo, sus sabios consejos, su inspiración, su tolerancia, su apoyo, su cariño y energía.

Actores terrestres como celestiales que diseñaron el broquel para ayudarme a vencer los temores, abrigarme de las dudas y vencer los obstáculos. Dando así lugar, a un naciente y refrescante arco iris de palabras, plasmado en constelaciones vívidas de ideas, que confluyeron con sentimientos genuinos, colmados de esperanzas e ilusiones en la construcción de una mejor alborada para todas las que hoy y mañana, seremos personas adultas mayores.

PENSAMIENTOS

Las células humanas no envejecen
por los años vividos sino por la
forma en que los han vivido.

H. San Martín, 1994

El bienestar no consiste en
la posesión de tierras, animales y otras
riquezas; es la salud el asiento real
del bienestar humano.

Demócrito, siglo v a. C.


El envejecimiento forma parte
de nuestro ciclo vital...
podemos vivir más o menos años
según cuáles sean nuestros modos
de vida... y nuestro estado de salud.

H. San Martín, 1994

HOJA DE APROBACIÓN

Esta Tesis fue aceptada por la Comisión del Programa de Postgrado en Gerontología de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar por el Grado de Magister Scientiae.

Dra. Olga Marta Murillo Bolaños
Representante del Decano del
Sistema de Estudios de Posgrado



Dra. Sonia Abarca Mora
Directora de la Tesis



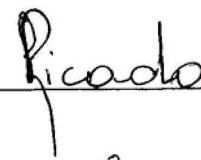
Dra. Adelina Brenes Blanco
Asesora



Dr. Álvaro Martínez Montandón
Asesor



M.Sc. Lillyana Picado Espinoza
Directora Programa de Posgrado en
Gerontología



Sergio Herrera Zúñiga
Candidato



TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
CAPÍTULO I: LA INTRODUCCIÓN	1
1.1 El tema. Su justificación	2
1.2 El planteamiento del problema	13
1.3 Los objetivos	14
1.4 Los antecedentes	15
 CAPÍTULO II: EL MARCO CONCEPTUAL	 26
2.1 La percepción social como referente para el conocimiento de un servicio social	27
2.2 El análisis de los modelos de atención al adulto mayor en otros contextos internacionales	36
2.3 La salud pública en Costa Rica y su impacto en la atención de la persona adulta mayor	40
2.4 El proceso de la modernización	48
2.5 La organización de los servicios en el modelo de salud	52
2.6 La ubicación en el contexto del Área de la Salud de Moravia	55
2.7 Un análisis crítico del desarrollo humano en los procesos de atención del adulto mayor en Costa Rica	71
 CAPÍTULO III: EL MARCO METODOLÓGICO	 74
3.1 La naturaleza cualitativa del problema de investigación	75
3.2 La realidad donde se construye el problema	76
3.3 La estrategia del conocimiento	76
 CAPÍTULO IV: LOS RESULTADOS Y LA DISCUSIÓN	 88
4.1 La caracterización de las personas participantes en la investigación	90
4.1.1 El contexto de las personas adultas mayores	90
4.1.2 El contexto de los familiares o allegados de las personas adultas mayores	100
4.1.3 El contexto del personal de salud	105
4.2 La percepción de los procesos de atención en salud recibidos - brindados	111
4.2.1 La categoría A. La percepción	111
4.2.1.1 La apreciación de los servicios	112
4.2.1.2 La información	116
4.2.1.3 Los padecimientos	118
4.2.1.4 Las subcategorías emergentes, la actitud manifiesta por el personal médico; las sugerencias y las vivencias	119
4.2.2 La categoría B. La atención	120
4.2.2.1 Las necesidades de la salud	120
4.2.2.2 El trato recibido	122
4.2.2.3 El procedimiento	123
4.2.2.4 El trato brindado, la motivación y el cambio de actitud hacia las personas adultas mayores	125

4.2.2.5	Las vivencias	127
4.2.2.6	Las sugerencias	129
4.2.2.7	Las subcategorías emergentes, el apoyo del núcleo familiar, las restricciones, las quejas, la implementación de las acciones, las iniciativas por realizar, el cambio de actitud del personal médico, las actitudes de la persona adulta mayor en relación con el servicio ofrecido y las sugerencias	130
4.2.3	La categoría C. La participación, la interacción e integración de la persona adulta mayor al núcleo familiar	131
4.2.3.1	Las actividades varias y la anuencia a participar	132
4.2.3.2	Los alcances en el nivel personal	133
4.2.3.3	La trascendencia	134
4.2.3.4	Las limitaciones y las dificultades de la integración familiar	135
4.2.3.5	Las opiniones y las sugerencias	136
4.2.3.6	Las iniciativas	137
4.2.3.7	Las subcategorías emergentes, las facilidades, las limitaciones, las iniciativas, la experiencia personal, las necesidades, las sugerencias, las actitudes, las iniciativas en el Área de la Salud y las experiencias	137
4.2.4	La categoría D. Las necesidades de la salud	138
4.2.4.1	Los padecimientos	138
4.2.4.2	La actitud	138
4.2.4.3	Las categorías emergentes; otras necesidades o requerimientos y las sugerencias	139
4.3	El impacto psicoemocional del envejecimiento derivado de la satisfacción en el tratamiento de las necesidades en la salud	140
4.3.1	La categoría A: El envejecimiento	140
4.3.1.1	Los estereotipos	140
4.3.1.2	Las opiniones	144
4.3.1.3	Las actitudes	146
4.3.1.4	Los temores	148
4.3.1.5	Las actitudes observadas en la persona adulta mayor vinculadas a sus necesidades de la salud	149
4.3.1.6	Las actitudes observadas en la sociedad hacia la persona adulta mayor	151
4.3.1.7	Las subcategorías emergentes, el abandono, la soledad, las necesidades, el legado, los temores, los alcances, las sugerencias, las actitudes, el concepto de la persona adulta mayor y la dinámica familiar	153
4.3.2	La categoría B. El envejecimiento personal	154
4.3.2.1	Las opiniones	154
4.3.2.2	Las subcategorías emergentes, los temores, la dinámica familiar y las vivencias	155
4.3.3	La categoría C. El envejecimiento del familiar o allegado	156
4.3.3.1	Las opiniones	156
4.3.3.2	Las subcategorías emergentes, los temores, las	158

vivencias y las actitudes	
4.3.4 La categoría D. El impacto de la atención recibida por el personal de salud en la condición de las personas adultas mayores	158
4.3.4.1 Las vivencias	159
4.3.5 La categoría E. El impacto de la atención a la salud recibida a su familiar o allegado en la condición de las personas adultas mayores	160
4.3.5.1 Las vivencias	160
4.3.5.2 Las subcategorías emergentes, la inconsistencia, la experiencia personal	161
4.3.6 La categoría F. Los cambios de las actitudes favorables ante un envejecimiento satisfactorio en el nivel social	162
4.3.6.1 Las opiniones y las sugerencias	162
4.3.7 La categoría G. La interacción con iguales	164
4.3.7.1 Los sentimientos y las expectativas	164
4.3.7.2 Las reflexiones	164
4.3.7.3 Las subcategorías emergentes, las sugerencias, las inconsistencias y los retos	166
4.3.8 La categoría H. El significado de atender personas adultas mayores	167
4.3.8.1 Las apreciaciones	167
4.3.8.2 La subcategoría emergente, las limitaciones	169
4.3.9 La categoría I. Los comentarios finales	170
4.3.9.1 Las reflexiones	171
4.3.9.2 Las subcategorías emergentes, el compromiso y las expectativas	172
CAPÍTULO V: LAS CONCLUSIONES	174
CAPÍTULO VI: LOS COMENTARIOS Y LAS OBSERVACIONES	182
BIBLIOGRAFÍA	199

- Anexo N° 1. Guía de entrevista dirigida a las personas adultas mayores.
- Anexo N° 2. Guía de entrevista dirigida a los familiares o allegados de las personas adultas mayores.
- Anexo N° 3. Guía de entrevista dirigida al personal de salud.
- Anexo N° 4. Técnica de grupo focal dirigido a las personas adultas mayores.
- Anexo N° 5. Técnica de grupo focal dirigido a familiares o allegados de las personas adultas mayores.
- Anexo N° 6. Técnica de grupo focal dirigido al personal de salud.
- Anexo N° 7. Atención preferencial al adulto mayor. Área de Salud de Moravia, 2005.

RESUMEN

Herrera, S. (2005) **Percepción de las personas adultas mayores de los procesos de atención de la salud en el Área de Salud de Moravia.** Tesis para optar por el grado de Maestría en Gerontología, Universidad de Costa Rica.

La presente investigación parte de la premisa de considerar al envejecimiento como un proceso multicausal, progresivo y heterogéneo, cuya vivencia asociada a los factores mórbidos, posee un impacto psicoemocional diferente para cada persona. De este proceso emergen una serie de necesidades, entre otras, las de salud, cuyas respuestas asumen tanto por parte del rol proveedor, como de la persona usuaria que las recibe, un reto integral en la forma de atender sus demandas. Esta reflexión motivó al investigador a analizar la percepción de los procesos llevados a cabo para atender la salud de las personas adultas mayores, en el Área de Salud ubicada en Moravia, entre febrero del 2004 y noviembre del 2005. El estudio es de tipo fenomenológico – constructivista, esto requiere un abordaje cualitativo. Para tal efecto, se contó con la participación de ocho personas adultas mayores, ocho familiares o allegados y de ocho funcionarios de esta Unidad Clínica. La recolección de la información se efectuó en cuatro fases, las cuales comprendieron el chequeo constante de los documentos, varios encuentros de entrevistas en profundidad, la realización de tres sesiones de grupo focal en los contextos de las personas adultas mayores, sus familiares o allegados y el personal de salud, con una realimentación periódica con los expertos, en el tratamiento, análisis y validación de los datos.

Entre los rasgos predominantes en el perfil de las personas adultas mayores, sobresalen los aspectos relacionados con una condición dependencial y de vulnerabilidad, tanto física como psicosocial entre los participantes. Situación que se encuentra favorecida, al estar integrados a familias extensas o multigeneracionales. Los hombres como las mujeres participan tanto en las actividades religiosas, comunales, como en las recreativas; sin embargo, las viudas presentan mayor independencia y vinculación social. Esta actitud compensa la presencia de los cambios y de los padecimientos propios de la vejez.

En lo concerniente al grupo de los familiares o allegados, las hijas, asumen el rol asignado socialmente de cuidadoras de sus progenitores, sobreagregado a las responsabilidades dentro y fuera del hogar. Por su parte, el personal de salud cuenta con el requisito académico y la experiencia que los faculta para atender las demandas de los (as) usuarios (as), según el nuevo modelo de atención en salud.

En lo relativo a la atención de las demandas propias de las personas longevas, éstas van más allá del ámbito físico, lo cual excede la disposición y la capacidad real del Área. Situación que evidencia algunas inconsistencias relacionadas con los recursos existentes, la accesibilidad, el

trato, la no sistematización de la información, la equidad y la pertinencia de los servicios, entre otras.

La necesidad de la integración y de la vinculación con el entorno social de las personas adultas mayores, se manifiesta por los (as) participantes en todos los contextos, como un mecanismo compensatorio de vivenciar los sentimientos asociados con la soledad emocional y social. Sin embargo, los aspectos relacionados con una inadecuada información de los requerimientos de la persona envejecida suscitan en algunas personas, las actitudes disfuncionales hacia lo interno de las familias, que atentan contra la estabilidad emocional, el ajuste familiar y la integridad de las personas adultas mayores, anteponiendo estos mecanismos defensivos para la convivencia intrafamiliar y la interacción con sus iguales.

Para algunos de los (as) senescentes, los cambios de actitud logrados por medio de la participación social, resultan manifiestos en una mejor calidad de vida, autoestima y vinculación social. Otros anteponen las conductas que no favorecen estilos de vida saludables, donde median los aspectos culturales o los educativos, los cuales actúan como factores precipitantes, expresados con un desinterés a participar. Desplazándose en algunos casos, a terceras personas, caso específico, al personal del área, la responsabilidad de la toma de las decisiones y las iniciativas relacionadas con la salud.

La ambigüedad con respecto al envejecimiento, actúa como un factor constante en todos los informantes, independientemente del contexto. Para algunos, es percibido como un proceso normal, evolutivo, sujeto a los cambios requeridos, tanto en su preparación como en los ajustes pertinentes. Para otros, prevalece una creencia estereotipada ligada a las limitaciones, las prohibiciones y las dolencias, que suscitan algún tipo de aprehensión. Por eso existen diferencias en el significado que este acontecimiento conlleva para los informantes, tanto desde la perspectiva de la vivencia personal de ser una persona envejecida, como la de asimilar realmente la experiencia de un envejecimiento paulatino y que además, éste se ve reflejado en un sector de la población usuaria de los servicios de la salud.

Como una opción para superar los temores y vencer las barreras físicas, psicológicas, sociales existentes que impiden integrar a las personas adultas mayores a la sociedad, se plantea el fortalecimiento de las políticas gubernamentales y la dotación de los recursos humanos, económicos y materiales. Insumos tendientes a facilitar al personal en un trabajo en equipo, con el profesional en gerontología, un papel protagónico en la educación, la sensibilización y la recuperación del respeto, la valía y el cuidado oportuno, la atención de las necesidades integrales en salud de las personas longevas, por parte de la colectividad.

Palabras clave: La percepción, la persona adulta mayor, la atención en la salud, la integración familiar, la participación social, el envejecimiento.

LISTA DE CUADROS

	Pág
Cuadro N° 1: La distribución de la población por sexo, según los distritos del cantón de Moravia, 2004	56
Cuadro N° 2: La distribución de la población encuestada, según la escolaridad. Área de Salud de Moravia, 2002	57
Cuadro N° 3: La distribución por el sexo y los grupos de edad de la población adscrita. Área de Salud de Moravia, 2004	60
Cuadro N° 4: La distribución del recurso humano, según la cantidad y el cargo. Área de Salud de Moravia, 2004	67
Cuadro N° 5: Las consultas médicas, según programa. Área de Salud de Moravia, Período 2000 – 2003	70
Cuadro N° 6: Los ingresos económicos de las personas adultas mayores por concepto de pensión por el sexo. Área de Salud de Moravia 2004	98
Cuadro N° 7: La tipología de los padecimientos reportados por las personas adultas mayores, según la técnica aplicada por el sexo. Área de Salud de Moravia, 2004	99
Cuadro N° 8: La formación académica del personal de salud por género. Área de Salud de Moravia, 2004	106
Cuadro N° 9: La fecha del ingreso de los informantes, contexto personal de salud a la C.C.S.S. y al Área de Salud de Moravia, 2004	108
Cuadro N° 10: La tipología de las actividades sociales practicadas por los informantes, según el contexto. Área de Salud de Moravia, 2004	132

LISTA DE GRÁFICOS

	Pág
Gráfico No 1: La distribución de los informantes, contexto de las personas adultas mayores por el sexo. Área de Salud de Moravia, 2004	90
Gráfico No 2: La distribución de los informantes contexto de las personas adultas mayores, según los grupos de edad por el sexo. Área de Salud de Moravia, 2004	91
Gráfico No 3: La distribución de las personas adultas mayores, según el estado civil por género. Área de Salud de Moravia, 2004	92
Gráfico No 4: La distribución de las personas adultas mayores, según circunstancia de la convivencia por el sexo. Área de Salud de Moravia, 2004 -2005	94
Gráfico No 5: La distribución de las personas adultas mayores, según el espacio físico de su vivienda. Área de Salud de Moravia, 2004	96
Gráfico N° 6: La distribución de las personas adultas mayores, según los ingresos económicos. Área de Salud de Moravia, 2004	97
Gráfico N° 7: La distribución del contexto de los familiares o allegados de las personas adultas mayores por el sexo. Área de Salud de Moravia, 2004	100
Gráfico N° 8: La distribución de los familiares o los allegados de las personas adultas mayores de acuerdo con el número de hijos. Área de Salud de Moravia, 2004	101
Gráfico N° 9: La distribución de los familiares o los allegados de las personas adultas mayores, según los grupos de edad por sexo. Área de Salud de Moravia 2004	102
Gráfico N° 10: La distribución de los familiares o los allegados de las personas adultas mayores, según el nivel de escolaridad por el sexo. Área de Salud de Moravia, 2004	103
Gráfico N° 11: La distribución de los familiares o los allegados de las personas adultas mayores, según sus principales fuentes de ingresos económicos. Área de Salud de Moravia, 2004	104

Gráfico N° 12: La distribución de los informantes del contexto personal de salud, según el sexo. Área de Salud de Moravia, 2004	105
Gráfico N° 13: La distribución del personal de salud, según los grupos de edad por el sexo. Área de Salud de Moravia, 2004	106
Gráfico N° 14: La distribución de los informantes contexto personal de salud, según la categoría ocupacional. Área de Salud de Moravia, 2004	107

LISTA DE ESQUEMAS

	Pág
Esquema N° 1: El enfoque integral del modelo de atención en salud, en el primer nivel desde una perspectiva intergeneracional	51
Esquema N° 2: Los elementos interactuantes en la prestación de los servicios de salud, en el Área de Salud de Moravia, 2004	69
Esquema N° 3: La recolección de la información por los contextos y las técnicas utilizadas. Área de Salud de Moravia, 2004	84
Esquema N° 4: El análisis de la información por los contextos y las técnicas utilizadas. Área de Salud de Moravia, 2004	86
Esquema N° 5: La representación del diseño metodológico, según las Fases	87
Esquema N° 6: Los estereotipos en torno al envejecimiento, según las personas adultas mayores, los familiares o allegados y el personal de Salud. Área de Salud de Moravia, 2004	142
Esquema N° 7: La propuesta de bienestar integral en la atención de las necesidades de la salud de las personas adultas mayores. Área de Salud de Moravia, 2005.	181

LISTA DE ABREVIATURAS

ASM:	Área de Salud de Moravia
ATAP:	Asistente Técnico de Atención Primaria
CCSS:	Caja Costarricense de Seguro Social
CONAPAM	Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor
COOPESAIN:	Cooperativa de Salud Integral
EBAIS:	Equipos Básicos de Atención Integral de Salud
F o A	Familiar o Allegado
FODESAF:	Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares
INEC	Instituto de Estadística y Censos
IPC:	Índice de Precios al Consumidor
OPS:	Organización Panamericana de la Salud
OMS:	Organización Mundial de la Salud
PAM:	Persona Adulta Mayor
PIB:	Producto Interno Bruto
PASP	Plan de Atención a la Salud de las Personas
PS	Personal de Salud

LA INTRODUCCIÓN

I. LA INTRODUCCIÓN

“Una gran filosofía no es la que instala la verdad definitiva, es la que produce una inquietud”.

Charles Péguy

1.1 EL TEMA. SU JUSTIFICACIÓN

Desde el decenio de 1950, la situación demográfica costarricense, muestra un crecimiento acelerado de la población mayor de los sesenta años. Éste es un indicador que coincide con la situación presentada en el ámbito mundial, paralelo al desarrollo económico, tecnológico y social de algunas de las naciones.

Varios estudios en nuestro país muestran la gama de las situaciones económicas, sociales, culturales y de salud manifestadas por una población adulta mayor cada vez más numerosa. Uno de los estudios informa acerca de las estimaciones en la población adulta mayor, las tendencias cronológicas pertinentes a dicho grupo y la proporción relativa correspondiente a las personas de edad, con respecto al total de la población, la propensión y su participación dentro de la fuerza laboral y la población inactiva total del país, en los últimos años (Obando,1990). Otra publicación indica las causas de la morbilidad en la población de las personas adultas mayores de sesenta años, así como sus principales enfermedades y sus respectivos tratamientos. En una de sus conclusiones subraya el hecho de una prevalencia mayor de las enfermedades crónicas, la discapacidad y la dependencia funcional, las cuales se asocian a la edad (Laclé,1990).

En igual orden de importancia, se señalan otros trabajos de investigación realizados en las personas adultas mayores. En el primero de ellos, se describen los resultados relacionados con las características clásicas de la

mortalidad diferencial, en las personas adultas mayores por el sexo y el promedio de vida de la mujer. En el segundo, se citan los aspectos concernientes a la mortalidad y a las características socioeconómicas de este grupo etario, en los cantones de Puriscal y Coronado. Estos constituyen marcos referenciales tendientes a promover información acerca de la mortalidad y de las características demográficas tales como: la actividad económica, la importancia de la salud, la soledad o el aislamiento en el cual viven (García, 1990).

La necesidad de estudiar el envejecimiento humano, desde el punto de vista de la sociedad, y cómo los cambios tecnológicos alteran la vida de las personas, además, cómo éstos han contribuido a que las personas vivan más tiempo, al lograr atender muchas dolencias y al mismo tiempo, eliminar las enfermedades endémicas, también ha sido objeto de estudio (Hidalgo, 1994).

El envejecimiento responde a un proceso paulatino, diverso, multicausal que amerita ser tratado de manera global. En materia gerontológica, esta situación obliga al Estado costarricense y, específicamente, a las instituciones responsables de brindar servicios de salud, a definir políticas, programas y otros mecanismos de acción, tendientes a procurar el fortalecimiento de la calidad de vida de las personas adultas mayores, y además, brindar servicios más humanos, especializados y de alta calidad. El envejecimiento es un proceso evolutivo, gradual y multidimensional, que tiende a organizarse en torno a ciertas características físicas, psicológicas, sociales y materiales, cuyo abordaje y adecuada atención a la participación psicosocial en el curso de la misma, suele ser un factor crítico y determinante en las edades avanzadas (Gutiérrez, 1999). Como ejemplo específico, este autor refiere que los síndromes geriátricos, tales como las caídas, la incontinencia o la falla cerebral entre otros, son presentados de manera colateral y suelen ser soslayados por un juicio “facilitador”, esto a criterio del usuario podría conducir a una respuesta del

personal de salud. Con el propósito de ilustrar este comportamiento, se registran entre las causas principales de la consulta de la persona adulta mayor al Área de Salud de Moravia, entre el período comprendido enero – mayo 2004, la hipertensión arterial primaria, la obesidad no especificada, la hipertensión esencial, el examen médico general, el examen de pesquias, especial para detectar otras enfermedades, la hiperlipidemia no especificada, otros tipos de obesidad, entre otros (Departamento de Estadística, ASM 2004). En este sentido, el especialista antes mencionado, opina que los servicios de salud y los servicios sociales, al considerar estas realidades, deben integrar el diagnóstico, el proceso de evaluación y la asistencia geriátrica global en los sistemas de prevención, tratamiento y rehabilitación. La ausencia de esta integración, se traduce en sufrimientos inútiles y en una extensión de un estado de dependencia, entre las personas adultas enfermas. Un aspecto importante a contemplar en la percepción de los procesos de atención en salud, visto desde la perspectiva gerontológica, consiste en cómo se entiende el proceso del envejecimiento, y cómo la conciencia de las personas adultas mayores, sus familiares o allegados y el personal de salud, son capaces de modificar o variar el proceso mismo.

En lo concerniente a la atención en salud dirigida a la población adulta mayor, se observa en las consultas del sistema público y privado, un comportamiento ambiguo, por parte de algunas personas mayores, al requerir unas mejores estándares de calidad en los servicios, en otras, se evidencia una actitud pasiva, un tanto conformista en la prestación de los cuidados ofrecidos (Caja Costarricense de Seguro Social, 2001). Al tratar de comprender mejor esta variante desde una óptica psicosocial, en lo referente a la forma de relación y al establecimiento de los vínculos interpersonales de la población en estudio, con el personal de salud, se encuentra una explicación en las concepciones psicoanalíticas, no sólo en el funcionamiento de la estructura del aparato psíquico para comprender el manejo de los impulsos, el desarrollo de la

libido o energía psíquica, así como el proceso de socialización del individuo. En este sentido, la teoría hace referencia a que en la persona adulta mayor, el fin del impulso puede estar algo alterado, no obstante, existen menos inhibiciones para su expresión. La estructura yoica de la personalidad tiene a su cargo encontrar la forma más adecuada para expresar los impulsos, satisfaciendo las necesidades del ello y las restricciones del superyo, como también las demandas del propio desarrollo en una forma particular y socialmente satisfactorias, para esto, la persona utiliza los mecanismos defensivos tales como: la regresión, el aislamiento, la negación, el encasillamiento manifiesto en formas de reiteración, negativismo o rigidez y la obstinación (Quirós, 1985). Según cita esta autora, el encasillamiento y la obstinación son formas de encarar o compensar las limitaciones físicas y psicológicas, mientras que la negación la utiliza de forma selectiva, todo para no alterar el equilibrio psíquico requerido para adaptarse a los cambios internos y externos y así, continuar funcionando. Por otra parte, se evidencia un incremento en las demandas de atención en salud en la población senescente, caso específico es el Área de Salud de Moravia, donde según el reporte de las consultas médicas (cuadro No 5), se puede apreciar un aumento considerable de la demanda de los servicios de salud, entre el año 2000 y el 2003. Se deduce entonces, en relación con el cambio de la actitud imperante en la población senescente del país, la existencia de un mayor grado de clientes deseosos y demandantes, por conocer la información relacionada con su estado de salud y tratamiento. A reclamar de manera asertiva sus derechos de ser informados, para fundamentar sus decisiones relacionadas con su vida, salud, enfermedad y muerte. Esto, sobre la base de la información disponible, las condiciones de accesibilidad a los diversos servicios en salud, las posibilidades de ser respetados y de recibir una atención con calidad, con carácter eficiente y humano.

Desde estas ideas iniciales, la presente investigación incluyó un acercamiento a un grupo de ocho personas adultas mayores de ambos sexos, además de un familiar o allegado por cada una de ellas, todos usuarios del Área de Salud de Moravia y a ocho funcionarios de esta Dependencia Clínica, de febrero 2004 a marzo del 2005, para conocer la percepción de los procesos de atención de la salud, en el Área de Salud de Moravia. Este contacto identificó la dinámica generada, los elementos vinculados con la calidad de las relaciones interpersonales, manifiesta entre ellos y el personal de salud del Área y los sentimientos, las actitudes, las expectativas, las valoraciones, entre otros aspectos. Todo ello con la idea de obtener la información pertinente, con el objetivo de sugerir algunos lineamientos que permitieran la concreción de las políticas sociales, en materia de atención en salud de la persona adulta mayor, en este nivel. Consideraciones tales como: la accesibilidad al servicio, las dificultades o las preferencias en obtenerlos, la cobertura de las necesidades de la persona adulta mayor, incluidas las ventajas y las desventajas del servicio brindado, fueron objeto de análisis en este estudio. Por esta razón, una investigación enfocada cualitativamente, posibilitó una mejor aproximación al tema en cuestión, dada la naturaleza y el planteamiento efectuado del mismo.

Esta investigación, encontró su justificación en las siguientes argumentaciones:

La importancia de una mejor calidad de vida, para la población adulta mayor en Costa Rica, considerando sus crecientes demandas y necesidades de atención en salud.

Costa Rica, como país en vías de desarrollo, posee una expectativa de vida de sus habitantes, que oscila entre 76.24 y 80.65 años, con diferencias entre los hombres y las mujeres. Sumado a este dato, la población costarricense, ha aumentado en 894.759 habitantes en los últimos diez años

(Proyecto de Estado de la Nación en Desarrollo Sostenible, 2004). En la actualidad, la población está constituida por 4.169.730 habitantes aproximadamente, de ésta, la población adulta mayor en Costa Rica constituye un 8% de la población total, la cual representa a 333.578.4 personas aproximadamente. La situación anterior constituye un foco de atención en materia del diseño de las políticas sociales, entre ellas, las de salud pública.

Colateralmente, existe una dinámica social que muestra situaciones como las siguientes:

- A) Menor apoyo de la persona anciana por parte de la familia, producto de la misma disociación familiar, la cual entre otras razones, puede deberse a la migración de las familias a lugares geográficos diversos. En este sentido, la vida familiar en América Central está cambiando, uno de los aspectos que interviene, es que la familia nuclear se está generalizando. Por lo tanto, la familia multigeneracional extendida, tres generaciones y más, que caracterizaba la sociedad rural está desapareciendo y a la vez, los patrones de migración acentúan ese cambio. Aunado a los cambios sociales acontecidos, producto de los procesos de las migraciones rurales – urbanas, la inversión de capital, la vivienda más pequeña, han modificado el bienestar para las personas adultas mayores. Lo anterior sería para quién vive en las áreas urbanas, que convive con una familia de cinco miembros, en un espacio físico de cincuenta metros cuadrados, un caso típico, la adicción de un familiar resulta problemática. Y si ese familiar, de edad avanzada, presenta limitaciones físicas y es en parte o del todo dependiente económicamente de los otros miembros de la familia, va a generar conflictos en el seno de ese grupo familiar (Delton, s.f.). Esta situación ubica en el tapete la discusión en las políticas sociales, el ámbito de la población adulta, como un ámbito sustantivo, al cual este estudio brinda los aportes pertinentes.

- B) Se puede también agregar, que paralelo a la mayor expectativa de vida, se encuentra el conocimiento poseído por la gente, sobre su propia existencia y la demanda efectuada, tendiente a proporcionar respuesta a las situaciones vinculadas con su salud. El hecho de la aparición de nuevas enfermedades, producto del normal desarrollo social y ambiental, configura un escenario para que el servicio de salud, en este caso dirigido a la persona adulta mayor, sea de interés social.
- C) Adicionalmente, el envejecimiento progresivo de la población costarricense se ve afectado por los procesos de aculturación, modernización y avances tecnológicos, los cuales traen consigo beneficios, pero también, el desarrollo de nuevas enfermedades. La población adulta mayor constituye con respecto a otros grupos etarios, un grupo de mayor vulnerabilidad en esos contextos. Situación que obliga al Estado, a definir políticas sociales dirigidas a satisfacer las crecientes demandas y necesidades, de este sector de la población. En su implementación, se derogan altos costos y se requiere también, por parte de las personas, una creciente responsabilidad individual para el desarrollo de estilos de vida más saludables.

La consideración de que la calidad de vida, es para todo ser humano, un reto, una oportunidad, un derecho y para las personas adultas mayores, debe considerarse una responsabilidad social.

La atención en salud no puede ser percibida solo en términos de cobertura. Su naturaleza debe estar armonizada con la calidad de vida de la persona, este aspecto representa un reto para la definición de las políticas en salud, y su concreción en los servicios en un centro de salud. Las respuestas

sociales de salud y bienestar se traducen en acciones en el nivel de la sociedad global, el de grupos y el individual (Castellanos, 1991 en Guzmán; et. al., 1997).

Consecuentemente con los procesos de globalización y modernización, los cuales están incidiendo en el mundo y en Costa Rica, la calidad de vida y el desarrollo humano se ven determinados por las concepciones, los productos y los procesos del desarrollo científico, cultural y social y, en esta perspectiva, los conocimientos y las experiencias que llegan de otras latitudes, obligan a replantear los marcos de referencia, desde los cuales se están desarrollando los servicios sociales, entre ellos, los de salud, en tanto que la salud representa un derecho humano.

De tal modo, por “calidad de vida” se entiende algo deseable para todas las personas, y a la vez, se asocia con la noción de vivir mejor, o de una buena vida (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 1990 – 1999. En: Proyecto Estado de la Nación en Desarrollo Sostenible, 2000). En la actualidad, existe un creciente consenso de la calidad de vida y su mejoramiento, significa la meta última del desarrollo humano, razón por la cual el bienestar de los adultos mayores y la calidad de su entorno, se convierten en una responsabilidad, no sólo de los gobiernos, sino de la sociedad en general.

El concepto “desarrollo humano” es descrito también, como un proceso de ampliación de las alternativas de todas las personas (PNUD, 1998). Estas alternativas se logran desarrollar, incrementando la capacidad y las oportunidades humanas. Las tres facultades esenciales para el desarrollo humano van dirigidas a que las personas puedan vivir una vida larga, que además sea saludable, que posean los conocimientos y cuenten con el acceso a los recursos necesarios, para tener un nivel de vida digno. Sin embargo, el ámbito del desarrollo humano comprende un marco de acción mayor al valorar las oportunidades: políticas, económicas y sociales para que los seres humanos

sean más creativos y productivos, posean respeto por sí mismos y se vean potencializadas sus capacidades, al tomar conciencia de un sentimiento de pertenencia a su comunidad.

La importancia de contar con mejores servicios y mejor atención, traducidos en mayor satisfacción, mejores índices de salud y una mejor calidad de vida.

Al considerar las actuales expectativas depositadas por las personas adultas mayores, para obtener mejores servicios y una mejor atención, el Estado costarricense ha realizado esfuerzos por atender y prevenir las enfermedades nuevas, emergentes de situaciones modernas. Al respecto, se describen algunas de las iniciativas logradas por el Ministerio de Salud hasta la fecha, las cuales no tienen una relación directa con la aparición de las enfermedades, sin embargo, sí cuentan con la vinculación correspondiente, sobresale en este sentido el Convenio CONAPAM- Ministerio de Salud para ejecutar el Programa de Nutrición en la Persona Adulta Mayor (proyecto piloto en el cantón de Santa Ana); la conformación de la Comisión de Atención de la Violencia en la Población Adulta Mayor, en la cual participan la C. C. S. S., el Ministerio de Salud, el IMAS, FECRUNAPA y la Universidad de Costa Rica, en un esfuerzo institucional, en la atención integral del abuso, maltrato y abandono de las personas adultas mayores y la conformación de la Comisión de Análisis de Requisitos, la cual opera de manera institucional, con el objetivo de cumplir con las disposiciones de la Ley de Protección al Ciudadano de Exceso de Requisitos y Trámites Administrativos, Ley 8220. Además de los esfuerzos realizados por el Ministerio de Salud brindando cuidado y seguimiento a la habilitación de los centros de atención para las personas adultas mayores, de los cuales se registran ciento cuarenta y seis establecimientos, de estos cincuenta y ocho cuentan con habitación completa y ochenta y ocho con habitación provisional (Memoria Ministerio de Salud, 2004). Los esfuerzos

realizados requieren que la sociedad en general, tome conciencia con el fin de lograr un adecuado aprovechamiento de los recursos existentes, e incorporar cambios de actitud, especialmente, en el personal de salud, los cuales pueden facilitar en las personas adultas mayores, beneficiarias de los servicios, una creciente responsabilidad individual, para desarrollar aquellos estilos de vida con carácter más saludable.

Con frecuencia, el personal de salud de una institución, se adapta a los procesos y a las formas de trabajo, en las cuales se pierde el concepto y la finalidad misma de la atención. La responsabilidad del servicio se limita a una serie de rutinas repetidas, a procedimientos que en algunos casos, se apartan de la razón esencial de la prestación de los servicios de la salud de la población, y generan entre otros aspectos, fracturas entre las expectativas, necesidades y satisfacción de las personas, quienes acuden a los servicios de salud y al servicio ofrecido. Con ellos se atenta contra la verdadera atención integral. Este trabajo evidencia las fracturas, producto de un proceso de análisis y de reflexión continúa en sus hallazgos, con el fin de redimensionar la oferta de la salud.

A pesar de la existencia de publicaciones desde una óptica gerontológica, en temas alusivos a la salud, la economía, la cultura y otros, (Tapia, 1978; Smith, Jepson, Perloff 1982; Scott, 1983; Brenes, 1986; La Rosa, 1986; Valdés, 1986; Salazar, 1989; Thomas, 1991; Villavicencio de Ojeda, s. f.; Watts, s. f., entre otros) existe la ausencia de los estudios orientados a proporcionar la información relativa de la percepción de las personas adultas mayores, en torno al servicio de salud recibido. En esa perspectiva, esta investigación procura como un acto reflejo, devolver la imagen social de la naturaleza y la calidad del servicio, que ellos poseen. Lo anterior por cuanto, la noción de invertir en salud, no es simplemente gastar en infraestructura y en servicios técnicos. Tampoco consiste en invertir para aportar cobertura

exclusivamente. Es también, ampliar la oportunidad de acceso a los mejores servicios con eficiencia y eficacia. Además, es incrementar la condición de salud a la población costarricense, y en particular, a la población adulta mayor, con la finalidad de que exista una demanda adecuada y óptima en el aprovechamiento de los recursos existentes.

Es importante en términos de esta investigación, la idea de que los servicios de salud poseen una dimensión humana y no se reducen a aspectos técnicos, los cuales parecen ser los puntos privilegiados de muchos servicios ofrecidos, en algunas organizaciones en salud. El sentido de la responsabilidad social inherente se encuentra implícito a éstos.

Es importante para el sistema de salud nacional, desarrollar procesos de revisión permanente de sus políticas públicas y en especial, para las poblaciones con alta vulnerabilidad social.

La apertura y la disposición de las instancias involucradas en la definición de las políticas, programas y demás acciones en salud y en especial, los dirigidos a la población adulta mayor, deben permitir que las necesidades reales de sus interesados sean atendidas de manera oportuna. De esta manera, se contribuye a favorecer un máximo aprovechamiento de los recursos disponibles y a colaborar con el bienestar de los mismos. De ahí, la importancia de que los gobiernos y la sociedad en general, revisen de manera sistemática y permanente, las orientaciones políticas traducidas en políticas sociales para sus pueblos. En materia de salud, las conquistas del pueblo costarricense deben ser fortalecidas para no desfavorecer a ningún grupo etario, especialmente a los más vulnerables.

El impacto producido por la presente investigación desde el punto de vista gerontológico.

El marco referencial obtenido de la percepción de las personas adultas mayores de los procesos de atención de la salud, en el Área de Salud de Moravia, facilitó un indicador favorecedor de la revisión permanente de las políticas sociales (públicas- privadas), no sólo del proceso de participación de este grupo etario, en la definición de las mismas y demás procedimientos que le competen, sino una contribución para un cuestionamiento de la visión, intencionalidad y representatividad de las políticas sociales dirigidas a la atención de éstas. El estudio permite conocer entre otros aspectos, el concepto de salud derivado de la calidad del servicio ofrecido a la población adulta mayor, y si éste responde a una perspectiva holística, integral, multicausal e interdisciplinaria. Estos aspectos han constituido un propósito en la dimensión gerontológica. Como resultado de la información obtenida, se ha formulado una propuesta contemplando algunas consideraciones teórico – prácticas en este sentido, y a procurar satisfacer las necesidades reales de este sector de la población.

1.2 EL PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Al responder el envejecimiento, entre otro orden de factores, a un proceso progresivo y heterogéneo, su vivencia y la de las condiciones mórbidas, poseen un impacto psicoemocional diferente para cada persona. Parece ser recomendable, que las necesidades derivadas de este proceso del envejecimiento o aquellas asociadas a las condiciones de enfermedad, responden a una forma individualizada e integral de atención, cuya responsabilidad asignada socialmente recae en el Estado, en las instituciones las cuales ofrecen servicios de salud y en las personas adultas mayores, como

protagonistas en el autocuidado. Estas consideraciones condujeron al planteamiento del siguiente problema:

¿Cuál es la percepción de las personas adultas mayores, de sus familiares o allegados y del personal del Área de Salud de Moravia, en relación con los procesos de atención de la salud, brindados a este grupo etario?

De la anterior interrogante, se formularon otras más específicas, las cuales se describen a continuación:

1. ¿En qué sentido la atención recibida por parte del personal de salud de esta unidad clínica, condiciona la percepción de las personas adultas mayores en relación con los servicios prestados?
2. ¿Cuáles son las deficiencias y las oportunidades de los servicios de atención dirigidos a las personas adultas mayores, en el Área de Salud de Moravia, susceptibles de ser mejorados?

1.3 OBJETIVOS

Generales

1. Analizar la percepción de las personas adultas mayores acerca de los procesos de atención de la salud en el Área de Salud de Moravia, con el fin de explorar el impacto psicoemocional del envejecimiento, asociado con la satisfacción en el tratamiento de sus necesidades en salud.
2. Valorar a partir de los resultados obtenidos, aquellos aspectos susceptibles de ser mejorados, así como los factores que promueven y obstaculizan los actuales servicios, en materia de atención a la salud.

Específicos

- 1.1 Describir el grado de satisfacción de las personas adultas mayores en el Área de Salud de Moravia, con respecto a la calidad de atención a la salud brindada a sus necesidades psicoemocionales propias del envejecimiento.
- 1.2 Determinar las condiciones tanto internas como externas de los diferentes contextos – población adulta mayor, familiares o allegados, personal de salud de la Unidad Clínica, implicadas en la atención de la salud de las personas adultas mayores.
- 1.3 Explorar la participación del personal de salud en términos de los servicios brindados a las personas adultas mayores y el impacto en la percepción de estos en relación con la atención recibida.
- 2.1 Identificar la percepción de las personas adultas mayores, los familiares o allegados y del personal de salud, en relación con las deficiencias y las oportunidades en los servicios de atención brindados a las personas longevas, en el Área de Salud de Moravia.
- 2.2 Señalar los aspectos de atención prioritaria con el fin de responder a las necesidades sentidas por las personas adultas mayores, en el Área de Salud de Moravia.

1.4 LOS ANTECEDENTES

Como antecedentes principales al tema en estudio de la presente investigación, se describen seguidamente, algunos eventos que poseen una fuerte vinculación. Como marco referencial, se parte de una revisión bibliográfica, que lo ha hecho posible.

El ámbito internacional. El Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento 2002 y la Declaración Política, resumen el compromiso de los gobiernos de aproximadamente ciento sesenta países participantes, en la toma de iniciativas, con tres direcciones prioritarias: las personas mayores y el desarrollo, las mejoras en la salud y en el bienestar de la población mayor y la creación de un entorno favorable al desarrollo de una sociedad, para todas las edades.

Los argumentos tendientes a “construir una sociedad apropiada para todas las personas, de todas las edades” y la concientización de que “el envejecimiento ya no es sólo un problema del tercer mundo”, fueron verbalizados por el Secretario General de las Naciones Unidas, Kofi Annan en su discurso de inauguración.

Entre los objetivos negociados en este documento en la Asamblea, se destacan: Que las personas mayores puedan

- ◆ disfrutar plenamente de sus derechos humanos.
- ◆ envejecer de forma segura y fuera del alcance de la pobreza.
- ◆ participar plenamente en la vida económica, política y social.
- ◆ poseer la posibilidad para realizarse en su edad más avanzada.

Asimismo, el documento apoya todo el esfuerzo realizado al eliminar la violencia y la discriminación de las personas mayores, la igualdad de género, la importancia vital de la familia, la asistencia sanitaria y la protección social de las personas mayores.

La cooperación reforzada resulta imprescindible en la Declaración Política, la cual coadyuva los esfuerzos nacionales, en el cumplimiento del Plan de Acción Internacional.

Algunos de los mecanismos de acción, los cuales deben impulsar las sociedades ante la transformación demográfica experimentada en ellas, redundan en ofrecer mayores oportunidades a las personas mayores, reconocimiento a la dignidad como tales y la eliminación de las formas de negligencia, el abuso y la violencia.

El logro mayor de esta II Asamblea Mundial, radica en resaltar el envejecimiento como una temática de interés mundial, donde el factor longevidad se agrega a todas las políticas de desarrollo social y económico de las naciones.

El Plan de Acción Internacional de Viena contiene algunas de las políticas existentes, relacionadas con la vejez. En lo referente a los lineamientos internacionales de las Naciones Unidas, en materia económica, insta a los diferentes países a modificar los cambios de actitud e impulsar las nuevas políticas y las estrategias económicas. Así, el planteamiento 15, (Naciones Unidas, 1982:16) especifica:

Para que los países puedan atender a las necesidades esenciales de su población, incluidas las personas de edad, es preciso instaurar un nuevo orden económico basado en nuevas relaciones económicas internacionales mutuamente provechosas, lo cual posibilitará la utilización justa y equitativa de la riqueza, los recursos y las técnicas asequibles.

Con respecto a lo anterior, se considera que, en el estado actual de muchas de las naciones en vías de desarrollo, donde la era de la información ha dominado los mercados, el nivel de alfabetización se ha extendido y la calidad de la expectativa de vida se ha visto incrementada, una posible salida para algunos países como Costa Rica, puede ser indagar la definición, maximización y llevar a la práctica, nuevas políticas y estrategias económicas. Todo ello tendiente a permitir mayores oportunidades a la población adulta mayor, con el propósito de alcanzar un trato más igualitario y una vida digna.

Aunado a lo anterior, la sensibilización de la sociedad en general, en la apertura de mayores oportunidades y beneficios para los senescentes, debe incluir un cambio de actitud de la población en general, con respecto al envejecimiento. Una nueva concepción sobre este tópico, se menciona en el planteamiento 23i, (Naciones Unidas, 1982:20) éste lo describe:

Como un proceso que dura toda la vida y deberá reconocerse como tal. La preparación de toda la población para las etapas posteriores de la vida deberá ser parte integrante de las políticas sociales y abarcar factores físicos, psicológicos, culturales, religiosos, espirituales, económicos, de salud y de otra índole.

Del nuevo concepto de envejecimiento y enfoque integral en la atención en salud, para todos los sectores de la población y en particular, para el grupo etario en cuestión, emerge la inquietud en relación con los antecedentes escritos en materia de participación en la definición y en la aplicación de las políticas.

El escrito pretende efectuar un llamado para que las autoridades y el personal de salud concedan los espacios pertinentes a las personas mayores, sus familias y encargados de brindarles los cuidados, a tomar mayor protagonismo y vigilancia en la reformulación de los asuntos, los cuales atañen con sus necesidades.

El Plan incluye además, el derecho poseído por las personas mayores, para brindarles atención en salud en instalaciones próximas a sus residencias o comunidades, favoreciendo a todas aquéllas que por razones de movilidad no pueden desplazarse.

La Declaración de Cartagena de Indias también hace referencia, a que las acciones encaminadas a propiciar la atención adecuada, la promoción de los estilos de vida independiente y la plena participación a las personas

mayores en la vida social y económica, deben inspirarse en los principios de **universalidad, normalización y democratización**, seguidos por las orientaciones de **descentralización, integralidad, corresponsabilidad, modernización, coordinación, planificación, evaluación y seguimiento**.

En lo referente a la atención de la salud, las Políticas Integrales para las Personas Mayores en el área Iberoamericana, en el documento en cuestión, (Naciones Unidas, 1992:15), señalan:

Todas las personas, sea cual sea su edad, deberán recibir oportunamente todas las formas de tratamiento que necesiten, con miras a prevenir complicaciones y deficiencias funcionales, a restablecer la salud, y a rehabilitar las deficiencias y discapacidades que hayan podido producirse.

De lo anterior, se desprende el derecho gozado por todas las personas adultas mayores, a recibir un tratamiento eficaz a sus dolencias y a recuperar la salud. Así, como para aquellas otras, quienes por diversas causas han perdido su autonomía física o psicológica y se encuentran en una situación de dependencia, impulsar la función rehabilitadora y dotarles los recursos pertinentes, para ofrecer calidad de vida y atención a sus necesidades particulares.

Todos estos marcos de pensamiento en el nivel internacional, alimentan la perspectiva de análisis de los servicios de atención en salud, dirigidos a la población adulta mayor y garantizan al país, vías para hacer efectivas las propuestas en el nivel nacional.

- ◆ **El ámbito nacional. El Proyecto Reforma de Salud** fue aprobado por la Asamblea Legislativa, en diciembre de 1993, Ley No 7441. En la actualidad, se está implementando bajo el nombre de Modernización del Sistema de Salud. El documento Proyecto de Reforma del Sector Salud

(Caja Costarricense de Seguro Social, 1999) describe el Modelo de Atención con un enfoque biopsicosocial, integral y continuo de la salud de las personas y del ambiente del proceso salud enfermedad. Éste procura dar énfasis a las acciones de promoción y prevención, fundamentado en la estrategia de la atención primaria. Esta integralidad se concreta en el primer nivel de atención, por medio de una oferta de los servicios básicos generales, los cuales se brindan por medio del Equipo Básico de Atención Integral de Salud (EBAIS) y del Equipo de Apoyo. El Modelo de Atención pretende facilitar con el apoyo de un sistema de información, la calidad de los servicios, una mayor libertad de la persona beneficiaria, a solicitar quién y dónde desea ser atendido, a través de una modificación de las normas administrativas y de los sistemas de contratación entre otras. Además, propicia generar a través de la participación social, un cambio de actitud de la sociedad, con respecto a la salud, al concebirla más que como un problema individual, como una situación colectiva, donde se asume la responsabilidad de todos para mantenerla, preservarla y mejorarla. En este sentido visualiza tres ejes: el autocuidado de la salud, la ejecución de las actividades y la gestión de los servicios.

El documento Bases del Sistema Nacional de Salud y Proceso de Modernización menciona la transición del nuevo enfoque de atención de un modelo biologista a uno integral, el cual pretende mantener y fortalecer los principios de universalidad, solidaridad y equidad, como un derecho en todos y cada uno de los costarricenses. El escrito se refiere a la necesidad de incluir a los beneficiarios, además permitirles la información como el modo apto para estimular los cambios de actitud en el autocuidado y así, generar mayor participación de éstos, en la expresión de sus inquietudes, en la oportunidad y calidad de la atención.

El instrumento enfatiza la educación y la participación de los diferentes grupos etarios de la sociedad en materia de salud, como herramientas idóneas con el objetivo de impulsar las acciones, que pretende lograr el proceso de modernización. Este es el horizonte para alcanzar la efectividad en la gestión de los resultados en cada uno de los sectores de la población, hacia donde se pretende impulsar esta nueva experiencia. El modelo readecuado de atención en el funcionamiento de la red de los servicios de primer nivel, pretende garantizar a toda la población una atención integral, independientemente de su condición o de su situación geográfica.

La atención integral para el adulto mayor, específicamente en lo concerniente a la oferta básica de los servicios, contempla la detección y el control de las enfermedades crónicas, la detección precoz y el seguimiento a los grupos de riesgo, la atención de la enfermedad, la rehabilitación básica y atención odontológica. Sus fundamentos propician la readecuación del modelo de salud, en la continuidad y equidad para acceder a los servicios (CCSS, 1999). Al respecto, el mismo documento (CCSS, 1999:59), en el subtítulo la “Justificación del Cambio en el Concepto de Equidad”, especifica:

Consiste en garantizar la igualdad de oportunidades en el acceso a los servicios de salud para iguales necesidades de los usuarios y reducir las diferencias existentes en los niveles de salud entre las diferentes regiones y grupos de población que puedan ser evitadas o minimizadas con la intervención del sistema de Salud.

En este sentido, la implementación del proceso para modernizar el sistema de salud de Costa Rica, facilitó que la atención a las personas, pasara a ser responsabilidad de la C. C. S. S. Con la intención de ofrecer un servicio integral, se trasladó el personal de atención del primer nivel de atención del Ministerio de Salud, a la C. C. S. S. En relación con esto, ha utilizado como estrategia en el primer nivel, fomentar la participación social, desconcentrar la prestación de los servicios, empoderar la gestión en las áreas de salud y

mejorar la calidad. Para la atención hospitalaria, ha diseñado destrezas en la asignación de los presupuestos vinculados con contratos, metas, compromiso de gestión y nuevos sistemas de gestión clínica y de especialización.

Corresponde al Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM), velar por su atención en los ámbitos, tanto público como privado. Además de dar seguimiento a las personas físicas y jurídicas, acreditadas por el Ministerio de Salud, y a quienes la C. C. S. S., ha extendido la identificación en este orden.

La Ley No 7935. Como normativa en el ámbito nacional, destaca la Ley No 7935: Ley Integral para la Persona Adulta Mayor, aprobada el 19 de octubre de 1999. Entre las disposiciones generales, contempla avalar la participación y el apoyo a las personas adultas mayores en la formulación de las políticas, los programas y los servicios relativos a impulsar la atención integral e interinstitucional de sus necesidades, tendientes a promover los estilos de vida saludables, y a crear mayor compromiso y responsabilidad personal en el autocuidado.

Esta Norma (Costa Rica Leyes Ley No 7935,1999:12) en el Título III, “Deberes de la Sociedad”, Capítulo II, “Salud”, en el Artículo 17, “Deberes estatales”, Inciso a, se refiere a que, corresponde al Estado, por medio de sus instituciones, promover y desarrollar:

La atención integral en salud, mediante programas de promoción, prevención, curación y rehabilitación, que incluya como mínimo Odontología, Oftalmología, Audiología, Geriátrica y Nutrición, para fomentar entre las personas adultas mayores estilos de vida saludables y autocuidado.

El Título IV, de este escrito “Órgano Rector”, Capítulo I, “Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor”, en el Artículo 34, “Fines”, el inciso b,

(Costa Rica Leyes Ley No 7935, 1999:17) describe que el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor posee entre sus fines: ***Impulsar la atención de las personas adultas mayores por parte de las entidades públicas y privadas y velar por el funcionamiento adecuado de los programas y servicios destinados a ellas.***

Entre las funciones del Consejo, esta misma Ordenanza (Costa Rica Leyes Ley No 7935, 1999:18) en el Artículo 35, "Funciones", el inciso h, cita:

Llevar un registro actualizado de las personas físicas y jurídicas acreditadas por el Ministerio de Salud para brindar servicios a las personas adultas mayores, así como de las personas a quienes la Caja Costarricense de Seguro Social haya expedido el carné de identificación correspondiente.

Según lo anterior, es explícita la obligación que tiene el CONAPAM de velar por la calidad de la prestación de los servicios a la población senescente, tanto pública como privada. Además de dar el seguimiento respectivo a las entidades acreditadas por el Ministerio de Salud, y a quienes la CCSS les ha extendido la identificación al respecto.

También en el ámbito nacional se destacan **las Normas de Atención Integral de Salud del Ministerio de Salud y la C. C. S. S.** Las mismas, en el apartado de las personas adultas mayores especifican las normas programáticas y técnico - operativas, así como los criterios de priorización y los escenarios donde deben ser atendidos los adultos mayores en Costa Rica, en el primer nivel de atención. Estos, en la actualidad, se encuentran a cargo de los Equipos Básicos de Atención Integral de Salud (EBAIS).

Los EBAIS, mediante la herramienta de compromisos de gestión de la C. C. S. S., para el año 2001, en su artículo noveno, citan los criterios a evaluar.

El documento (CCSS, 2000:19) en el subtítulo 1, “De la Administración y Prestación de Servicios de Atención Integral en Salud”, el objetivo No 8, códigos 10801- 10802 detalla: **Garantizar que a la población adulta mayor se le brinde servicios de atención integral en salud**, siguiendo los indicadores de cobertura de personas de sesenta años y más tamizadas, con criterios de calidad y vacunación con DT en personas mayores de sesenta años.

Como antecedentes de los estudios de tesis elaborados en la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica, en el ámbito de las personas adultas mayores, se encontraron en el período 1974 - 2003, cuatro disertaciones. La primera de ellas menciona la relación del funcionamiento intelectual y emocional del anciano, por medio de la prueba del Rorschach (Loaíciga; Radan; Ramírez, 1981). Los factores de riesgo asociados a los sentimientos de soledad, en personas ancianas del Cantón de Coronado (Campos; Céspedes, 1992), constituye el segundo estudio referencial. La tercera plantea la problemática del abuso en el seno familiar de los adultos mayores, asistentes a los Centros de Atención Diurnos de Pavas (Corazzari; Taylor, 1998). La cuarta analiza las representaciones de la sexualidad en los adultos mayores, una aproximación desde la hermenéutica a profundidad, aplicada en el área metropolitana de San José, Costa Rica (Montero; Piedra 2003) No obstante, no están directamente definidos en la temática de esta investigación, sino que apuntan tangencialmente a los aspectos generales del mismo.

Una revisión de los trabajos homólogos efectuados en los programas de Postgrado en Trabajo Social y Gerontología respectivamente, entre 1997 al 2003, proporcionó que los resultados de los estudios en torno a la gestión social de la promoción comunitaria de los procesos de envejecimiento satisfactorio (Quesada, 2003); la participación de los adultos mayores en la construcción de un plan institucional (Cruz, 2000); así como el de las actitudes hacia la

prevención y promoción de la salud en las personas adultas mayores, elementos gerontológicos básicos para su análisis, (Gómez, 2003) proveen los recursos referenciales a considerar en la presente investigación. Lo anterior, por cuanto interesa facilitar en el presente estudio, entre otros aspectos, algún grado de sensibilización y empoderamiento de la población senescente a participar activamente, en la definición y puesta en práctica de los mecanismos de reflexión - acción, los cuales les competen como ciudadanos y beneficiarios de los servicios de atención del sistema de salud costarricense, y que les permitan vivir una vida plena, digna y autónoma hasta donde sea posible.

MARCO CONCEPTUAL

II. MARCO CONCEPTUAL

“El trabajo del pensamiento se parece a la perforación de un pozo: el agua es turbia al principio, más luego se clarifica”.

Proverbio chino

En este capítulo, se discuten los aspectos temáticos, orientadores del tema objeto de investigación. Para tal efecto, se parte de un planteamiento en torno a la teoría de la percepción social, como un referente teórico esencial del trabajo. Posteriormente, con el propósito de obtener una visión global del tema, se analizan algunos modelos de atención a la persona adulta mayor, en otros contextos internacionales. Luego, con el interés de conocer la evolución de los modelos de atención en salud, desde una perspectiva nacional y su vinculación con el tema en sí, se describe la reseña histórica de la salud pública en Costa Rica y su impacto en la atención de la población adulta mayor. Para una mejor comprensión del entorno, al cual pertenecen cada uno de los informantes, se detalla el contexto de la ubicación del Área de Salud de Moravia. Finalmente, se resalta la importancia de la participación en la definición de mejores oportunidades, y por ende, una mejor calidad de vida a la población senescente beneficiaria de los servicios y su vinculación al desarrollo humano, en los procesos de atención a la salud de la persona adulta mayor en el país.

2.1 LA PERCEPCIÓN SOCIAL COMO REFERENTE PARA EL CONOCIMIENTO DE UN SERVICIO SOCIAL

Las personas en la vida diaria están expuestas a continuas interacciones, las unas con las otras. Tanto los hombres como las mujeres tienden a prestar atención y a dar respuesta a sus vínculos de interacción, acordes con el sentido que las otras personas atribuyen a cada situación. Las acciones derivadas de un proceso de interacción presentan una connotación objetiva, en función

directa de lo demandado por ella. La atracción subjetiva está determinada por la propia percepción de los hechos y de las personas vinculantes de esa situación (Martín- Baró, 2000). En este sentido, el autor describe el “efecto de Pigmalión” de (Rosenth; Jacobson, 1968), atribuido a la creencia de que cuando algo es verídico, acaba por serlo debido al sentido y dirección del comportamiento de la persona. Estudios en esta teoría, intentan revelar la implicación consciente o no, que la percepción puede tener en la acción de las personas. Además, pretenden aportar un marco referencial tendiente a conocer el papel ejercido por los procesos cognoscitivos en la acción de las personas, así como las formas o contenidos de esos procesos. Sin obviar las críticas metodológicas que ha recibido esta hipótesis, de cumplirse el efecto Pigmalión, podría existir la posibilidad de que las estructuras sociales condicionen el quehacer de las personas y manipulen sus resultados, en beneficio de unos u otros, determinando la percepción de las personas, las acciones y las circunstancias.

En esta dirección, la percepción es definida como ***el proceso por el que se captan estímulos y se interpreta su significación o sentido*** (Martín-Baró, 2000:189). Esta conceptualización no garantiza una visión auténtica o arbitraria de la realidad, no obstante, se acerca a una representación de los aspectos sociales asociados a la selección, como al significado de los estímulos.

Entre los enfoques complementarios en el campo de la percepción con mayor aceptación por los psicólogos sociales, se encuentra concebirla como un proceso de codificación cognoscitiva. El objeto, denomínese una persona, una acción, un suceso o una cosa adquiere significación, adjudicándosele un esquema o categoría.

La noción de categoría cognitiva es conceptualizada como **el conjunto de reglas que permite clasificar a un objeto como equivalente a otro** (Martín – Baró, 2000:191). Este mismo autor señala como una idea semejante al de categoría, el de esquema cognitivo, al definirlo como: **una estructura cognoscitiva consistente en la representación parcial del ámbito de algún estímulo, contiene un conocimiento genérico sobre ese ámbito, incluyendo una especificación de las relaciones entre sus atributos** (Taylor y Croker, 1981 en Martín – Baró, 2000:191). Complementariamente, algunos autores consideran que los esquemas cognitivos cumplen al menos dos funciones: la primera corresponde a una función de codificación y representación del objeto. La segunda tarea está vinculada con la interpretación y la inferencia del objeto con respecto al futuro (Bruner, 1958/1974, en Martín – Baró, 2000). En ambas circunstancias no cabe la distinción entre el quehacer propio de cada función, sin embargo, si se conoce, que las dos intenciones responden a las diversas necesidades de las personas.

Entre las afirmaciones destacadas en la función codificadora y representativa, se encuentran:

- ◆ Los esquemas cognitivos estructuran la experiencia.
- ◆ Los esquemas cognitivos determinan la información que codificada en la memoria o se recuerda.
- ◆ Los esquemas cognitivos afectan el tiempo de procesamiento, la velocidad en el flujo de la información y la resolución de los problemas.

De esta forma, en la socialización, las personas transmiten la información, adquieren los esquemas cognitivos, los valores referenciales, desarrollan la identidad personal - social, la cual determina su manera

particular de captar la realidad, de interpretarla y lograr el autoconocimiento en la construcción de su mundo.

La percepción de las personas. Tres modelos teóricos están presentes en la percepción de las personas; y en el cómo se construyen las imágenes acordes con un esquema y una categoría cognoscitiva. Estos son: el efecto de halo, la teoría de la personalidad implícita y las categorías prototípicas (Martín - Baró, 2000).

En el **efecto de halo**, se destaca la vinculación de la emoción en la percepción interpersonal. Este modelo enfatiza cómo el conocimiento está secundado por el afecto; y cómo las personas interponen en la percepción las unas con las otras, su escala de valores o sentimientos.

La **teoría de la personalidad implícita**, se refiere a los vínculos entre los elementos cognoscitivos. En la percepción de las personas media la existencia de los rasgos, los cuales conducen a una percepción total de las características que se considera, van entrelazadas. Se propone que cada persona puede tener una forma particular de caracterizar a la gente, o incluye modelos socializados, los cuales están determinados por la adquisición de los estereotipos.

Las **categorías prototípicas** asignan al proceso perceptivo la inclusión de un objeto, cuyo parecido lo determina un marco referencial atribuido a esa categoría. Cada objeto nuevo se compara con un conjunto de rasgos prototípicos, al evaluar sí presenta los rasgos de esa categoría o no los tiene. Para señalar cuál es la categoría perceptiva más apropiada en una circunstancia y entorno concretos, independientemente del objeto percibido, se analizan tres factores: el contexto, el interés y la experiencia del perceptor.

Puede suceder que la información perceptiva recibida de las demás personas, no coincide con las categorías perceptivas elaboradas de manera previa. En estos casos, surge la “duda perceptiva”. En la explicación de cómo se resuelve esta contradicción, los estudios en la materia han propuesto tres métodos: el relacional, éste supone la modificación de la información o el cambio de la categoría perceptiva, para integrar la nueva información con la ya existente. El segundo método consiste en el descuento, en el cual se ignora la información, al descartar datos contradictorios, los cuales no coinciden con la percepción que se tiene de otra persona, o al seleccionar aquellos que resultan ser concordantes con la categoría utilizada. El tercer método representa la combinación lineal, el cual agrega información a la ya existente o elimina información previa.

Como crítica al modelo categorial, el cual goza de mucha aceptación por parte de los psicólogos sociales de los Estados Unidos, surge el modelo alternativo, denominado ecológico, éste fue propuesto por Gibson, en 1966. Este autor considera que en la percepción de las personas, no basta sólo la fundamentación o la elaboración subjetiva, sino su adecuación objetiva. Lo anterior por cuanto las personas requieren adaptarse a su medio ambiente y en particular, al nicho ecológico. En este orden las personas se formulan exigencias muy concretas, para captar y enfrentar su entorno.

Si bien, todos estos modelos han sido cuestionados, lo que resulta importante en la percepción de las personas es, cómo aprenden, experimentan y aprecian, más que la situación misma donde estas personas pueden aprender, experimentar y estimar. En este sentido, se retoma el siguiente planteamiento: ***son las estructuras y esquemas sociales los que determinan en buena medida no sólo cómo se percibe (formalidad de percepción) sino también qué se percibe (el contenido de la percepción)*** (Martín – Baró, 2000:205).

La percepción de los actos. En este apartado se menciona brevemente, el concepto de análisis de atribución aportado por Heider, en 1958, en el cual se refiere a que las personas al percibir, actúan de manera ingenua o con sentido común, al anteponer en su percepción y comportamiento, hipótesis de cómo son las personas, y por qué actúan de cierta manera.

El análisis de atribución ***pretende comprender los procesos y factores que llevan a percibir la causa de los comportamientos en las características del actor o en las características de la situación*** (Martín – Baró, 2000:206). En consecuencia, la percepción de los actos no se encuentra desvinculada en relación con la percepción de las personas, pues no se percibe a las personas en abstracto, sino más bien, como seres actuantes, aún cuando su acción fuera pasiva.

Según el autor supracitado, algunos factores como la edad, el sexo, la situación socioeconómica, el status, los conocimientos, la experiencia, el carácter de la acción, el rol desempeñado por el actor, entre otros elementos personales intervienen en la atribución perceptiva. Menciona que la diferencia sistemática al otorgar la causa del comportamiento, a los factores personales o situacionales puede estar asociada más bien, a la estructura de la personalidad de los individuos que al propio análisis de atribución, específicamente en lo concerniente a los propios actos. Las personas tienden a percibir los refuerzos a sus comportamientos, dependiendo de sí mismos, o de los aspectos externos a su voluntad (Rotter, 1966 en Martín – Baró, 2000).

En un intento por lograr una mayor comprensión de los aspectos vinculantes en los procesos perceptivos, tanto el análisis de atribución, como el modelo sobre el lugar del control de los refuerzos, pueden facilitar algunas respuestas. Un abordaje no crítico, puede tener un matiz subjetivo, el cual limita

tomar en cuenta otros factores determinantes, mediadores de lo psicosocial, tales como los elementos de carácter histórico, social, del conocimiento, entre otros.

La percepción de los grupos: la categorización grupal. Este tipo de percepción tiene lugar siempre y cuando, el que percibe lo realiza como miembro de un grupo, sin perder la perspectiva de los otros no como individuos, sino como miembros de grupos. Las personas pueden categorizarse en diversas agrupaciones según la clase social, el sexo, la edad, la raza y la nacionalidad, sin embargo, lo más importante es distinguir a los grupos, a los cuáles se pertenece y a los cuáles no se pertenece. (Martín- Baró, 2000), se refiere al “nosotros” y al “ellos”. A esta diferenciación (Oldenforff, 1968, en Martín- Baró, 2000), agrega un espacio psicosocial intermedio, al cual llama el “se”, le otorga un ámbito mayor que al “nosotros” y le adjudica una personalidad no tan diferenciada como el “ellos”. En la dimensión del “se”, impera el sentido común y se propicia la interacción entre los grupos regidos por las normas, sin la condición de pertenencia a un grupo específico o necesariamente, sin darse la conformación de un nosotros.

Algunos estudiosos en esta temática coinciden en argumentar que al presentarse una división entre los grupos, los miembros del propio grupo tienden a parcializarse a favor del grupo de pertenencia. Prejuicio perceptivo el cual prevalece sin tomar en cuenta el beneficio o no a la persona, y que responde no a la división del grupo, sino a un proceso de la valoración social, en relación con el mismo grupo. El cual puede estar asociado a las normas culturales, a la búsqueda de la identidad o como una diferenciación cognoscitiva (Rabbie; Horwitz, 1979; Brewer, 1979; Tajfel, 1982 en Martín- Baró, 2000).

Los estereotipos. Independientemente de atribuirle una connotación generalizada o categórica a los estereotipos, se define este término, como: ***un***

conjunto de creencias sobre los atributos personales de un grupo de personas (Ashmore y del Boca, 1981, en Martín – Baró, 2000:227). Tal definición no contempla la valoración de si esos atributos o rasgos son buenos o malos, verídicos o falsos. Existen algunos modelos teóricos tendientes a lograr una mejor comprensión de los estereotipos. Los autores mencionan tres modelos relacionados con los estereotipos: el psicodinámico, el sociocultural y el cognoscitivo.

El modelo psicodinámico responde a la perspectiva freudiana del ser humano, en la cual prevalece la personalidad de quién usa el estereotipo, influenciado por los motivos individuales o por los requerimientos establecidos por su medio ambiente. La fundamentación teórica de este modelo, parte de la utilización de los mecanismos de defensa como táctica en la protección del yo, del exceso de angustia en el nivel consciente, sentimiento que no le permite lograr un equilibrio adaptativo. El asumir esta postura implica la explicación de los estereotipos congruentes a las necesidades especiales, de quiénes los utilizan. Connotación tal, en donde el estereotipo adquiere una posición negativa de un determinado grupo, donde la persona aplica al menos dos mecanismos de defensa: el desplazamiento y la proyección. Cuando la persona dirige hacia el grupo estereotipado aquellas tendencias agresivas, inconscientes o no, que la moral grupal, superego, no le permite aplicar a otras personas o a sí misma, se utiliza el desplazamiento como un mecanismo defensivo. Posteriormente, se emplea la proyección para justificar los motivos o intenciones, los cuales originan al estereotipo o a la agresión acumulada en él (Martín – Baró, 2000).

En el modelo sociocultural, los estereotipos significan una manifestación del sentir grupal o cultural, como un medio para lograr la identidad e identificación con éste. Se asume en este enfoque un legado o función asignado para cada uno de los componentes de una cultura. El empleo del

estereotipo adquiere por un lado, una función expresiva de afirmación de la propia identidad, por otro, un rol de firmeza de las reglas grupales, como oposición a las normas de otros grupos.

Otra manera para entender los estereotipos, está determinada por el modelo cognitivo, en el cual éstos son concebidos como una muestra de un colectivo, homóloga a un grupo de personas, con características propias, cuyos rasgos tanto generales como particulares permiten identificarlo y distinguirlo de cualquier otro. Tal concepción parte del supuesto de que los estereotipos integran parte de los procesos cognitivos uniformes, sujetos a restricciones similares a las percepciones humanas, tal es el caso de las dificultades para procesar la información. En las cuales prevalecen diferencias de percepción y conocimiento, tendientes a soslayar los factores motivacionales o los atribuidos al déficit de la información. Es así, como es frecuente encontrar la presencia de tendencias antojadizas invariables en el procesamiento de la información, en relación con las personas o los acontecimientos, los cuales contribuyen sustancialmente a la construcción y el sostenimiento de los estereotipos sobre los grupos sociales (Ashmore y del Boca, 1981, citado por Martín – Baró, 2000).

No obstante, al concepto teórico elegido, el uso de los estereotipos genera consecuencias en la percepción de las personas, pues llegan a ver lo que no existe; en el accionar, el modo mediante el cual se procede en la interacción, determinando su propio comportamiento y en la memoria, al reproducir o trasladar la información relativa a las características del estereotipo, y asignar un significado en función del estereotipo actual. Al valorar el binomio estereotipo – sociedad desde una posición social amplia, debe prevalecer un análisis más objetivo, acorde con la realidad y su aporte en beneficio de la colectividad.

2.2 EL ANÁLISIS DE LOS MODELOS DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR EN OTROS CONTEXTOS INTERNACIONALES

Se han consultado en este proyecto y hasta la fecha, varios modelos de atención al adulto mayor, en países como Argentina, Chile, México y España. Las experiencias del Municipio de General Pueyrredón, Argentina (1997), describen cómo se ha trabajado en un rediseño de las funciones del Estado, referente a las políticas para los mayores, pasando de una organización y gestión tutelar, a un enfoque de fomento, a una construcción de las capacidades y, al establecimiento de una nueva relación entre el Estado y la Sociedad. La experiencia registra un modelo flexible, participativo tendiente a permitir la innovación permanente. Además, cita un conjunto de acciones coordinadas con todas las áreas e instituciones de la Dirección, (Consejo Asesor de la Tercera Edad, Equipo Interdisciplinario, Área de la Tercera Edad, Cuidadores Domiciliarios, Hogares convivenciales en tres modalidades: el hogar de internación, el hogar autogestionado, el hogar de día). Esto atribuye al modelo un carácter integral, multidisciplinario con activa participación social.

Las acciones programadas para el año 2001, por el Ministerio de Salud de Chile, se encuentran enmarcadas en el marco de la reforma integral de la salud, con el propósito de adecuar el sistema de salud a la nueva realidad epidemiológica y demográfica del país, no obstante, asegurando las garantías sanitarias frente a las enfermedades de alto costo y las asociadas a la vejez de la población. El modelo procura una mayor solidaridad en el financiamiento, fortalecer el sistema público de salud, modernizar su gestión e integrar de manera eficiente, la red de los prestadores sociales. También propone asegurar el acceso a la consulta de la atención primaria, dentro de cuarenta y ocho horas, a los grupos de alto riesgo mayores de sesenta y cinco años y menores de un año, ampliando la cobertura hacia las comunas rurales. Plantea la promoción y el trabajo comunitario en salud, desarrollar el programa de las

especialidades, corregir y ajustar el sistema de la asignación de los recursos a la salud primaria per cápita, a través del incremento del 4,2 % en el precio, y del 10 % por población. En lo relativo al programa adulto mayor: aumentar la cobertura de los programas asistenciales y de la alimentación complementaria.

También se analizó una experiencia de atención integral, llevada a cabo por la Universidad Católica de Chile y la Municipalidad de la Pintana (2000), con 1.600 adultos mayores de escasos recursos de esa comuna y que consideró la realización de treinta y siete clubes de adultos mayores, en temas tales como: la salud, la nutrición, la prevención de los asuntos legales y la participación en las organizaciones comunales con una inversión de \$50.150.000 por medio del programa “MÁS VIDA PARA TUS AÑOS”.

En México, la reforma integral al modelo de atención a la salud (1995), necesaria por el cambio de perfil epidemiológico de la población, impulsada por el entonces Presidente de la República, Ernesto Zedillo, registró un descenso en los padecimientos infectocontagiosos y un incremento en los crónico-degenerativos; además del aumento en el número de personas adultas mayores y su mayor expectativa de vida. El Instituto de Seguridad y Servicio Social de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), en su cuarenta aniversario, destaca como un organismo modelo de salud pública, sobresale en los campos de la enseñanza, la investigación, la aplicación de las nuevas tecnologías, el desarrollo de los sistemas y de los programas operativos.

Los informes demográficos de la Unión Europea (1995) revelan que aproximadamente, una de cada tres personas es mayor de cincuenta años y una de cada cinco tiene más de sesenta años. Un estudio posterior efectuado por ese mismo ente en 1997, confirma las estimaciones realizadas para los próximos treinta años, en las cuales se calcula que la población de sesenta años y más, puede aumentar en un 50%.

En función de las transiciones demográficas, del incremento de la población llamada de la “cuarta edad” (mayores de ochenta años), calculada en España en más de 2.3 millones, para los años 2020 – 2026, el modelo de intervención español hacia las personas mayores, se basa en cuatro aspectos complementarios:

- ◆ **La atención en centros residenciales.** Los programas alternativos a la institucionalización constituyen, en la actualidad, el mayor reto al desarrollo de los servicios sociales. Destacan los hogares y los clubes, los centros de atención diurna, la atención a domicilio, la teleasistencia como fórmula de autonomía personal, los programas de estancia diurna, los medios y ayudas técnicas, la accesibilidad al transporte, la modificación del medio doméstico y muchos otros elementos, los cuales le proporcionan una mejor calidad de vida al anciano.
- ◆ **La participación del colectivo de mayores.** Otorga importancia a los ancianos, a su propia organización, los estimula a participar y a elaborar sus propios programas, con el objetivo de ser colaboradores de la propia atención horizontal.
- ◆ **La creación de aulas para la tercera edad,** universidades populares e intensificación de asociaciones de mayores.
- ◆ **Las asociaciones de mayores por medio del impuesto del rendimiento de personas físicas.** Un 0.52 % de la declaración a la Hacienda Pública, está destinado a las actividades de tipo social, y un 20% al desarrollo de las asociaciones de adultos mayores.

El Instituto de Migraciones y Servicios ha desarrollado la gestión de los servicios complementarios del Sistema de la Seguridad Social. El Plan Gerontológico iniciado en 1992 y el cual fue revisado en 1999, en ese año, según Díaz Pereira (2001), tenía adjudicado un presupuesto de ochenta millones de pesetas. Los programas del Plan Gerontológico incluyeron: las pensiones para asegurar el nivel de consumo y el bienestar económico de las personas adultas mayores, la salud, la asistencia sanitaria, los servicios sociales, el ocio y la cultura (viajes), la participación (desarrollo del movimiento asociativo).|

Al analizar hasta la fecha, estos marcos referenciales y con la inquietud de revisar durante el desarrollo de la presente investigación otras experiencias en los modelos de atención a la salud, dirigidos a la población adulta mayor en el nivel internacional, se evidencia cómo, hacia lo interno de las naciones, se ha producido un cambio en el perfil epidemiológico y demográfico de la población, el cual obliga a cada estado y a la sociedad a una revisión de sus funciones, y a la vez, a readecuar sus modelos tutelares a otros más actualizados, tendientes a permitir de una manera más coordinada, establecer políticas activas y preventivas para anticipar las necesidades derivadas de las nuevas realidades sociales.

De todas las iniciativas logradas, se desprende cómo los países deben instar a sus pobladores a percibir la atención social de la persona adulta mayor de una manera dinámica, y conducir el enfoque de intervención hacia una política de soporte más que de sustitución. Aunado al compromiso por encontrar nuevas fórmulas, para mantener y acrecentar las cuotas de bienestar social y además, responder a los problemas de financiamiento, de dependencia, de reformas de ordenamiento jurídico y del sistema tributario, bioéticos ante las nuevas demandas de un sector de la población más longevo, el cual intenta nuevos roles, nuevos espacios en la sociedad y un cambio de actitud en la

atención, y modificar lo relacionado con la prestación de los servicios integrales de la salud.

2.3 LA SALUD PÚBLICA EN COSTA RICA Y SU IMPACTO EN LA ATENCIÓN DE LA PERSONA ADULTA MAYOR

La preocupación por la salud pública representa una constante histórica de Costa Rica, ésta comienza a vincular en el siglo XIX. Hacia 1850, se tuvo la creación por ley de un Hospital General (Casa de Enfermos), de un Cementerio y de una Junta de Caridad. El 08 de mayo de 1864, se creó oficialmente por don Cleto González Víquez, el Hospital San Juan de Dios, el cual contó con el patrocinio de la Hermandad de la Caridad, después se llamó Junta de Beneficencia Pública finalmente, tomó el nombre de Junta de Protección Social de San José. El Asilo Chapuí fue creado por el Dr. Carlos Durán, quien en 1889, fue Presidente Provisional de Costa Rica, él también fundó el Consejo Superior de Salubridad. Lo anterior como una necesidad que vino a cubrir la salud, en un sentido de beneficencia y caridad social (Jaramillo, 1993).

En 1922, se instituyó la Sub-Secretaría de Higiene y Salubridad Pública, con ésta se inician las acciones en el ámbito de la salud preventiva. En 1923, se promulgó la Ley sobre Salubridad Pública y Protección Social, la cual constituye el primer Código Sanitario de Costa Rica. En 1927, la Subsecretaría de Higiene y Salubridad Pública, se elevó a rango de Secretaría de Salubridad Pública y Protección Social. Las acciones preventivas y curativas quedaron a cargo de la dirección de la nueva Secretaría. En el campo asistencial, los hospitales, los hospicios, las casas de maternidad y las organizaciones protectoras de la infancia pasaron a formar parte de su dirección. El 26 de octubre de 1931, se establecen las Unidades Sanitarias, con el fin de brindar la atención ambulatoria y preventiva a las personas en el nivel nacional. En esta década, producto de

las acciones en el campo preventivo, (la sanidad escolar, el control de las epidemias, las campañas antimaláricas y las luchas antituberculosa – antivenérea y con la introducción del concepto de saneamiento ambiental) se hicieron grandes avances en el perfil de salud del país, en lo referente a la expectativa de vida, se pasó de treinta y cinco a cuarenta y dos años. Situación que perfiló transformaciones relevantes en los indicadores de salud del país, en los diferentes grupos etarios, incluidas las personas adultas mayores.

En la década de los cuarenta, surgió el nacimiento de la seguridad social. Así, en 1941, durante la administración del Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, se creó la C. C. S. S. A partir de septiembre de 1942, se dispuso la implantación del Seguro de Enfermedad y Maternidad para el Área Metropolitana y las cabeceras de provincia. Con carácter de obligatoriedad para los asalariados, con sueldos menores de 400 colones por mes. En 1944, se inició la ampliación de la cobertura en el ámbito rural, con el traspaso del Hospital de Turrialba Dr. William Allen, a la C. C. S. S. y la atención a la familia.

En las décadas de los cincuenta y sesenta, nació y se consolidó la Medicina Social en el país, gracias al crecimiento del Seguro de Enfermedad y Maternidad. La institución de la Seguridad Social se inclinó en ese período a la ampliación de la prestación de los servicios a la salud, se brindó importancia a la formación de los médicos. Así, en 1951, se fortaleció el Ministerio de Salubridad Pública al ampliar el control de los hospitales por las Juntas de Protección Social, y se intensificaron las acciones en el campo de la prevención. En 1953, se creó la Facultad de Medicina de la Universidad de Costa Rica, a partir de 1959, se inició la enseñanza de la medicina, en esta Casa de Estudios. En 1956, se creó el Seguro Familiar (SEM) para introducir la cobertura familiar (además de los hijos, la esposa o compañera, los hijos menores de doce años y los padres, si fueran dependientes del asegurado directo). En 1961, la Asamblea Legislativa reformó el artículo 177 de la

Constitución Política; y obligó a la C. C. S. S., a cubrir a toda la población con los seguros (se estableció un plazo de diez años para implementar la cobertura). De 1965 a 1969, se hizo énfasis en la formación del recurso humano. A partir de 1966, se inició la enseñanza de la Medicina en el Hospital Central (Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia). En 1969, se inauguró el Hospital México como el centro más especializado del país.

En la década de los setenta, se extendió la universalización de la Medicina Social. En 1970, durante la presidencia de José Figueres Ferrer, se ampliaron y se universalizaron los servicios médicos de la C. C. S. S., comprendidos en el Régimen de Enfermedad y Maternidad. Además, se dieron grandes cambios en la Secretaría de la Salud, la cual se transformó después, en el Ministerio de Salud. Se dictó la Ley y el Reglamento respectivo, con funciones eminentemente preventivas, complementarias a las asistenciales de la C. C. S. S. En 1971, se rompió el tope de cotización y se reestructuró la dirección superior de esta dependencia con la apertura de las subgerencias, entre ellas la División Médica. En 1973, se produjo el traslado de todos los hospitales de la Dirección de Asistencia Médica Social a la C. C. S. S., mediante la ley No 5349. Entre 1974 y 1978, nació y se impulsó la política de salud de atención primaria, a cargo de los centros y puestos de salud. En 1974, se aprobó la Ley de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares, ésta creó el Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (FODESAF), el cual permitió financiar las acciones preventivas del Ministerio de Salud, por medio de los Programas de Salud Rural y Comunitaria.

En la década de los ochenta, se estableció el Sistema Nacional de Salud, mediante el Decreto Ejecutivo No 14343 SPPSPLAN. En este escrito, el Sistema Nacional de Salud se conceptualizó como: ***El conjunto de instituciones y establecimientos que forman parte del sector público y privado, que tienen como finalidad específica procurar la salud de las***

personas, de la familia y la comunidad (La Gaceta, Decreto No 19276-S, 1980:01). Tuvo como propósito alcanzar la universalización de los servicios de salud y el respectivo sistema integral de la salud. En el artículo 2, se refiere a las instituciones integrantes del Sistema Nacional de Salud, las cuales se describen a continuación:

- ◆ Ministerio de Salud. Le corresponde la definición de la política nacional de la salud, la fijación de las normas, la conducción, la planificación y la coordinación de todas las actividades que le competen conforme a la ley, dando énfasis al fomento y a la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y el control del ambiente.
- ◆ C.C.S.S. Es la institución creada para aplicar el seguro social obligatorio y en la actualidad, el seguro por el Estado, según las disposiciones vigentes, brindando los servicios de recuperación y rehabilitación de la salud, particularmente. Participa con el Ministerio de Salud en acciones tendientes a promover la salud y prevención de las enfermedades.
- ◆ Instituto Nacional de Seguros. Esta Institución coadyuva a reducir en forma amplia y con sentido social benéfico la tensión económica, la cual en forma individual y colectiva enfrentan los integrantes de la comunidad. Tiene a su cargo el prevenir la adversidad laboral, de tránsito, y a la vez, suministrar a los lesionados los servicios médicos hospitalarios y de rehabilitación en forma integral.
- ◆ Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados. Le compete a esta institución todo lo relacionado con el suministro de agua potable, para los usos domiciliarios, industriales y de cualquier otra naturaleza, con cobertura nacional. Las aguas negras y pluviales del país están a su cargo, así como el asesoramiento a otras instituciones públicas y privadas, sobre el

abastecimiento del agua potable y la disposición sanitaria de las aguas negras.

- ◆ Universidades. A estas instituciones docentes superiores, les corresponde entre otras funciones la formación y la capacitación de profesionales y técnicos en las diferentes disciplinas, para las instituciones y los establecimientos conformantes del Sistema Nacional de Salud.
- ◆ Servicios Médicos Privados, Cooperativas y Empresas de Autogestión. Son todos aquellos servicios brindados en clínicas y consultorios privados, cooperativas y empresas de autogestión, con el fin de fomentar, promocionar, recuperar y rehabilitar la salud.
- ◆ Municipalidades. Son los gobiernos locales, a los cuales corresponde la administración de los servicios e intereses de la comunidad de su área de atracción, que promueven el desarrollo integral de los cantones en armonía con el desarrollo nacional.
- ◆ Comunidad. Como parte integral del sistema, a la comunidad le atañe participar por medio de los grupos organizados, en la determinación de las necesidades y las prioridades, en la orientación de los recursos y el control en su uso y especialmente, en el autocuidado de su salud.

En 1989, el decreto No 19276-S, define al Ministerio de Salud como el ente encargado de **rectoría, coordinación y control técnico del Sistema de Servicios dirigidos a alcanzar salud y bienestar para toda la población** (CCSS, 1999:38). Se agregan al sistema otras instituciones como las universidades, los centros de educación superior que tengan como misión formar a profesionales y técnicos en las diferentes disciplinas, (en exclusiva a la Universidad de Costa Rica), además se incluyen los servicios médicos privados

los cuales brindan en las clínicas, en los consultorios, las cooperativas y las empresas de autogestión, al igual que en las municipalidades como los gobiernos locales, las acciones de salud del área y de la comunidad.

Las instituciones, los establecimientos y los subsistemas del Sistema Nacional de Salud se ubican en los siguientes niveles: **Central** (el cual tiene carácter eminentemente político, normativo, investigativo, contralor y financiero; formula y evalúa las políticas, las estrategias, los planes, los presupuestos, los reglamentos y los programas de salud), **Regional** (cuya función es coordinar, supervisar, capacitar; además administra los servicios físicos – financieros en conformidad con los procedimientos institucionales definidos, **Local** (cumple y ejecuta la programación relativa a las acciones de salud, formuladas por el nivel central y que son sistematizadas por el regional, además administra los recursos humanos, físicos y financieros asignados).

Para los propósitos de articulación de los establecimientos de salud en las redes de oferta, el artículo No 18 del Reglamento General del Sistema Nacional de Salud, define los siguientes niveles de atención: Nivel Primario, Nivel Secundario y Nivel Terciario.

Primer Nivel de Atención. Comprende las acciones de promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, la curación de las mismas y la rehabilitación de menor complejidad, las cuales se practican con respecto a la familia, en los ámbitos: domiciliario, comunitario, en establecimientos educativos, en clínicas (consultas externas de medicina general), en los centros y en los puestos de salud, en los consultorios comunales públicos y privados, así como en los centros de trabajo. Los cuales están constituido hoy día, por los EBASIS y se refieren al equipo humano que ejecuta las acciones antes descritas. Los establecimientos típicos de este nivel de atención están constituidos por los puestos de salud y las clínicas de atención integral 1, 2, y

3. La consulta de medicina general de las clínicas tipo 4 y los hospitales periféricos y regionales.

Segundo Nivel de Atención. Apoya al nivel primario, mediante la prestación de los servicios preventivos, curativos y de rehabilitación, con grado variable de complejidad y especialidad. Están en este nivel las clínicas 4 y los hospitales periféricos 1, 2, y 3.

Tercer Nivel de Atención. Provee los servicios ambulatorios y de internamiento en todas las demás sub especialidades, en las intervenciones más complejas. También brinda servicios de apoyo, diagnóstico y terapia, los cuales requieren de alta tecnología y grado de especialización. Es el caso de los hospitales regionales y nacionales, generales o especializados, incluidas las clínicas tipos 3 y 4 para la atención de ciertas especialidades.

El Reglamento General del Sistema Nacional de Salud, decreto No 19276-S, del Poder Ejecutivo, con fecha nueve de noviembre de mil novecientos ochenta y nueve, en relación con las medidas dirigidas a mejorar la calidad de la atención, recibida por las personas adultas mayores institucionalizadas, define funciones básicas para cada una de las instituciones conformantes; y establece los mecanismos de coordinación por niveles, en los cuales sobresalen los Consejos, las Juntas de Salud y Seguridad Social y los Comités Locales de Salud.

En la década de los noventa, en el marco del proceso de Reforma del Estado, los trabajadores de la Caja y del Ministerio desarrollaron acciones con el objeto de responder a las nuevas demandas sociales, a un perfil epidemiológico determinado y a la política social del Estado. En este sentido, se retoman los diferentes diagnósticos del Sistema de Salud y además, se elaboran propuestas que una vez avaladas y aprobadas, conforman el Proyecto

de Reforma del Sector de la Salud. Se describen cinco situaciones que justifican la introducción de los cambios en el sistema de salud:

- ◆ Las crisis del modelo de atención.
- ◆ La atención hospitalaria inadecuada.
- ◆ Las tendencias financieras (gasto creciente).
- ◆ Los problemas organizacionales.
- ◆ La falta de participación de los usuarios.

Lo anterior facilitó con el tiempo, el éxito en la implementación de los programas tales como, el de Morbilidad Infecto Contagiosa y el de Patología Reproductiva de la Mujer, entre otros. Situación que facilitó una buena atención en el primer nivel, favoreciendo a un sector poblacional y atendiendo a las demandas, según determinadas patologías.

El modelo anterior, asociado a una gama de razones de naturaleza biológica, psicológica, económica y social generó un cambio en los estilos de vida y por ende, un aumento en la expectativa de vida de la población. La transformación demográfica y los cambios en el perfil epidemiológico de morbimortalidad, requieren en la actualidad, de un personal en salud, con una formación dirigida a las enfermedades crónicas, las cuales en este momento, se deben atender como respuesta a las nuevas demandas, debidas a las necesidades diversas en atención a la salud, a la presencia de otras patologías degenerativas. Esto aunado a la problemática relacionada con el enfoque de atención, la continuidad de ésta, a un fraccionamiento de la misma, a duplicar las acciones, a un mayor gasto de los recursos, a la falta de adecuados sistemas de referencia y contrarreferencia, a la inadecuada calidad de atención, debido a la ausencia de metodologías e indicadores, los cuales permitan brindar seguimiento a la calidad de las prestaciones brindadas, evidencian sustantivas desigualdades en la oportunidad, en el acceso y en la

equidad de los servicios, tanto en materia de la infraestructura, como en la distribución de los recursos.

2.4 EL PROCESO DE LA MODERNIZACIÓN

Los problemas descritos en el apartado anterior han obligado tanto al Ministerio de Salud, como a la C. C. S. S., a replantearse los modelos administrativos y de prestación de los servicios, en la búsqueda de un esfuerzo de modernización tendiente a obtener el logro de las metas – objetivos, a un mejor aprovechamiento de los recursos humanos, financieros y técnicos, con la intención de producir un efecto positivo en la salud de toda la ciudadanía, y a la vez, la distribución beneficiosa en conformidad con las necesidades de la salud. En relación con esto, se han implementado una serie de estrategias en el contexto nacional e internacional, las cuales en su conjunto conforman el denominado Proceso de Modernización, éstas involucran diferentes acciones agrupadas en varios componentes

- ◆ El mejoramiento de la conducción y evaluación del sistema: Rectoría.
- ◆ La readecuación del Modelo de Atención.
- ◆ El fortalecimiento de la asignación de los recursos financieros, de acuerdo con las necesidades de salud.
- ◆ El fortalecimiento institucional con énfasis en las adecuaciones a la organización del nivel central y regional y en la descentralización administrativa.

En esta dirección, un cambio que posee relevancia en el Sistema de Salud, lo constituye el traslado de la responsabilidad, en la atención a las personas que pasan a la C. C. S. S. Lo anterior con el propósito de facilitar la prestación de los servicios integrales a la población. Para tal efecto, se trasladó el personal de atención a las personas del primer nivel de atención del

Ministerio de Salud a la Caja Costarricense de Seguro Social, esto con la intención de unir esfuerzos y consolidar los cambios en el nuevo modelo de atención.

Los principios para la readecuación del modelo de atención en salud en el primer nivel. El modelo de atención en salud de Costa Rica ha tenido varias transformaciones sucesivas, las cuales se inician con el modelo de Medicina Asistencial Básica (1850 – 1900), luego el modelo de Salud Pública y Beneficencia (1900 – 1940), la Institucionalización de la Medicina Preventiva (1940 – 1970, hasta llegar al modelo de Medicina Integral de Salud, ésta empieza a vislumbrarse a partir de 1985. Para tal efecto, el sistema involucra a los tres niveles de atención, relacionados entre ellos de manera coordinada y eficiente.

El concepto incorpora el sustento teórico del proceso de salud-enfermedad, reconoce la interacción entre las necesidades de salud, riesgos o factores condicionantes y determinantes en la producción de los problemas de salud, y con los otros factores, en la prevención, promoción, curación y rehabilitación. El documento Bases del Sistema Nacional de Salud y Proceso de Modernización, describe los siguientes principios del modelo de atención:

Universalidad: El sistema Nacional de Salud deberá cubrir o proteger a todos los ciudadanos con servicios de atención a las personas y al ambiente de manera integral, incorporándolos al sistema con plenos derechos o deberes y sin limitaciones geográficas, sociales, económicas o culturales.

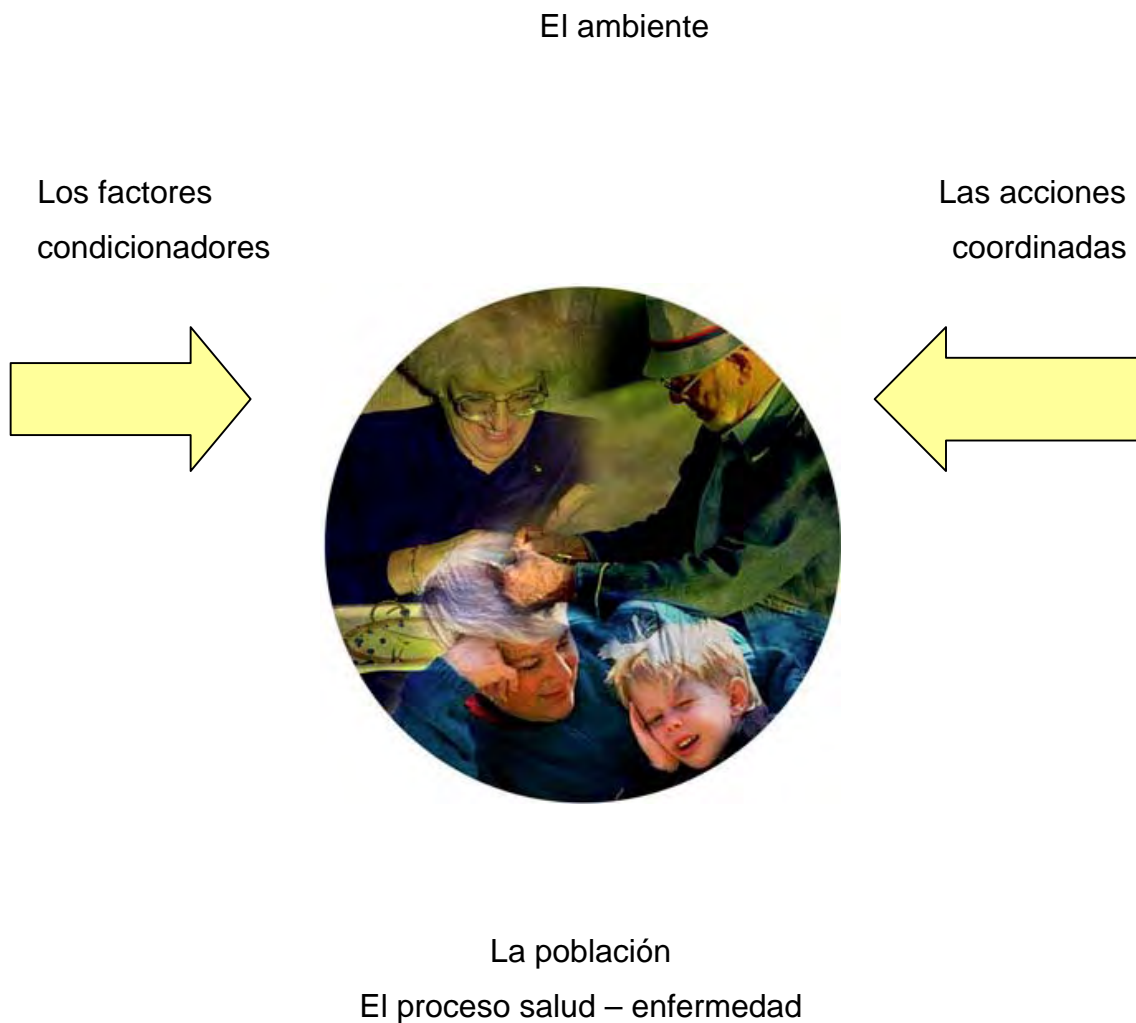
Solidaridad: Cada individuo cotiza en el Seguro Social de acuerdo a sus posibilidades, para un fondo común en el cual el que más cotiza permite que los servicios puedan ser brindados a la población que no los puede financiar y que en su mayoría, es la que más requiere de atención directa.

Equidad: Es la distribución justa de los recursos del Sector. Esta relacionado con el criterio de accesibilidad de toda la población a los servicios sin barreras sociales, políticas o económicas. En la readecuación del modelo, este principio deberá hacerse efectivo reduciendo las diferencias existentes entre regiones y asegurando la igualdad de oportunidades en el acceso integral de la salud (CCSS, 1999:74-75).

En el esquema N° 1, se observa de manera sistémica cómo el ambiente, influye y está mediado por los factores condicionadores, los cuales interactúan con las acciones coordinadas, dirigidas a la población en lo referente al proceso salud – enfermedad. Este a su vez, se nutre por los factores condicionadores los cuales determinan su singular naturaleza, al producir un efecto en la población que favorece o limita altos estándares de calidad de vida. Esto establece además, las acciones coordinadas en el primer nivel, según los requerimientos propios del proceso salud – enfermedad, existentes en la población beneficiaria acorde con el grupo etario al cual se pertenezca.

ESQUEMA N° 1

EL ENFOQUE INTEGRAL DEL MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD, EN EL PRIMER NIVEL DESDE UNA PERSPECTIVA INTERGENERACIONAL



2.5 LA ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS EN EL MODELO DE SALUD

La C. C. S. S., con el fin de administrar adecuadamente la atención, se encuentra dividida en siete Regiones de Salud: Región Central Sur, Central Norte, Huetar Norte, Huetar Atlántica, Pacífico Central, Chorotega y Brunca. Las regiones se dividen en áreas de salud. En la mayoría de los casos, corresponden a cantones, según la división política administrativa del país. Solo pocas áreas cubren más de un cantón o menos de un cantón. Las áreas contienen entre 15.000 y 40.000 habitantes, en las zonas rurales y de 30.000 a 60.000 habitantes, en las zonas urbanas (CCSS, 1999).

Las áreas de salud. Son las unidades administrativas básicas, las cuales están a cargo de un director de área, apoyado por un equipo técnico y administrativo, el cual tiene bajo su responsabilidad toda la red local de los servicios de atención a las personas. Las áreas de salud, a su vez, se dividen en sectores, las cuales son divisiones geográficas, que en promedio, poseen entre 4.000 y 4.500 habitantes. Los sectores son atendidos por un EBAIS. Tanto las áreas como los sectores de salud cuentan con una administración en forma descentralizada, y se entiende por ello, la administración de los recursos humanos, físicos y financieros de acuerdo con sus prioridades y con la finalidad de mejorar su gestión.

El modelo readecuado de atención. Son los servicios de atención integral mínimos garantizados a toda la población, por un grupo poblacional, y que deben brindarse independientemente de su condición y de su ubicación geográfica. La oferta se hace de acuerdo con los estudios previos, tomando en cuenta el perfil de morbilidad y mortalidad de cada grupo poblacional, así como los problemas especiales y los programas de gran impacto en cada grupo. La

oferta básica de los servicios contempla atención integral al niño, al adolescente, a la mujer, al (a) adulto (a) y a la persona adulta mayor.

Para efectos del presente estudio, se retoman las acciones mencionadas en el rubro de antecedentes en el nivel nacional, en lo relativo a la persona adulta mayor, vinculantes con la Reforma del Sector Salud.

Oferta básica de los servicios para la salud, según acciones: atención integral a la persona adulta mayor. Esta oferta comprende:

- ◆ La detección y el control de las enfermedades crónicas.
- ◆ La detección y el seguimiento a los grupos de riesgo.
- ◆ La atención de la enfermedad.
- ◆ La rehabilitación básica.
- ◆ La atención odontológica.

En el modelo readecuado de atención, la entrega de los servicios se hace efectiva por medio de la red pública y privada de los establecimientos, con la eliminación de las duplicidades existentes, las cuales permiten hacer uso racional del recurso físico, humano y tecnológico del cual dispone el país.

El EBAIS está constituido por un médico, un (a) auxiliar de enfermería y un (a) asistente técnico (a) de atención primaria (ATAP), quienes funcionan bajo los principios de trabajo en equipo, y tienen la responsabilidad de brindar la atención integral a la población que constituye un sector de salud.

El equipo de apoyo lo conforma de acuerdo con los recursos existentes, los profesionales en Medicina de Familia y Comunidad, Farmacia, Nutrición, Enfermería, Odontología, Microbiología, Psicología, Trabajo Social y otros.

Colaboran en acciones como supervisar, educar continuamente y atender la referencia de los casos de los EBAIS en el área de salud.

Las fuentes del financiamiento. Estas se encuentran orientadas a brindar los servicios de salud, se convierten en un problema económico, en cuanto que involucra elegir entre formas alternativas del financiamiento y el logro de múltiples fines. Amparados en la relevancia de la eficiencia y equidad estipuladas en el proceso de modernización del sector salud, la financiación pretende igualar el acceso a los servicios de salud, para los ciudadanos con igualdad de condiciones. Entre los instrumentos disponibles para mejorar los mecanismos de la eficiencia y la equidad se encuentran: el traslado de algún grado de riesgo a los proveedores, la gestión empresarial de los recursos públicos, el sistema de la asignación de los recursos, los cuales promueven la competencia y reflejan la relación entre la oferta y la demanda, el ajuste en la distribución para canalizar más recursos a la población con mayores necesidades, la compra colectiva tendiente a reducir los problemas de la incertidumbre y la asimetría de la información, un mayor grado de libre elección para los pacientes, y a la vez, mejorar la regulación sobre la calidad – la cantidad de los servicios.

El compromiso de la gestión. Es el instrumento utilizado para vincular la actividad con los recursos, y de este modo, trasladar el riesgo al prestador. Establece una relación contractual entre el comprador y el proveedor. Define los productos los cuales se desean comprar, los objetivos y las metas. Permite al proveedor organizarse para producir los servicios al menor costo, con calidad. Los recursos son asignados en función de los objetivos y de las metas.

La transformación del sistema de financiación debe ser progresiva y gradual, este permite abordar en paralelo un mejoramiento de los sistemas

informativos. Ello admite una base con el fin de asignar los recursos y evaluar sistemáticamente los resultados.

Se ha diseñado un sistema de incentivos económicos y no económicos, con el objetivo de mejorar el desempeño del Sistema de Salud, el cual puede invertirse de manera grupal o individual.

2.6 LA UBICACIÓN EN EL CONTEXTO DEL ÁREA DE LA SALUD EN MORAVIA

Las generalidades. Moravia es el cantón número catorce de la provincia de San José, conformado por tres distritos: San Vicente, La Trinidad y San Jerónimo. Se encuentra ubicado a veinte kilómetros al sureste de la capital. El cantón de Moravia es integrante de la gran área metropolitana, posee un predominio de características urbanas, exceptuando el Distrito de San Jerónimo, que presenta rasgos semiurbanos. Por la cercanía de este cantón con el de Goicoechea, Moravia no ha presentado un desarrollo económico y social importante, pues por tradición sus habitantes realizan sus actividades comerciales y sociales en el vecino Cantón (Arce, 2001). Circunstancia que, aunada al fenómeno de la inmigración asociado al proceso de urbanismo, ha provocado poca identificación con el cantón, eso repercute en el compromiso social con el mismo. El documento denominado Plan Estratégico Área de Salud de Moravia, refiere que ***al no existir grandes centros de trabajo, la fuerza laboral se desplaza a diferentes partes del país (en su mayoría a la gran área metropolitana), lo que ha convertido a este Cantón en una ciudad dormitorio*** (Arce, 2001:05).

En Moravia, coexisten numerosos centros educativos, tanto públicos como privados. Estos últimos reciben estudiantes, del área metropolitana y fuera de ella. En el ámbito religioso, se practican diferentes credos,

congregados en iglesias con predominio de la fe católica, de las cuales existen tres parroquias y otras filiales.

El cantón de Moravia está experimentando un crecimiento rápido, debido a la alta tasa de fecundidad, esta misma en el 2002 registró cincuenta y dos por mil (CCSS, 2005). La población de cada uno de los distritos se muestra en el cuadro No 1.

CUADRO N° 1

La distribución de la población por sexo, según los distritos del Cantón de Moravia, 2004

La composición por distritos	Población		
	Mujeres	Hombres	Total
San Vicente	13806	12980	26786
San Jerónimo	2576	2580	5156
La Trinidad	7583	7527	15140
Paracito	1269	1351	2620
Total	25234	24438	49702

Fuente: Datos Básicos y Balances, Población 2004-ASM

La población de Moravia recibió los servicios de salud curativos por parte de la Clínica Jiménez Núñez, ubicada en el cantón de Goicoechea, hasta 1998. Fecha en la cual se inauguró el Área de Salud de Moravia, encargada de brindar los servicios preventivos y remediales a esta población. Como parte del proceso de Modernización del Sistema de la Salud, Moravia se conformó como área, brindando los servicios de atención a las personas al setenta y cinco por ciento de la población del cantón, exceptuando la parte oeste del distrito San Vicente, la cual representa el 25 % de la población del cantón, éste pasó a

formar parte del área de atracción de la Cooperativa de Salud Integral (COOPESAIN) de Tibás.

En lo que respecta a la educación, el 98.2% de la población censada del cantón, posee algún grado de escolaridad. El 23.6 % tiene la educación primaria completa y el 21% la secundaria incompleta. Solamente el 8.6% de la población posee los estudios universitarios completos y un 7.2 % cuenta con los estudios superiores incompletos cuadro No 2. El grupo sin escolaridad se concentra en los mayores de treinta cinco años.

Cuadro N° 2

La distribución de la población encuestada, según la escolaridad.

Área de Salud de Moravia, 2002

Escolaridad	No.	%
Sin escolaridad	211	1.2
Primaria completa	4139	23.6
Primaria incompleta	4036	23.0
Secundaria completa	2346	13.3
Secundaria incompleta	3734	21.0
Universidad completa	1514	8.6
Universidad incompleta	1272	7.2
Técnica	56	0.3
Total	17308	98.2

Fuente: Balances de A. Primaria. Área de Salud de Moravia. 2002

Las principales actividades económicas del cantón son la ganadería de vacunos y porcinos, así como la floricultura en el distrito de San Jerónimo, la actividad comercial y de servicios en el de San Vicente. Además del desplazamiento de muchos de sus habitantes a las actividades laborales fuera del cantón. La participación social es baja, debido entre otras razones como se

mencionó, a las características de “dormitorio” que tiene el cantón, asociado a un alto grado de inmigración y a una delimitación social marcada, por la existencia de un grupo social de clase alta, no consciente ni solidario con las necesidades de los grupos más vulnerables, estos se asientan en espacios muy reducidos; y conlleva a una exigua identificación con los problemas vinculados con el proceso de salud-enfermedad de la población en general (CCSS, 2005).

En cuanto a la tecnología, hay una disponibilidad de acceso masivo a los servicios eléctricos, de telecomunicaciones, televisión por cable e internet. En el nivel recreativo, existen centros adecuados con estos propósitos; sin embargo, la población no hace uso de ellos, lo anterior obedece a razones de índole cultural, donde no se asigna importancia a las actitudes de los estilos de vida saludable. Situación que propicia sedentarismo y dobles jornadas de trabajo, tendientes a satisfacer las necesidades básicas y otras incorporadas como tales, de índole social.

Con el fin de conformar un área de salud, el cantón de Moravia se dividió en nueve sectores, cuyas poblaciones oscilan entre 2200 Y 6000 habitantes, no obstante, solamente se cuenta con siete EBAIS, quedando el resto de la población descubierta. Las sedes del área de salud se ubican en los distritos de San Jerónimo, Paracito y la Trinidad. Por la accesibilidad geográfica, el distrito de Paracito, perteneciente al cantón de Santo Domingo de Heredia, integra esta área de salud, conformando el sector número siete. Las instalaciones físicas no les pertenecen a la CCSS, esto a criterio de la Dra. Arce (2001), Directora Médica del Área de Salud de Moravia, constituye una desventaja para la prestación de los servicios, dada la “inhibición” de invertir en los establecimientos, los cuales no son propiedad de la institución. En la sede de la Trinidad funcionan cinco EBAIS, el equipo de apoyo y el área administrativa, además del equipo rector del Ministerio de Salud.

Todas las plantas físicas en términos generales, se encuentran en buen estado, contando todas ellas con un equipo acorde con su complejidad, como lo es el equipo diagnóstico de pared en los diferentes consultorios, nebulizador electrocardiógrafo, autoclave, electrocauterio y doppler. Además de la automatización de los análisis clínicos, citas y agenda médica.

El Área de Salud de Moravia, fue oficializada como tal, en 1998, bajo el nuevo modelo de los Servicios de Salud. Cuenta con una población de 49682 habitantes. La distribución etaria y por sexo se muestra en el cuadro No 3. El sexo femenino conforma el 51.9% y el sexo masculino el 48.1%. La población adulta mayor la conforma el 6.24% del total de la población, de los cuales 3.17 corresponde al sexo femenino y 3.07 al sexo masculino.

En los siete años de existencia, esta área de salud ha tenido un crecimiento acelerado que se ha visto reflejado en el aumento de la cobertura, el personal, los recursos (materiales, financieros y de tecnología), contando con una capacidad resolutive del 95% (CCSS, 2005).

El segundo nivel de referencia del Área de Salud de Moravia lo conforma, la Clínica Jiménez Núñez que ofrece especialidades básicas y otros servicios, como los estudios de gabinete, el ultrasonido ginecológico y la odontología especializada. Los servicios de apoyo, como son el despacho de los medicamentos, la limpieza, la lavandería y la vigilancia se realizan por medio de la compra a terceros por licitación pública o restringida, según se requiera. Mediante el establecimiento de alianzas con el segundo nivel, se cuenta con médicos especialistas en pediatría, dermatología, ginecoobstetricia y psiquiatría, quienes realizan interconsultas a los usuarios de alto y mediano riesgo.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
 ÁREA DE SALUD DE MORAVIA

CUADRO N° 3

**La distribución por el sexo y los grupos de edad de la población adscrita.
 Área de Salud de Moravia, 2004**

GRUPO ETÁRIO	TOTAL	MUJERES	HOMBRES
Menores de 1 año	694	352	342
De 1 a menos de 2 años	717	364	353
De 2 a menos de 3 años	743	377	366
De 3 a menos de 4 años	770	391	379
De 4 a menos de 5 años	796	404	392
De 5 a menos de 6 años	823	418	405
De 6 a menos de 7 años	846	430	416
De 7 a menos de 8 años	867	440	427
De 8 a menos de 9 años	884	449	435
De 9 a menos de 10 años	897	456	441
De 10 a menos de 11 años	908	461	447
De 11 a menos de 12 años	919	467	452
De 12 a menos de 13 años	931	473	458
De 13 a menos de 14 años	946	480	466
De 14 a menos de 15 años	963	489	474
De 15 a menos de 20 años	4939	2509	2430
De 20 a menos de 25 años	4813	2445	2368
De 25 a menos de 30 años	3959	2011	1948
De 30 a menos de 35 años	3920	1991	1929
De 35 a menos de 40 años	3977	2020	1957
De 40 a menos de 45 años	3581	1819	1762
De 45 a menos de 50 años	3127	1588	1539
De 50 a menos de 55 años	2437	1238	1199
De 55 a menos de 60 años	1756	892	864
De 60 a menos de 65 años	1373	697	676
De 65 a menos de 70 años	1075	546	529
De 70 a menos de 75 años	872	443	429
De 75 a menos de 80 años	478	243	235
De 80 años en adelante	671	341	330
Total	49.682	25.234	24.448

Fuente: Datos Básicos y Balances, Población 2004-ASM.

Distrito La Trinidad. La comunidad de la Trinidad se asienta en el distrito del mismo nombre, pertenece al cantón de Moravia y se ubica al noroeste de la ciudad de San José. Limita al norte con el Río Virilla (Santo Domingo de Heredia), al este con San Isidro de Coronado, al sur con Ipís de Goicoechea y al oeste con el distrito de San Vicente de Moravia. Está distante unos cuarenta minutos de la ciudad de San José y es de fácil acceso; la recorre la carretera Nacional Braulio Carrillo.

Esta comunidad está ubicada en una elevación sobre el nivel del mar de 1.265 metros. Posee una extensión territorial de 4,82 Km. y según el último censo realizado en el 2000, la población del distrito La Trinidad es de 13.815 habitantes. Por el gran número poblacional con el cual este distrito cuenta, para efectos de brindar una mejor atención primaria, se ha dividido en: Trinidad Norte (EMO2), Trinidad Sur (EMO3). Posee el clima característico de la meseta central: las estaciones están bien marcadas. El suelo es fértil, pero muy pocas hectáreas están dedicadas a la agricultura, pues están siendo absorbidas por los proyectos urbanísticos.

Se cuenta que en sus inicios, solamente había una finca de café muy grande llena de guayabas, cuyo propietario era casi en su totalidad un solo dueño, en ese entonces, solo existían seis casas y una escuela. En tiempos pasados, sus pobladores se dedicaban a la agricultura del café. Hoy en día, la actividad económica varió, obteniendo sus habitantes los recursos del sector terciario.

Existen en la comunidad cuatro industrias, la primera de ellas Goyca S. A., distribuye productos de limpieza, la segunda Prodemic S. A., se dedica al ensamble del equipo descartable, la tercera Promedic S. A., se ocupa de la representación de casas extranjeras en equipo, accesorios e insumos médicos -hospitalarios de cirugía en general; y la cuarta Mamocor Farmacéutico S. A.,

comercializa productos farmacéuticos y manufactura productos cosméticos, éstas brindan empleo a una cantidad considerable de personas del lugar, así como de lugares circunvecinos. Un alto índice de los trabajadores se desplazan diariamente a la ciudad y a los lugares aledaños a laborar, y queda un bajo porcentaje de microempresarios, en oficios tales como: carnicero, comerciante, zapatero, panadero, ofreciendo sus servicios a la comunidad. El nivel socioeconómico de la mayoría de las familias del distrito es de medio y de bajo recursos, obteniendo la pobreza un porcentaje significativo.

La comunidad de la Trinidad ha sufrido una transformación ambiental muy importante, el lugar donde había grandes áreas cafetaleras y de cultivo, ha pasado a ser terreno del nacimiento de inmensas urbanizaciones y caseríos. Son escasos los lugares donde existen lotes baldíos y zonas verdes, donde puedan reunirse los niños y los jóvenes, con el fin de recrearse o practicar algún deporte.

En la comunidad, hay pocos lugares reforestados. Además, no hay cultura en la población de limpieza y cuidado del ambiente. Se pueden apreciar áreas sucias con basura. No existe un parque ni zona verde, donde la población pueda departir con sus familias y amigos, sólo se cuenta con una plaza de deportes protegida y cuidada por la Municipalidad de Moravia.

El distrito de la Trinidad atiende y responde a los lineamientos emanados de la Municipalidad de Moravia, ubicada en el cantón del mismo nombre. Sus habitantes originarios descienden de familias conservadoras, católicas y campesinos pasivos muy laboriosos. Actualmente, ha sido poblado por familias muy heterogéneas, con principios y costumbres variadas. Sin embargo, no se ha dado un cambio significativo, en el modo para organizarse y para responder a las demandas de los nuevos tiempos.

En cuanto a las estructuras sociales de la comunidad, existen tanto en el nivel comunal, como en la Iglesia Católica, grupos activos orientados a fortalecer los valores, las creencias, las costumbres y la seguridad social.

Con respecto a la organización comunal, existen grupos como el Comité de Desarrollo Comunal, el Comité de Deportes, el Comité de Salud, el Comité de Bienestar Social, entre otros, los cuales se encargan de velar por las necesidades y las problemáticas de la comunidad y plantear las acciones tendientes a minimizarlas. Por otro lado, se encuentran los grupos de la Iglesia Católica como lo son: Comité Parroquial, Pastoral Juvenil, grupos apostólicos y otros, que pretenden mantener unida, creyente y educada a la comunidad, según la herencia y la fe de los primeros habitantes y abuelos.

También existe en la comunidad un alto índice de familias desintegradas; hogares donde hay un solo responsable, y a la vez, un alto número de mujeres, quienes trabajan fuera de su hogar.

El transporte. Casi la totalidad de las vías se encuentran asfaltadas, existen algunas calles con capa de lastre o de tierra, transitables todo el año. El trabajo municipal con respecto al mantenimiento de las calles es mínimo, debido al exiguo presupuesto asignado para ese fin. La comunidad cuenta con un servicio colectivo de transporte público, un servicio de taxi, un transporte particular, unas motocicletas y otros.

El documento PAO – PRESUPUESTO 2005 ASM, describe la visión y la misión del Área de Salud de Moravia de la siguiente forma:

VISIÓN

Seremos una Área de Salud modelo dentro de la Caja de Seguro Social con un alto nivel competitivo en el mercado, brindando una oferta de servicios de calidad enfocados al cliente y con alta tecnología informática para lo cual aumentaremos la capacidad de producción y la gestión administrativa, contaremos con plazas propias y una adecuada planta física fortaleciendo el compromiso de todos con la organización.

MISIÓN

Contribuimos a mejorar la salud de la población adscrita al Área de Salud de Moravia a través de servicios de Atención Integral, dando énfasis a la promoción y prevención para el fomento de estilos de vida saludables y el autocuidado de la salud, utilizando en forma racional los recursos humanos, técnicos y económicos disponibles, de modo que respondan en forma efectiva a las necesidades y problemas de salud existentes y al perfil epidemiológico emergente, basados en los principios de solidaridad y universalidad (CCSS, 2005).

La organización. Al hacer referencia al documento anterior, las bases legales de la Organización del Área de Salud de Moravia, están asignadas por la Ley General de Salud, Ley de Contratación Administrativa, los decretos ejecutivos, los reglamentos internos, la calificación de puestos, entre otros (Arce, 2001).

En lo concerniente a la planta física, el área cuenta con tres sedes de EBAIS ubicadas en La Trinidad, San Jerónimo y Paracito, las cuales son propiedad del Ministerio de Salud y de la Asociación de Desarrollo de Paracito. La sede de San Jerónimo, fue edificada en 1998, con dinero del BID y la comunidad, en un lote cedido por la Municipalidad, sin que a la fecha se encuentre registrado a nombre de la C. C. S. S. En la sede de La Trinidad funcionan cinco EBAIS, el equipo de apoyo y el área administrativa, además del equipo rector del Ministerio de Salud. Cuenta con un espacio de setecientos

veinte metros cuadrados en una sola planta, la cual en general, se encuentra en buen estado físico. Al considerar el espacio que ocupa la sala de espera, el comedor y los cuatro servicios sanitarios (sesenta metros cuadrados), se observa que los cincuenta y un funcionarios que laboran en la sede, presentan una densidad de 0.07 personas por metro cuadrado, esto evidencia el hacinamiento existente.

El Área de Salud de Moravia se encuentra ubicada en una calle central del distrito de La Trinidad, carece de aceras y de una zona apropiada para el estacionamiento de los vehículos del cliente externo, provocando riesgos para los beneficiarios de los servicios. Además, no se cuenta con un sitio delimitado para la ambulancia que realiza los traslados en otros niveles. La proveeduría por motivo de las limitaciones físicas, se encuentra ubicada en el cantón de Goicoechea, a cinco kilómetros de la sede principal, situación que genera una demora en la entrega oportuna de los materiales. El inmueble cuenta con una sala de sesiones utilizada para la educación continua y las sesiones administrativas. Sin embargo, por su tamaño resulta inadecuada para impartir cursos, charlas a los usuarios, razón por la cual el recurso humano de esta Unidad Clínica, debe coordinar con los beneficiarios de los diferentes programas y desplazarse con éstos, a locales externos de la comunidad o a los lugares circunvecinos.

Al ser el Área de Salud de Moravia una organización relativamente pequeña, conformada por cincuenta y un funcionarios en las tres sedes, tal como se puede apreciar en el cuadro No 4, cada uno de los componentes tiene conocimiento del funcionamiento global de ésta, no así de las diferentes tareas que realiza. Esta cuenta en la actualidad, con siete jefaturas capacitadas en el Postgrado de Gestión Local en Salud de la Universidad de Costa Rica. También se han capacitado en el 2001, 2002, 2003, 2004 cinco profesionales en el Postgrado de Epidemiología. Éstos últimos integran la Comisión de Vigilancia

Epidemiológica del Nivel Local, encargada del cuidado de los eventos, los cuales afectan la salud de las personas, en el área de atracción y que son de reporte obligatorio. Lo anterior sin restar mérito a la capacitación con la cual cuenta el resto del personal, con el fin de desempeñar cada una de las funciones que realiza.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
 ÁREA DE SALUD MORAVIA

CUADRO N° 4

La distribución del recurso humano, según la cantidad y el cargo.

Área de Salud de Moravia, 2004

CONFORMACIÓN RECURSO HUMANO			
EQUIPO ADMINISTRATIVO		EQUIPO TÉCNICO / PROFESIONAL	
CARGO	CANTIDAD	CARGO	CANTIDAD
Director de Área	1	Médicos generales	8
Administrador	1	Auxiliares de enfermería	8
Enc. recursos humanos	1	Asist. de atención primaria	7
Proveedor	1	Aux. registros médicos	4
Oficina de compras	1	Asist. de c. médicas	2
Enc. de costos y presupuesto	1	Auxiliar de laboratorio	1
Coord. De atención integral	1	Psicóloga	1
Chofer	1	Enfermeras	2
Encargado v. de derechos	1	Técnico registros médicos	1
Recepcionista	1	Asistente técnico REMES	1
		Microbiólogas	2
		Trabajadora social	1
		Odontólogas	2
		Asistente dental	1
Total	10		41

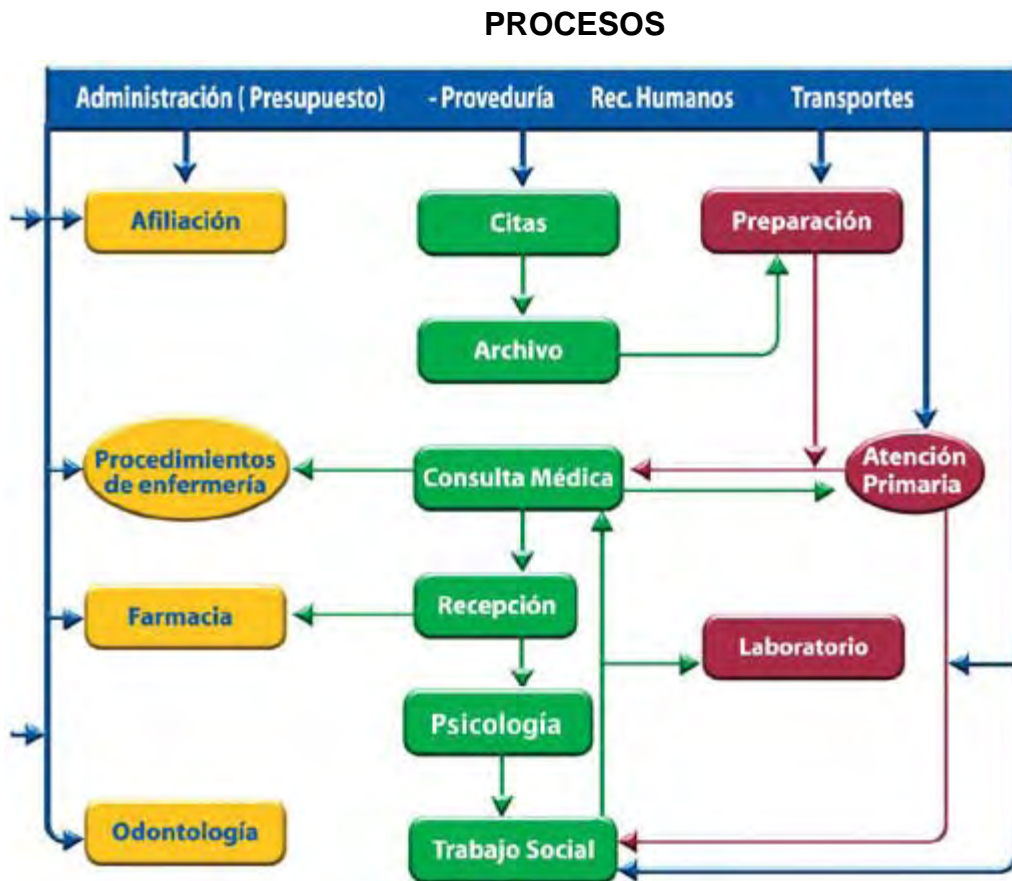
Fuente: Oficina de Recursos Humanos. ASM 2004

En lo concerniente a la estructura, la definición de las relaciones de líneas de autoridad, de la distribución y la asignación de las tareas y las funciones, determina lo correspondiente a cada uno y ante quién debe reportarse. Al respecto, se divide el trabajo para crear los cargos, se combinan y agrupan los puestos, se asigna y delega la autoridad a los individuos en los departamentos. El Área de Salud de Moravia cuenta con una división funcional muy delimitada, donde se distinguen cinco departamentos: Administración, Laboratorio, Registros Médicos, Consulta Externa y Enfermería (Arce, 2001).

En el esquema N° 2, se presenta un flujograma que señala cada uno de los elementos, los cuales interactúan en la organización para realizar la producción de un bien o un servicio. Se aprecia como las unidades de Proveeduría, Recursos Humanos y Transportes están adscritos a la Administración. Ésta a su vez, es la encargada entre otras funciones, de velar por el presupuesto global del Área de Salud, otorgando un contenido presupuestario a las unidades como Afiliación, Enfermería, Farmacia, Odontología, entre otras. La Sección de Proveeduría proporciona los insumos para controlar las citas, el archivo de los expedientes, la consulta médica, la recepción, trabajo social y psicología. La Unidad de Transportes facilita el traslado de los pacientes, y de manera conjunta, con las citas y el archivo colaboran en la preparación de la atención primaria, de la cual se derivan las acciones coordinadas de manera efectiva con la consulta médica, enfermería, laboratorio clínico, farmacia, odontología, trabajo social, psicología y recepción.

ESQUEMA N° 2

LOS ELEMENTOS INTERACTUANTES EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD, EN EL ÁREA DE SALUD DE MORAVIA, 2001



Fuente: Elaborado por Arce, S. (2001)

La Institución ha establecido por medio de la Dirección Técnica de Compra de Servicios de Salud diferentes indicadores de calidad, para los programas sustantivos y administrativos, de acuerdo con el nivel de complejidad de la Unidad Prestadora de Servicios, los mismos son evaluados a través de los Compromisos de Gestión.

Las proyecciones. La población del Área de Salud de Moravia es de 49682 personas, en el año 2003 se atendieron 6048 personas adultas mayores, tal como se muestra en el cuadro No 5. Se espera un aumento en el número de consultas para esta década. El comportamiento del número de consultas por habitante ha sido de 0.9 en promedio, en los dos últimos años, esto implica una mayor demanda en los servicios del laboratorio y de la farmacia. Se espera mejorar la calidad del servicio y la construcción de una segunda planta en la sede principal. Además, de la búsqueda de alternativas para la prestación de los servicios dirigidos a la población descubierta del distrito de San Vicente, como significa la compra de EBAIS a terceros.

Cuadro N° 5

Las consultas médicas según Programa. Área de Salud de Moravia Período 2000-2003

Consulta integral / programa	2000	2001	2002	2003
Niño	8533	12217	13069	10386
Adolescente	4005	5659	6832	5294
Mujer	15461	20305	20421	20326
Adulto	3231	4542	4485	4527
Adulto mayor	1988	5159	5530	6048
Total	33218	47882	50337	46581

Fuente: Sistema Información. ASM 2003

Como se puede apreciar en el cuadro anterior, durante el período comprendido entre el 2000 – 2002, se visualizó un aumento progresivo en

número de consultas, provocando una disminución en las mismas, en el año 2003, a expensas de los grupos poblacionales niño, adolescente y mujer. Sin embargo, el comportamiento para la población adulta mayor ha ido en ascenso. Entre las razones que se atribuyen a la propensión disminuida mencionada, se destacan el recorte de dos horas de un tiempo extraordinario de un médico, y a una incapacidad por maternidad no sustituida en su totalidad.

2.7 UN ANÁLISIS CRÍTICO DEL DESARROLLO HUMANO EN LOS PROCESOS DE ATENCIÓN DEL ADULTO MAYOR EN COSTA RICA

En el nuevo siglo XXI, la sociedad reconoce que el desarrollo de las naciones no puede verse como un simple desarrollo económico, sino que éste debe estar ligado al desarrollo social y a la promoción de las oportunidades que efectivamente, permiten la transformación de las condiciones de vida de los grupos postergados. Como producto de estas reflexiones, nace el concepto de desarrollo humano, en el cual el ser humano se proyecta como centro del desarrollo mismo. Desde esta óptica, se deben proyectar los procesos económicos, políticos y sociales, al entenderse el crecimiento económico como un medio y no como un fin en sí mismo.

Como se menciona en el primer capítulo, el concepto del desarrollo humano, se entiende como un proceso de extensión de las alternativas de todas las personas. Estas oportunidades se pueden lograr adquiriendo estilos de vida saludables, incrementando los conocimientos y al facilitar el acceso a los medios imprescindibles, con la finalidad de alcanzar una calidad de vida digna. Esto asociado al disfrute de la salud en un entorno físico y social propicio, permite adquirir grandes aspiraciones humanas.

La salud entendida en estos términos constituye un elemento fundamental que garantiza el desarrollo humano, esto vinculado con un adecuado sentido a sus acciones, favorece niveles de salud cada vez mejores. No obstante, no resulta suficiente garantizar la sobrevivencia de las personas, sino que el Estado y la sociedad deben facilitar mayores oportunidades tendientes a mejorar la calidad de vida, y así, rescatar todas las dimensiones humanas que puedan garantizarla. Los aspectos como la equidad, entendida como la justa distribución de las posibilidades para el desarrollo de las potencialidades físicas y mentales de la población y la participación social, estrategia que posibilita el espacio para que las personas diseñen los procesos y acontecimientos, los cuales les competen en sus vidas y participen en ellos, son imprescindibles en la definición y concreción de las políticas de atención integral en salud, para las personas mayores en una sociedad y en especial, para los grupos sociales específicos, como es el caso de las personas adultas mayores. Las políticas de atención mencionadas deben ser ampliadas por el Estado, y facilitar de esta manera, las oportunidades para todos.

El incremento de los años de vida del ser humano exige a la sociedad y básicamente, a los profesionales de las ciencias de la salud, una reflexión profunda e integral de las problemáticas de la persona adulta mayor, con el objetivo de favorecer de acuerdo con los postulados teóricos como prácticos, la calidad de vida de este grupo etario, la cual debe ser ajustada a la esperanza de vida. De acuerdo con las estadísticas, es conocido como la enfermedad y la discapacidad aumentan con la edad, por lo tanto, es un grupo etario aquejado por las enfermedades y las dolencias. Esta realidad epidemiológica asociada a los cambios demográficos en la población, obliga en primera instancia al Estado y a la sociedad, a reconceptualizar los criterios de salud, readecuar el modelo de atención en salud y su significado en edades avanzadas de la vida. En segundo término, a promover la independencia de estas personas, para que sigan desempeñando un papel activo en la sociedad. De ahí, lo importante de identificar aspectos de salud,

físicos, psicológicos, nutricionales, socioeconómicos entre otros, los cuales permitan brindar a la persona adulta mayor una atención oportuna, accesible, equitativa y eficiente a sus necesidades particulares y por ende, un desarrollo humano con altos niveles de calidad de vida. Esto incorporando las acciones participativas vinculadas entre todos los niveles de atención y con los sistemas de apoyo tanto formales, como informales de su entorno social.

EL MARCO METODOLÓGICO

III. EL MARCO METODOLÓGICO

“Para llegar al punto que no conoces, debes tomar un camino que tampoco conoces”.

San Juan de la Cruz

Una referencia a la naturaleza del problema de investigación, se describe seguidamente, con base en una serie de consideraciones metodológicas.

3.1 LA NATURALEZA CUALITATIVA DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Esta investigación estuvo orientada a la búsqueda de respuestas de algunas interrogantes, en la cual no bastó el hallazgo de los hechos o causas que lo determinaran. Pretendió comprender un fenómeno de la realidad social, la percepción de las personas adultas mayores de los procesos de atención de la salud en el Área de Salud de Moravia, tal y como la percibían los actores, esto le proporcionó un enfoque cualitativo, de carácter fenomenológico y constructivista. Por tal motivo, en la elaboración del conocimiento, los informantes – investigador sostuvieron un papel participativo, en cuyo caso el marco de referencia sociocultural resultó ser esencial para la comprensión de las necesidades, los intereses, los temores y las expectativas de cada uno de los participantes.

El proceso metodológico se apoyó en los lineamientos teóricos planteados por Taylor y Bodgan (1992), Fernández de Sanmamed Santos (1995), Valles (1997), Rodríguez; et. al. (1999), Pérez (2000), Barrantes (2001), horizonte que perfiló el camino a seguir, en la recolección de los datos y el tratamiento de la información.

En el acercamiento al fenómeno construido para investigarlo, resultó relevante la reflexión como una herramienta fundamental. Esta fue gradual

en torno al mismo desarrollo de la comprensión, que se fue obteniendo del fenómeno. Por eso, se procuró realizar sucesivas síntesis psicológicas del mismo, para lograr una adecuada comprensión, empleando los recursos metodológicos seleccionados para tal efecto.

3.2 LA REALIDAD DONDE SE CONSTRUYE EL PROBLEMA

Se percibió la realidad social, como un sistema conformado por los actores, los procesos y las formas del pensamiento, que gestan redes complejas de interacción. Su discernimiento pudo ser construido, mediante la participación de los diferentes actores, de modo que un abordaje cualitativo, posibilitó la comprensión de todas aquellas manifestaciones del fenómeno, desde la perspectiva de cómo éstos percibían y entendían su entorno. En la exploración, análisis y reflexión se demostró que todos los escenarios y las personas resultaron similares, en el sentido de que en cualquier contexto o grupo de personas homólogas, se lograron encontrar algunos procesos sociales de tipo general. Además de únicos, por cuanto en cada contexto, escenario o por medio de cada informante, se pudo estudiar de modo detallado, algún aspecto de la vida social, al encontrarse ahí enfocado (Hugles, 1958 en Bodgan 1996).

Este supuesto metodológico se asumió en términos de un conjunto de individuos, en este caso, un grupo de personas adultas mayores, los familiares o sus allegados, quienes con el personal del Área de Salud de Moravia y el investigador, construyeron ese conocimiento por los procesos de interacción, de la comunicación y de la interpretación.

3.3 LA ESTRATEGIA DEL CONOCIMIENTO

La estrategia diseñada enfatizó los aspectos cualitativos del fenómeno investigado, concretamente, la percepción de las personas adultas mayores de los procesos de atención de la salud en el Área de Salud de Moravia.

Tratamiento utilizado en la información obtenida, tanto en el análisis como en la interpretación de la realidad. Orientación que facilitó la posibilidad de observarla, estudiarla y comprenderla.

El grupo de estudio. Estuvo conformado por un grupo de ocho personas usuarias del área. Lo anterior, por cuanto una de las bondades de la selección del número de participantes en la investigación cualitativa no depende del tamaño, sino más bien, en la medida que éste maximice la variedad del fenómeno analizado, en otras palabras, acumula la mayor cantidad posible de enfoques, de forma que refleje toda la amplitud del fenómeno (Fernández de Sanmamed, 1995). Los participantes son personas adultas mayores, elegidas bajo ciertos criterios y por conveniencia. Estos criterios fueron:

- ◆ La disponibilidad o anuencia de las personas a participar en la investigación.
- ◆ Las edades de las personas: de sesenta y cinco años y más.
- ◆ La residencia de las personas, ubicada en el área de atracción de la Unidad Clínica.
- ◆ Con un expediente activo en los diversos EBAS, conformantes del Área de Salud de Moravia.
- ◆ La representación de ambos sexos en el grupo de personas.

Otros informantes lo constituyeron ocho familiares o allegados de las personas adultas mayores, elegidas bajo los siguientes criterios:

- ◆ La disponibilidad o anuencia a participar en el estudio.
- ◆ Residir en el área de atracción del Área de Salud de Moravia.
- ◆ Convivir o mantener una relación cercana con la persona adulta mayor.
- ◆ Referir vínculos adecuados con su familiar o allegado.
- ◆ Haber recibido ellos mismos o los allegados a las personas adultas mayores, atención en salud en esta Unidad Clínica.

- ◆ La representación de ambos sexos en el grupo de personas.

Interesó también, contar con la participación de un grupo representativo de esta Unidad Clínica, el cual estuvo conformado por ocho funcionarios, elegidos de acuerdo con las siguientes condiciones:

- ◆ La disponibilidad o anuencia a participar en el estudio.
- ◆ La relación directa en la atención en salud a las personas adultas mayores.
- ◆ La permanencia mínima de un año en el puesto de trabajo.
- ◆ Pertenecer a los servicios de mayor demanda de las personas adultas mayores, según la recomendación de la dirección médica de la Unidad Clínica.
- ◆ La representación de ambos sexos en el grupo de personas.

A continuación, se describen los conceptos centrales en el abordaje metodológico:

La salud. Se conceptualiza como un estado o producto del desarrollo armónico y de la relación dinámica entre los procesos biológicos, ecológicos, culturales, económicos y sociales presentados en la sociedad. No existe un nivel último, sino óptimo e intervienen diferentes actores y sectores, tales como los sociales, los institucionales y los comunitarios.

El centro de salud. Es la unidad de atención integral en salud de menor complejidad, a la cual se asigna una área y una cobertura delimitada de clientes. Le corresponde dar servicios básicos de la salud, los cuales comprenden acciones de promoción de la salud, la prevención y la curación de la enfermedad y de la rehabilitación practicada en la consulta externa, en el domicilio o en la consulta ambulatoria, en general.

El usuario. Toda persona que cotiza para un sistema y que obtiene a cambio beneficios directos e indirectos de los servicios de salud ofrecidos, tendientes a mejorar su bienestar en un área o red determinada.

La persona adulta mayor. Toda persona que cuenta con una edad cronológica de sesenta y cinco años o más.

La percepción social. Consiste en el proceso de orden psicológico y social a través del cual, las personas captan los estímulos y los interpretan, de acuerdo con un esquema de valores, propio al grupo social al cual pertenecen.

Los procesos de atención. Son las fases de atención sistematizadas, estipuladas por un ente físico o jurídico en salud, con el propósito de brindar un servicio integral, el cual satisfaga las necesidades de los usuarios, en un contexto ecológico, socioeconómico y cultural determinado.

El modelo de atención. Es una representación teórica del sistema de los servicios de salud de un país, con base en sus elementos políticos, filosóficos, éticos, culturales, recursos, estructura, organización y funciones.

La atención integral. Es el conjunto de las acciones y de los procesos los cuales concretan las políticas, las normas y los programas tendientes a satisfacer las necesidades físicas, biológicas, emocionales o psíquicas, espirituales, sociales, morales, laborales y materiales de las personas adultas mayores.

La participación social. Representa la oportunidad que poseen las personas adultas mayores en un contexto social determinado, para intervenir de modo comprometido en la definición de las políticas, los programas y los servicios en materia integral, relativos a la satisfacción de sus necesidades.

El trabajo de campo. Para el acercamiento, la recolección, el análisis y la validación de la información, se diseñó una estrategia de cuatro fases, las cuales se describen a continuación:

La recolección y la devolución de la información, así como el análisis de la misma se llevaron a cabo en cuatro fases de trabajo, con una duración de año y medio. En lo referente a la primera parte del proceso, éste se ejecutó entre febrero del 2004 y marzo del 2005. Por su parte, la devolución de los datos se realizó de julio – agosto del 2005. El proceso de análisis culminó en el mes de noviembre del mismo año. El esquema No 3, recopila lo actuado en cada una de las fases.

Es importante mencionar, que en el tratamiento y análisis de la información, se elaboró una base de datos para las variables cuantitativas, utilizando el Programa Excel versión 4.0 Windows XP. Además del empleo de los Programas Ilustrador 10 y Photoshop 7, en el diseño de los esquemas. Aportes brindados por el equipo asesor, además del apoyo y la supervisión de la Asistente de investigación, Pilar Montenegro Quirós de la Unidad de Servicios Estadísticos, de la Escuela de Estadística de la Universidad de Costa Rica y del Bachiller en Diseño Publicitario, Ernesto Vega Cortés, Universidad Veritas.

Seguidamente, se detalla cada una de las fases seguidas en el proceso investigativo:

Primera fase. Se planteó para lograr un acercamiento al personal administrativo, técnico - profesional de esta Unidad Clínica, a las personas adultas mayores que reciben el servicio de salud y a sus familiares o allegados. Además, comprendió el establecimiento de los contactos, los permisos y la negociación con los informantes. Incluyó la revisión de los documentos, los archivos, los protocolos de atención y las visitas a cada una

de las sedes de los EBAIS, conformantes del Área de Salud de Moravia. Como táctica se empleó la técnica de observación, recurso que permitió recolectar la información relacionada con el escenario en cada uno de los contextos, donde interactuaban las personas adultas mayores, en la búsqueda de respuestas a sus necesidades en salud (Rodríguez, 1999). Esta técnica favoreció por medio de una actitud empática y espontánea con los informantes, presenciar en su situación natural, la dinámica suscitada en el proceso de recibir y brindar la atención en salud, a las personas longevas, procurando controlar, cualquier distorsión que afectara o limitara el alcance de los objetivos de la investigación.

Segunda fase. Consideró obtener la información, propósito que se llevó a cabo, concretando la selección de las técnicas e instrumentos a utilizar en la investigación, la aplicación de las mismas y el inicio del proceso de recolección de la información. Se optó por la selección de la técnica de la entrevista profunda, definida como:

los reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros éstos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto a sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras (Taylor y Bodgan, 1984:101).

De acuerdo con esta referencia, el investigador representa el instrumento en la investigación y es quién discrimina las preguntas por hacer y también se plantea cómo hacerlas. Los indicadores relativos a la interacción, a la estrategia diseñada para obtener los datos, al proceso de registro y a la manera mediante la cual se conservan estos, constituyeron los pasos fundamentales en cuyo manejo se logró obtener la información adecuada y significativa. Al respecto previa cita y validación del instrumento, se realizaron ocho entrevistas profundas a las personas adultas mayores, participantes en el EBAIS respectivo. Posteriormente, se acordó un nuevo encuentro en sus hogares, sesiones que fueron grabadas en su totalidad. De manera complementaria, se realizaron ocho entrevistas profundas, dirigidas

a cada uno de los familiares o allegados de las personas adultas mayores participantes en sus respectivas casas de habitación, y ocho entrevistas al personal de salud del área, en cada una de las sedes.

La entrevista profunda, contempló seis aspectos para los contextos de las personas adultas mayores y el de los familiares o allegados, a saber: los datos personales, la vivienda, los ingresos, la salud, otras actividades y el envejecimiento. El contexto del personal de la salud, incluyó sólo tres indicadores: los datos personales, la salud y el envejecimiento (ver anexos N° 01, 02, 03). En esta fase, se pretendió obtener la información básica, la cual permitió conocer la realidad biopsicosocial de las personas adultas mayores en su contexto, la de sus familiares o allegados, sus necesidades de atención en salud y su nivel de percepción de cómo estas son satisfechas. Asimismo, la percepción y la actitud que posee el personal de salud del Área de Salud de Moravia, cómo valora la atención en salud, a las personas adultas mayores. También interesó conocer las necesidades en salud, que a criterio de ellos tienen las personas adultas mayores, y sí ha variado el concepto que éstos tienen del envejecimiento, producto de la interacción con las personas adultas mayores.

La selección de los aspectos incluidos para realizar las entrevistas profundas, se basó en la discusión del investigador con su equipo asesor y se consideró como fuente, la literatura revisada, los conocimientos obtenidos del plan de estudios de la maestría en Gerontología y la experiencia profesional. Estos aspectos fueron analizados y priorizados.

Otro instrumento utilizado en la recolección de la información fue la técnica de grupo focal, la cual permitió ampliar el material para el análisis de los datos. El grupo focal, consiste en una técnica cualitativa. Esta facilitó el intercambio de ideas y sentimientos, en un grupo pequeño de participantes, en relación con un tema específico, al cual todos intentan abordar de manera

pertinente y cooperativa. Tanto la temática como cada uno de los ejes, fueron previamente seleccionados por el investigador Quirós (1998).

La técnica permitió por medio de la selección de un grupo pequeño de participantes, la discusión libre y espontánea del tema seleccionado, **“percepción de las personas adultas mayores de los procesos de atención de la salud en el Área de Salud de Moravia”**, cuyo debate no estuvo sujeto al control ni adquirió el matiz de una conversación no estructurada. Lo anterior por cuanto el investigador, en el rol de facilitador, siguió un manual o guía de entrevista, retomando de manera flexible y atenta la aparición de cualquier emergente.

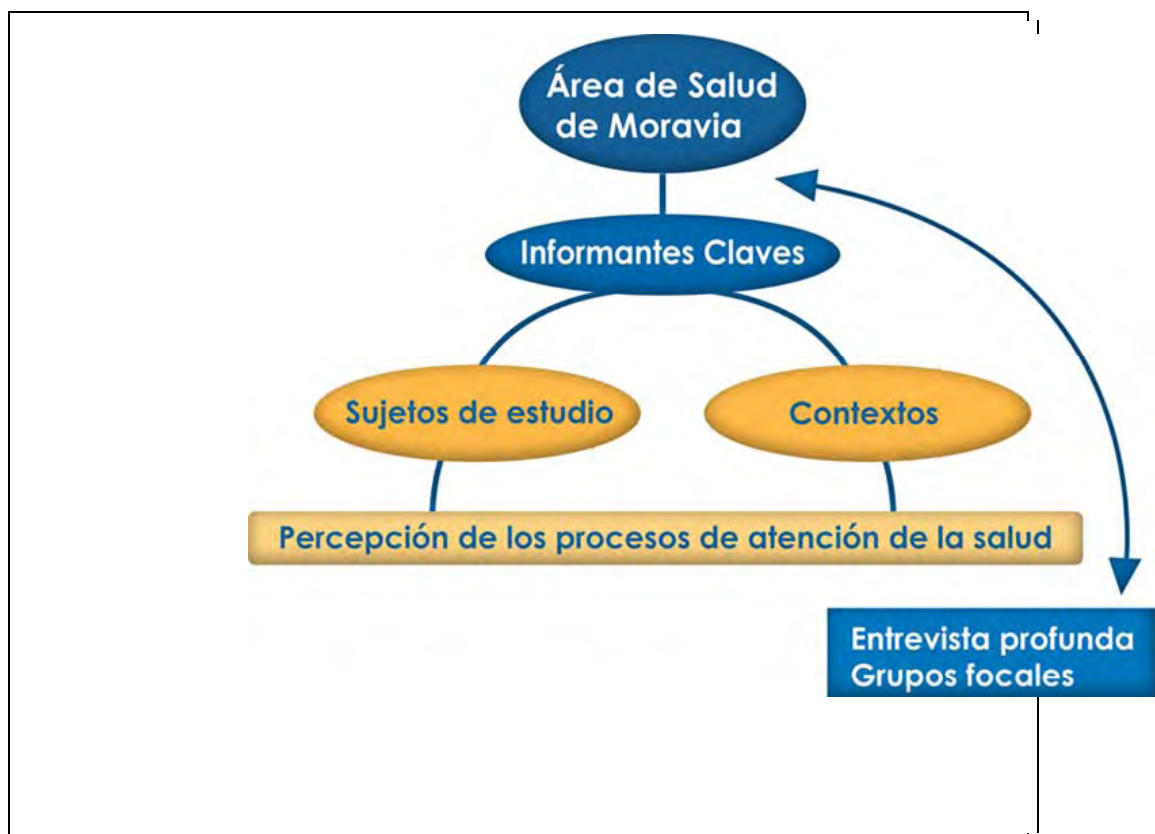
Los ejes temáticos o guías de trabajo incluidos por cada grupo focal en los tres contextos: personas adultas mayores, familiares o allegados y personal de salud fueron incorporando los datos obtenidos, producto de las entrevistas a profundidad, del proceso de observación – reflexión recurrente, del análisis sistemático y de la supervisión – asesoramiento con expertos. Proceso que contempló la validación de la técnica, previa aplicación de cada una de las sesiones programadas. El contenido de los ejes temáticos giró en torno a las necesidades en salud derivadas de este proceso, la percepción de la atención recibida – brindada, aunado a la opinión que las personas adultas mayores, familiares o allegados tenían del personal de salud, como respuesta a sus demandas. Otro aspecto incluido lo constituyó el grado de importancia e iniciativas para la participación de las personas adultas mayores y de sus familiares o allegados, en las diferentes actividades relacionadas con la atención en salud, en cada uno de los EBAIS. Además, resultó interesante conocer la opinión con respecto a la participación e integración cotidiana de las personas adultas mayores en las diferentes actividades, al núcleo familiar. Así como el significado de la vivencia de sentirse y atender a una persona envejecida o en proceso de envejecer. Si por alguna razón existió algún tipo de incongruencias en este sentido,

interesó conocer qué sugerencias apuntaban, para adquirir transformaciones positivas en la sociedad en general (ver anexos No 04, 05, 06).

En el desarrollo de las técnicas descritas, se utilizó un espacio físico adecuado, tendiente a facilitar los requerimientos de la privacidad, de la comodidad y de la seguridad para cada uno de los informantes y para los grupos constituidos.

ESQUEMA No 3

LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN POR LOS CONTEXTOS Y LAS TÉCNICAS UTILIZADAS. ÁREA DE SALUD DE MORAVIA, 2004



Tercera fase. Comprendió la salida de campo, la producción y el tratamiento de los datos mediante el análisis, la categorización, la interpretación y la discusión- reflexión de éstos. En lo correspondiente al análisis, la revisión de la literatura, resultó un recurso indispensable. El

tratamiento de los datos se realizó de manera recurrente y simultánea, con el propósito de facilitar su comprensión analítica e inmediata a su producción. Además, se aplicó el criterio de la saturación o de la redundancia mencionado por Valles (1997), como un recurso útil para controlar la reiteración de la información.

Se incluyó además, la validación del contenido siguiendo los criterios de la credibilidad propios de la investigación cualitativa. Para el análisis y la validación de la información obtenida, se utilizaron técnicas asociadas con las observaciones casuales no planeadas, sin embargo, de importancia científica, que Valles (1997), llama **serendipidad**, y con sistemas de evaluación e interpretación del material documental, por medio de la **triangulación**, observación mezclada entre las diferentes fuentes de datos: las personas, los instrumentos, los documentos o la combinación de todos ellos (Kemmis, 1983 en Bisquerra, 1989).

Para el análisis de la información, se empleó el material primario registrado en el diario de campo, las grabaciones, las transcripciones de las entrevistas y de la técnica del grupo focal. Para ser efectivo el análisis de contenido en este estudio, se utilizó la codificación. Mediante la codificación, las características sobresalientes del contenido de un mensaje son transformadas a las categorías de análisis, posteriormente éstas se clasificaron en subcategorías y en subcategorías emergentes, las cuales permitieron de acuerdo con su descripción, interpretación y verificación (Rodríguez, 1999).

De la técnica del análisis temático, se procuró definir un tópico con un significado de extensión variable. Se descubrieron los núcleos de sentido, integrantes de la comunicación, en la búsqueda de los significados acordes con el objetivo trazado. En el sentido de que la presencia y afluencia de los emergentes, y el diseño, rediseño de categorías de análisis, subcategorías y subcategorías emergentes permitieran de manera conjunta la construcción

de los conocimientos y al mismo tiempo, una mejor comprensión de los significados de los datos obtenidos.

ESQUEMA No 4

EL ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN POR LOS CONTEXTOS Y LAS TÉCNICAS UTILIZADAS. ÁREA DE SALUD DE MORAVIA, 2004



Cuarta fase. Comprendió la devolución de la información de los hallazgos y las conclusiones obtenidas, en el proceso de la recolección y del tratamiento de los datos, en cada uno de los contextos: las personas adultas mayores, sus familiares o allegados y el personal de salud. Posterior a estas sesiones, se examinó la información lograda de manera reflexiva y recurrente, para proceder al cierre del proceso de la recolección de los datos. De modo paralelo, se concretó la elaboración del informe final y el planteamiento de una propuesta en función de los aciertos y desaciertos

obtenidos. Se ofrece a continuación el esquema N° 5, el cual representa el diseño del proceso metodológico. Este incluye las fases, los propósitos, las fuentes de información y las técnicas e instrumentos empleados.

ESQUEMA N° 5

LA REPRESENTACIÓN DEL DISEÑO METODOLÓGICO SEGÚN LAS FASES

Fases	Propósito	Fuentes de Información	Técnicas	Instrumentos
FASE 1	Negociación	Informantes(personas adultas mayores, familiares, allegados, personal de salud.	Observación. Recogida de datos	Cartas Teléfono Fax Internet Documentos Protocolos
	Entrada al campo	Documentos, archivos, protocolos de atención		
FASE 2	Obtención de la información	Informantes. (personas adultas mayores, familiares, allegados, personal de salud) Documentos, archivos, protocolos de atención	Entrevista profunda Grupo focal Observación	Diario de campo, Grabaciones, Transcripciones de las entrevistas
FASE 3	Análisis. Sistematización de los datos obtenidos	Revisión Literatura. Análisis, Validación de datos, Interpretación	Observaciones casuales Triangulación Análisis temático	Diario de campo, Grabaciones, Transcripciones de las entrevistas
FASE 4	Elaboración del informe final Formulación de la propuesta	Material primario (diario de campo, grabaciones, transcripciones de las entrevistas Documentos Participación de Expertos	Análisis de contenido. Observación Reflexión	Registros realizados Documentos obtenidos

LOS RESULTADOS Y LA DISCUSIÓN

CAPÍTULO IV

LOS RESULTADOS Y LA DISCUSIÓN

“El atardecer de la vida está tan lleno de significado como la mañana; sólo que su significado y sus propósitos son diferentes”.

Carl Gustav Jung

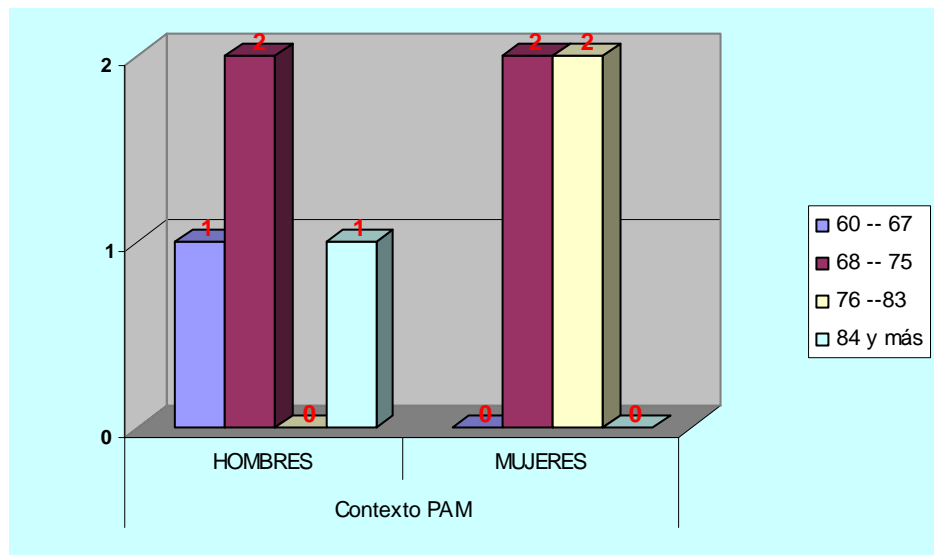
El presente capítulo incluye los resultados obtenidos y la discusión teórica correspondiente, acorde con los objetivos de la investigación y como respuesta al camino recorrido, desde el punto de vista metodológico. Además, el apartado contiene la tipología de los informantes, la percepción que éstos poseen de los procesos de atención recibidos - brindados y el impacto psicoemocional del envejecimiento de las personas adultas mayores, derivado de la satisfacción en el tratamiento de sus necesidades en salud. Lo anterior, identificando las condiciones internas del escenario, donde se circunscriben cada uno de los informantes, sus pensamientos y sus sentimientos. La Indagación, la articulación y el análisis de las reflexiones logradas, mediante la aplicación de las técnicas de la entrevista profunda realizada en varias sesiones a cada uno de los informantes, y de grupo focal, dirigida en tres encuentros independientes, en los contextos de las personas adultas mayores, sus familiares o allegados y los funcionarios del Área de Salud de Moravia.

Los resultados se analizarán conforme a las categorías y subcategorías de análisis con el propósito de ser congruentes con una investigación cualitativa, en donde éstas son las dimensiones fundamentales desde las cuales se visualiza el objeto de estudio. No obstante, estas categorías corresponden con los objetivos planteados al inicio de la investigación.

Respondiendo así, con uno de los requisitos de la edad en años cumplidos, que debían de tener los informantes en el contexto de las personas adultas mayores.

Gráfico N° 2

La distribución de los informantes contexto de las personas adultas mayores, según los grupos de edad por el sexo. Área de Salud de Moravia, 2004



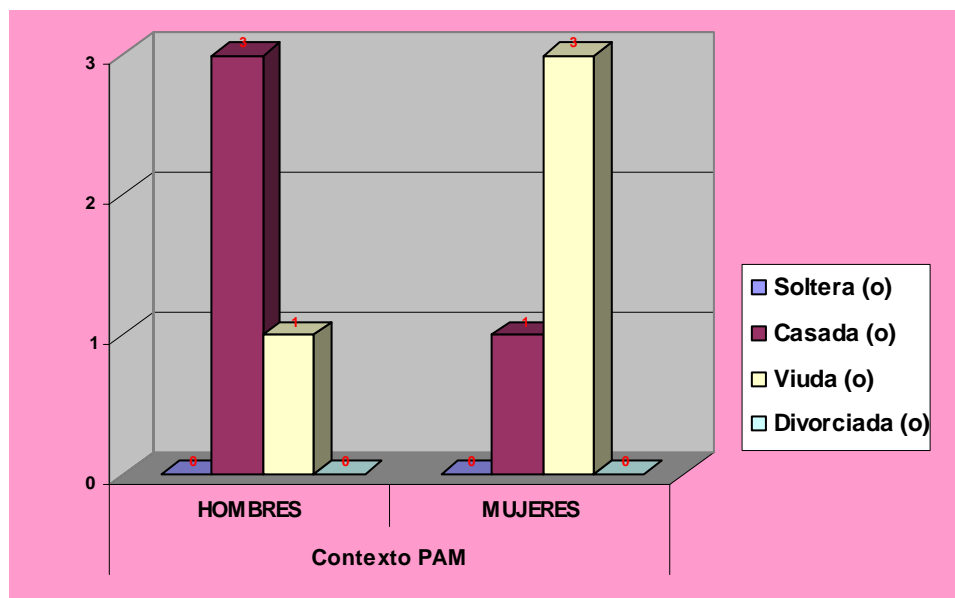
En lo referente a la condición del estado civil, el gráfico No 3 muestra que el atributo de estar casado, fue la situación predominante en los varones adultos mayores entrevistados. Mientras que para el sexo opuesto, fue la viudez, en tres mujeres con una edad avanzada.

Situación coherente con las evidencias las cuales señalan, que la viudez representa una condición social, tres veces más común, entre el sexo femenino que el masculino, debido entre otras razones, a las diferencias existentes en la esperanza de vida en algunos de los países, y también por la tendencia de algunas mujeres a contraer matrimonio con hombres mayores (Sánchez, 2000).

Esta condición de la viudez, representada por tres de las informantes, también se encuentra asociada con un estudio realizado en Costa Rica, donde se demostró que las mujeres tenían un estado de viudez tres veces mayor que los hombres, y que en general, había más viudas, mujeres adultas mayores urbanas que rurales (OPS, 1990).

De manera complementaria, otro estudio realizado en el país, relativo a la mortalidad y a las características socioeconómicas de la tercera edad, atribuye a este fenómeno, los argumentos asociados a una menor esperanza de vida masculina, al casamiento de las mujeres, por lo general, con varones de mayor edad y también, a la frecuencia de los hombres viudos, a contraer nupcias nuevamente, más que las viudas (García, 1990).

Gráfico N° 3
La distribución de las personas adultas mayores, según el estado civil por género. Área de Salud de Moravia, 2004



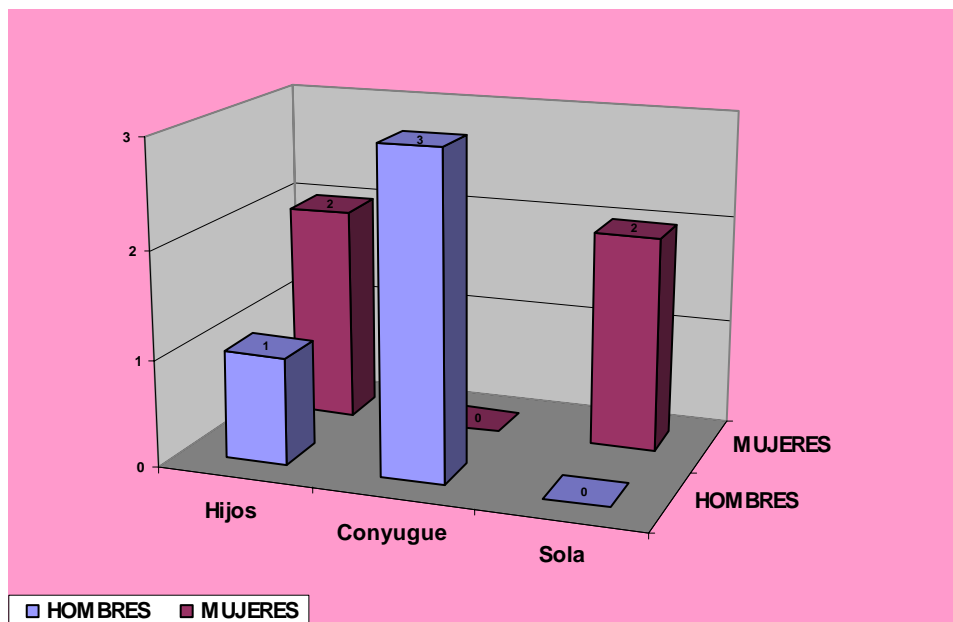
El aspecto específico propio a estudios realizados, señaló que siete de las personas adultas mayores consultadas no contaban con la primaria completa, mientras que sólo un geronte concluyó los estudios técnicos. Hallazgo que se encuentra vinculado con el indicador que el grupo sin

escolaridad, se concentra en los mayores de treinta y cinco años. Información descrita en el cuadro No 2, de acuerdo con la distribución de la población encuestada, según el nivel de escolaridad (ASM 2002).

En este sentido, una investigación realizada por una institución pública, describe como el Censo de 1984, señaló que el veinticuatro por ciento de la población mayor de sesenta años, no poseía ningún nivel de instrucción; el sesenta y cinco punto cinco por ciento había asistido a la escuela primaria; el seis punto ocho por ciento había acudido a la secundaria, y solamente el dos punto ocho por ciento, tenía estudios universitarios. Se estima que estos niveles educativos se van a optimizar esencialmente, en las próximas décadas, debido a la extensión de las sedes de educación primaria, secundaria y universitaria en todo el país, no sólo en la modalidad de la educación formal como a distancia, con asistencia de los tutores especializados. Iniciativas que se han venido sistematizando desde la década de los setentas en el Ministerio de Educación y en los centros de educación superior en aras de ofrecer información - formación a la población adulta mayor, al habilitar a los jubilados y actualizarlos en los nuevos conocimientos, para compartir las experiencias pertinentes con otros grupos multigeneracionales (Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 1990).

Gráfico N° 4

La distribución de las personas adultas mayores, según circunstancia de la convivencia por el sexo. Área de Salud de Moravia, 2004 – 2005



Al indagarse en los informantes sobre la situación de la convivencia con otras personas dentro de su núcleo familiar, las respuestas indicaron de acuerdo con la gráfica respectiva, que las mujeres vivían solas o con algunos de sus hijos. Los varones en su mayor parte, convivían con sus cónyuges o con alguno de sus hijos.

La información homóloga, procedente de un perfil de la vejez realizado en el país, indicó que las mujeres, especialmente en las zonas urbanas, estaban en un mayor nivel de soledad, comparado con los hombres, pues igualmente tanto los hombres como las mujeres entrevistados, vivían con los hijos o las hijas que tenían familias de dos a tres generaciones (OPS, 1990).

Otros estudios en este campo, también señalaron que numerosas personas viudas del sexo femenino, prefieren vivir solas en vez de convivir con sus familiares. Entre las motivaciones sobresalen los aspectos

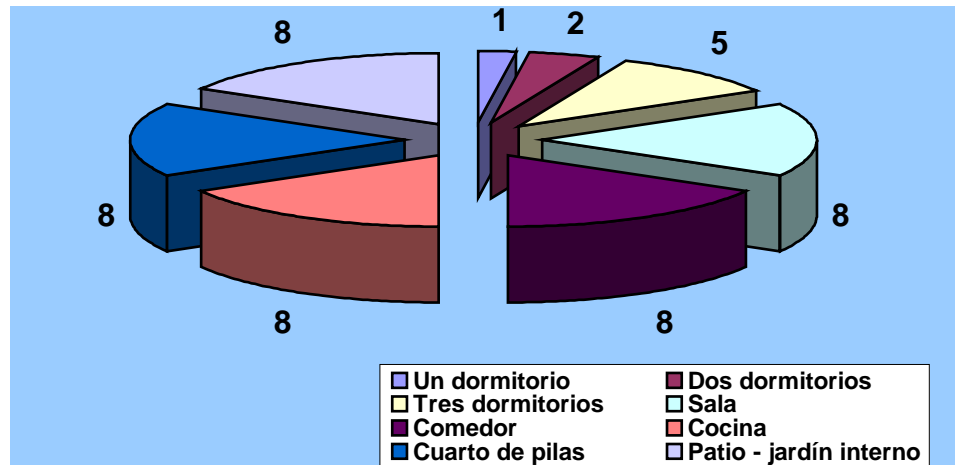
inherentes a mantener la libertad, evitar los roces de compartir el trabajo del hogar y prevenir discrepancias en la crianza y cuidado de los nietos (Lopata, 1973; citado por Sánchez, 2000).

Aunado a lo anterior, existe una tendencia en el nivel cultural, a estimular al hombre a contraer nuevas nupcias, mientras que la mujer, en cierto modo, es limitada para experimentar una nueva oportunidad y se insta a que ella mantenga vivo el recuerdo de su esposo (Sánchez, 2000). La autora supracitada, menciona que en cuanto al establecimiento de los vínculos con los hijos, se nota más, que las relaciones se establezcan por parte de las viudas. Sin embargo, los patrones de solidaridad o ayuda mutua entre los hijos pueden variar (Pellman, 1992; citado por Sánchez, 2000).

En lo relativo a la posesión de los bienes materiales, tres varones manifestaron tener casa propia, o que ésta pertenecía a alguno de sus hijos. Dos mujeres por su parte, mencionaron que son propietarias del lugar donde residían y dos de ellas, se encontraban cohabitando con alguna (o) de sus hijos. El tipo de edificación característico de todas las casas visitadas en este contexto, fue de cemento. Asimismo, la distribución correspondiente de las viviendas de las personas adultas mayores, acorde con el gráfico No 5, demostró que la mayor parte de ellas contaba con un espacio físico que les permitía disfrutar de diferentes atmósferas, para realizar las actividades cotidianas propias del hogar.

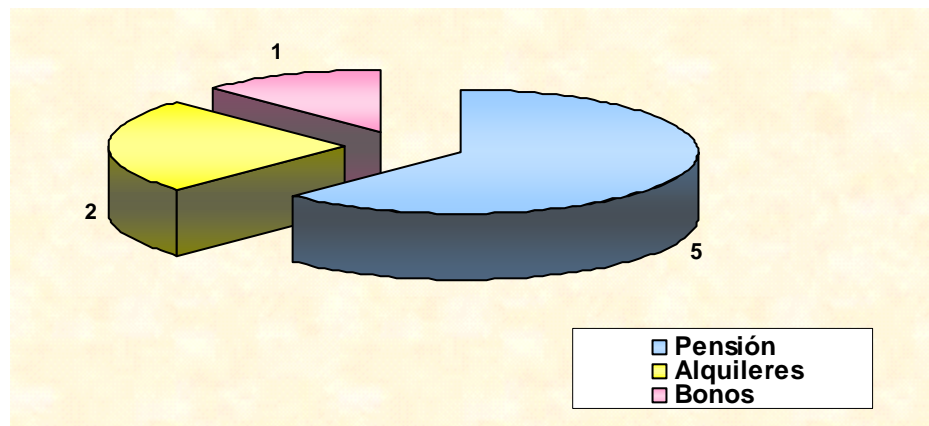
Gráfico N° 5

La distribución de las personas adultas mayores, según el espacio físico de su vivienda. Área de Salud de Moravia, 2004



Referente a las entradas de dinero, el gráfico No 6, evidenció que la mayoría de las personas adultas mayores consultadas, contaban con ingresos propios derivados principalmente de su pensión. Complementado por las entradas de dinero relativas a los alquileres de casas o derivadas de los intereses de bonos. Sólo tres personas adultas mayores mencionaron depender económicamente de la ayuda de sus hijos.

Gráfico N° 6
La distribución de las personas adultas mayores, según los ingresos económicos. Área de Salud de Moravia, 2004



Al retomar como la fuente principal de ingresos la pensión para las personas adultas mayores, se investigó sobre el monto respectivo y sobre la representatividad real del poder adquisitivo, basado en el monto recibido. El cuadro No 6, permitió tener un marco referencial de cómo las mujeres en relación con los varones, personas adultas mayores recibían ingresos económicos por pensión, en una cantidad significativamente menor, con respecto a ellos.

Descubrimiento vinculante con la información obtenida en un estudio similar en Costa Rica, donde se indicó que la mitad aproximadamente de las personas adultas mayores recibían en ese momento, una pensión, incluyendo la modalidad no contributiva. Entre otros aspectos señalados, describía como los montos variaban dependiendo del área geográfica urbana como la rural, como también en relación con su género y con la edad de las personas adultas mayores (OPS, 1990).

Cuadro N° 6
Los ingresos económicos de las personas adultas mayores por concepto de pensión por el sexo. Área de Salud de Moravia, 2004

INGRESOS ECONÓMICOS POR CONCEPTO PENSIÓN		
	HOMBRES	MUJERES
0 – 29000		3
30000 – 59000		1
60000 – 89000	4	
Total	4	4

De manera adicional, la Encuesta de Hogares del 2003, reflejó que en ese año, había en el país poco más de 328,000 personas con más de sesenta años, de las cuales sólo un treinta y seis por ciento recibía una pensión contributiva. Excluyendo a aquellas personas de más de sesenta años, quienes pertenecen a hogares con un ingreso ignorado, la incidencia de la pobreza es de diez punto dos por ciento, para quienes reciben una pensión (Sauma, 2004; citado en el Programa Estado de la Nación, 2004).

Aunado a lo anterior, la revisión de los indicadores económicos realizada por el Banco Central para el 2005- 2006, señaló que el Producto Interno Bruto (PIB) original para el año 2005, era de tres punto dos y la revisión la definió un tres punto cinco. Mientras que el pronóstico de la inflación subió de un diez por ciento a doce puntos siete por ciento. En este sentido, el índice de los precios al consumidor, (IPC) indicó el aumento que, en promedio, registra doscientos sesenta y cuatro bienes y servicios más consumidos por las familias del gran área metropolitana, donde los alimentos han subido de precio este año, en comparación con la ropa, elementos que incrementan la pobreza (Leitón, 2005).

En lo referente a la condición de salud de las personas adultas mayores entrevistadas, los datos proporcionados fueron descritos por cada uno de los informantes. La verificación de los mismos en el expediente clínico, no fue posible, pues hubo una restricción emanada por el Consejo

Académico Local del Área de Salud de Moravia para proporcionar esta información, al argumentar que las disposiciones institucionales internas limitaban el acceso a los mismos. Seguidamente el cuadro No 7, detalla los padecimientos de salud física obtenidos por los informantes en este contexto, en las técnicas de entrevista profunda y de grupo focal respectivamente.

Cuadro N° 7
La tipología de los padecimientos reportados por las personas adultas mayores, según la técnica aplicada por el sexo. Área de Salud de Moravia, 2004

Padecimientos	Técnicas			
	Entrevista Profunda		Grupo Focal	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Circulación			1	1
Colesterol				1
Columna	1		1	
Derrame facial		1		
Diabetes	1	3	1	2
Garganta		1		1
Gastritis crónica	1			
Gripe		1		
Presión arterial alta	3	3	3	3
Rodilla	1	1		
Soplo en el corazón				1
Tiroides	1			
Vista		2		1

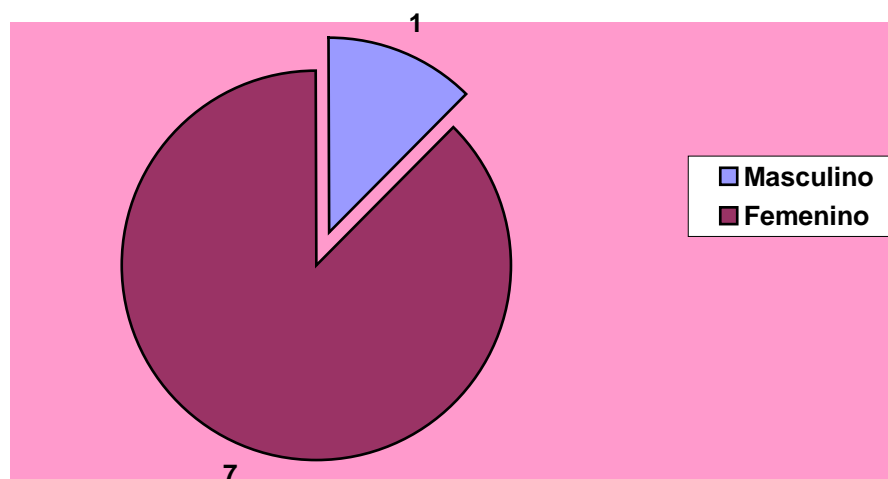
Como se puede apreciar en este cuadro, la presión arterial alta es el padecimiento más frecuente indicado en las técnicas aplicadas, tanto para los hombres como para las mujeres, seguido de la diabetes. Dolencias relacionadas con la circulación, las rodillas y otras enfermedades se mencionaron con menor frecuencia. Información que coincide con la descrita por el Departamento de Estadística del Área de Salud de Moravia, en relación con las causas principales de consulta de las personas adultas mayores (CCSS, 2004).

En lo relativo al tratamiento, acorde con las necesidades de la salud física antes descritas, las ocho personas adultas mayores manifestaron recibirlo de manera sistemática, en cada una de las sedes de los EBAIS del Área de Salud de Moravia. Lo anterior, como respuesta a la cita programada, a un plazo de tres y cuatro meses, sin desestimar la atención recibida en las sedes de los EBAIS del Área, cada vez que así, lo requerían.

4.1.2 El contexto de los familiares o allegados de las personas adultas mayores.

Aunado a la información anterior, se especifican a continuación los datos provenientes del contexto familiares o allegados de las personas adultas mayores entrevistadas.

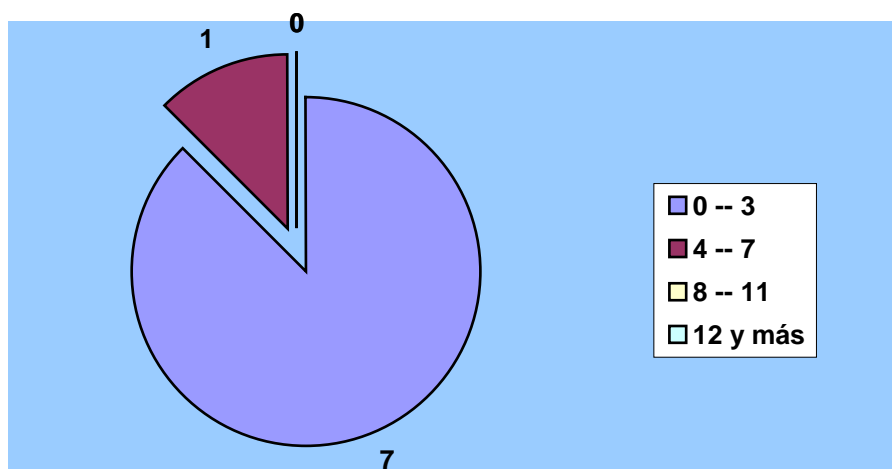
Gráfico N° 7
La distribución del contexto de los familiares o allegados de las personas adultas mayores por el sexo. Área de Salud de Moravia, 2004



Como se puede apreciar en el gráfico No 7 las respuestas a esta variable indicaron que un 87.5 % de los informantes en el contexto de los familiares o allegados de las personas adultas mayores, pertenecían al sexo femenino.

En lo que respecta a la situación de género y a la responsabilidad filial, la mayoría de las personas de mayor edad y otros miembros de la familia, esperan que sean las hijas las que provean la mayor parte de los cuidados necesarios. Las hijas, por su parte, más que los hijos, son quienes asumen la responsabilidad principal del cuidado de sus progenitores con alguna dependencia física o emocional. Lo anterior se observa en conductas tales como chequeo en el cumplimiento del tratamiento médico, el acompañamiento a las citas o acogiendo a la persona adulta mayor en sus casas (Sánchez, 2000).

Gráfico N° 8
La distribución de los familiares o los allegados de las personas adultas mayores de acuerdo con el número de hijos. Área de Salud de Moravia, 2004

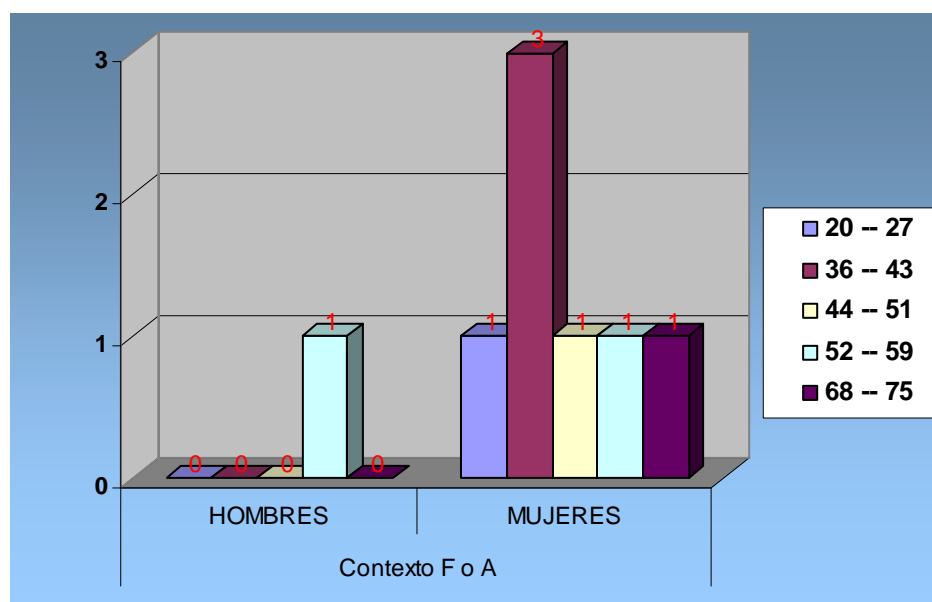


Como se puede apreciar en el gráfico anterior, la mayor parte de las personas familiares o allegados de las personas adultas mayores, manifestaron tener de uno a tres hijos. Solo una de las informantes mencionó tener siete hijos.

El hallazgo anterior, se encuentra relacionado con los cambios en el nivel de fertilidad presente en Costa Rica. Un estudio al respecto, demostró que el país ha entrado en una fase de crecimiento demográfico lenta, debido

entre otras razones, al nivel de fecundidad de reemplazo de dos punto uno por ciento de hijos por mujer. Especialistas en esta temática indican, que aún cuando las mujeres tienen menos hijos durante su vida reproductiva, el número de ellas en edad de procrear aumenta por aproximadamente unos veinte años más, debido a la evolución de la natalidad en las décadas previas (Rosero, 1999; citado en el Programa Estado de la Nación, 2004).

Gráfico N° 9
La distribución de los familiares o los allegados de las personas adultas mayores, según los grupos de edad por sexo. Área de Salud de Moravia, 2004

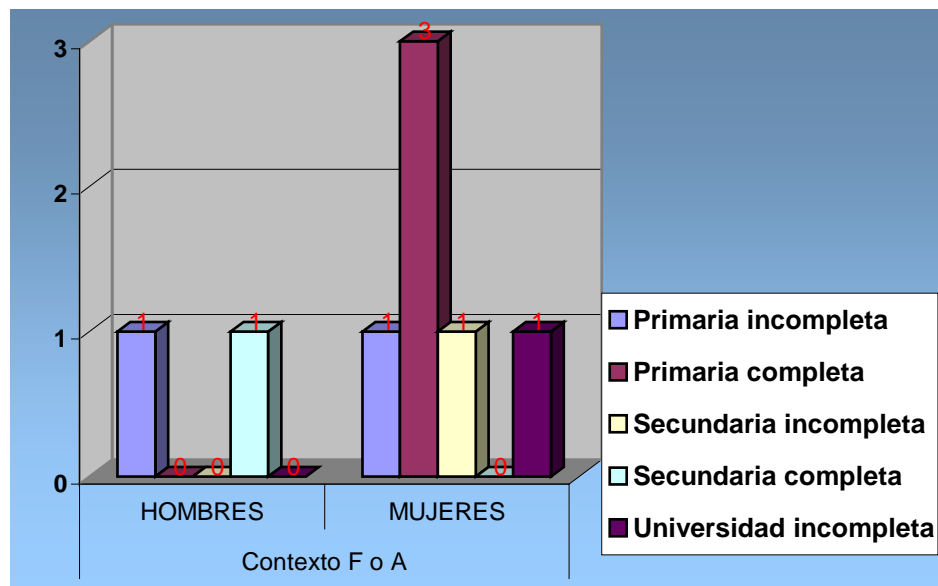


En lo concerniente a la edad de los familiares o los allegados cercanos a las personas adultas mayores consultadas, en los hombres no excedió los cincuenta y nueve años. En las personas del sexo femenino, el promedio de edad, se encontró ubicado entre los treinta y seis y los cuarenta y tres años. Un número reducido no fue menor a los veinte años o no sobrepasaron los setenta y cinco años.

Los rangos de edad de los informantes para este contexto, se ubican en el grupo de edad, conocido en el idioma inglés, como “sándwich generation”¹. Diferentes aspectos como el incremento en la esperanza de vida, permiten que los padres e hijos tengan más tiempo para compartir y vivir juntos de modo multigeneracional, donde sus integrantes tienden hacia la ambigüedad de los roles y a un trato de privilegio o diferente hacia la persona adulta mayor, por parte de los miembros más jóvenes de la familia (Walters & Goodman, 1990).

Por otra parte, el estado civil predominante por los informantes en este contexto, tanto para los hombres como para las mujeres fue el conyugal. Sólo dos de las personas entrevistadas pertenecientes al sexo femenino, mencionaron mantener una condición de soltería.

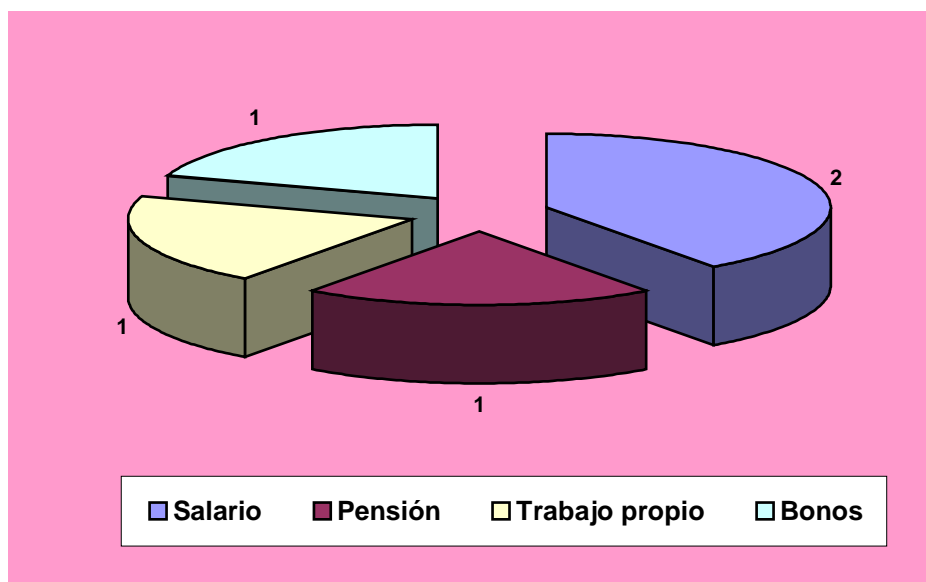
Gráfico N° 10
La distribución de los familiares o los allegados de las personas adultas mayores, según nivel de escolaridad por el sexo. Área de Salud de Moravia, 2004



¹ Término cuya traducción en el idioma español significa la generación del medio.

En lo referente a los estudios realizados, como se puede apreciar en el gráfico anterior, tanto los hombres como las mujeres consultadas en este contexto, refirieron tener en su mayor parte, los estudios primarios completos. La población restante manifestó contar con la primaria incompleta, la secundaria incompleta - completa y solo una de las informantes indicó tener la universitaria incompleta.

Gráfico N° 11
La distribución de los familiares o los allegados de las personas adultas mayores, según sus principales fuentes de ingresos económicos. Área de Salud de Moravia, 2004



Según el gráfico No 11, la mayor parte de los informantes exteriorizaron tener entradas económicas propias, se señalaron como fuente principal de los ingresos, los salarios, seguido de otras entradas en rubros, tales como la pensión, los bonos o el trabajo independiente.

En lo que respecta al acceso al trabajo, es notable el crecimiento paulatino de la participación de las mujeres en la mano de obra, donde el

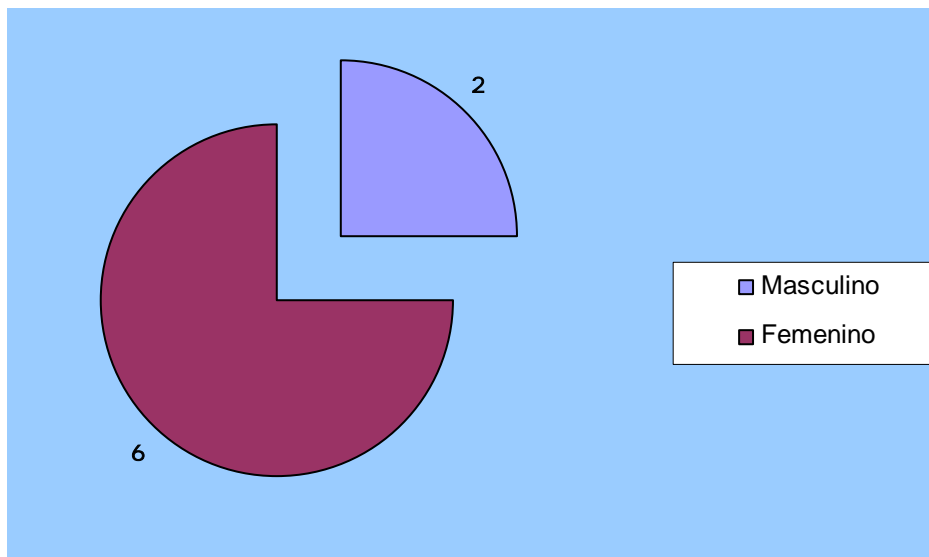
porcentaje varía de un treinta punto siete por ciento en 1990, a un treinta y ocho punto cinco por ciento en el 2003 (Sauma, 2004; citado en el Programa de Estado de la Nación, 2004).

De lo anterior, se infiere que algunas de las mujeres participantes en este contexto, requieren salir a trabajar para ayudarse con los gastos propios de su hogar. Situación que limita acompañar a su familiar longevo en las actividades diarias, o el compartir otros intereses en común.

4.1.3 El contexto del personal de salud.

De manera complementaria, se especifica la información relativa al contexto del personal de salud.

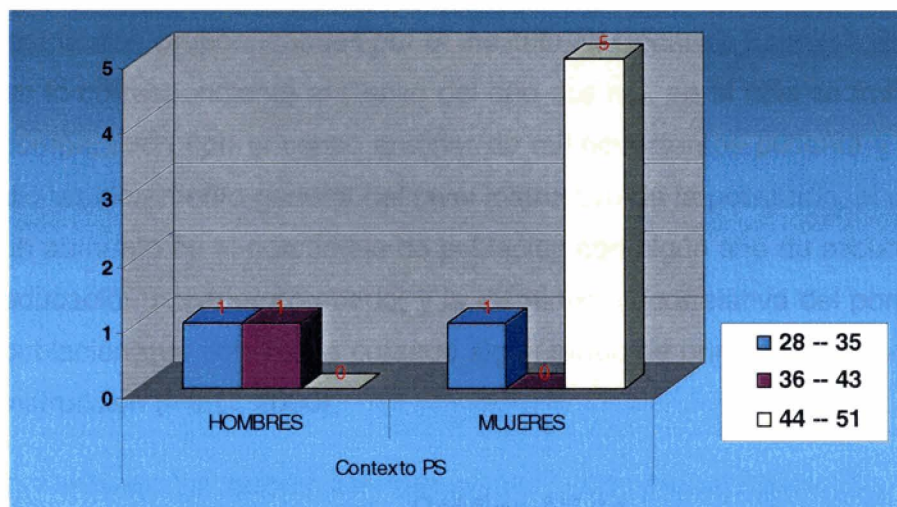
Gráfico N° 12
La distribución de los informantes del contexto personal de salud, según el sexo. Área de Salud de Moravia, 2004



De las respuestas asignadas a esta variable, se puede deducir, que la mayor parte de los informantes en el contexto de personal de salud pertenecían al sexo femenino. Adicionalmente, a la condición de género, dos

de los informantes, un hombre y una mujer, refirieron no tener hijos. El resto de los informantes, admitieron tener de uno a tres progenitores.

Gráfico N° 13
La distribución del personal de salud, según los grupos de edad por el sexo. Área de Salud de Moravia, 2004



Por otra parte, al referirse a la edad en años cumplidos, la totalidad del personal de salud consultado se ubicó en la vida adulta. Sin embargo, los dos varones consultados, con excepción de una de las informantes, resultaron más jóvenes que el resto de las mujeres. En lo referente al estado civil, cuatro eran casados y los otros cuatro mantenían una situación civil de soltería.

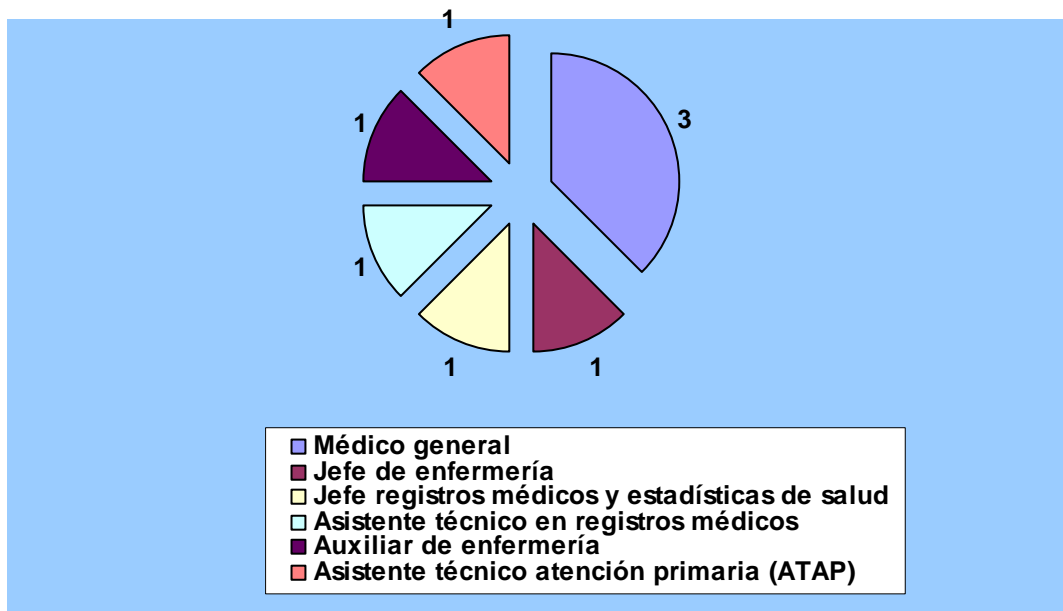
Cuadro N° 8
La formación académica del personal de salud por género. Área de Salud de Moravia, 2004

NIVEL DE ESCOL.	HOMBRES	MUJERES
Estudios técnicos	1	1
Universitaria incomp.	0	2
Universitaria comp.	1	3
Total	2	6

En lo referente a los estudios realizados, como se muestra en el cuadro anterior, la mayoría de los informantes en este contexto contaba con una formación académica universitaria completa o incompleta. Seguido de los estudios técnicos.

Este hallazgo guarda relación con los resultados del nivel de instrucción proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística y Censos, en lo correspondiente al Censo del año dos mil, en el cual se indicó que en comparación con el censo anterior de mil novecientos ochenta y cuatro, se dio un incremento general del nivel instructivo de la población, el cual reflejó un aumento en el porcentaje de población con algún año de secundaria o de educación superior aprobado; y la disminución correlativa del porcentaje de población que sólo había cursado algún grado de primaria o no había tenido instrucción (INEC, 2000).

Gráfico N° 14
La distribución de los informantes contexto personal de salud, según la categoría ocupacional. Área de Salud de Moravia, 2004



Según se aprecia en el gráfico No 14, la mayor parte de los informantes desempeñaban un rol ocupacional diverso, con un predominio en el área de la medicina general. Los otros puestos, correspondían a la esfera de apoyo clínico y a la administrativa.

Cuadro N° 9
La fecha del ingreso de los informantes, contexto personal de salud a la C.C.S.S. y al Área de Salud de Moravia, 2004

Fecha de Ingreso	C.C.S.S.	Área de Salud – Moravia
1972-1979	2	
1980-1987		
1988-1995	5	
1996-2003	1	8
Total	8	8

Como se puede observar en el cuadro anterior, la mayor parte del personal consultado contaba con una larga trayectoria laboral en la institución. De manera complementaria, desde su apertura, la totalidad de los informantes en este contexto, se han venido incorporando de manera gradual a esta Unidad Clínica. Situación que ha permitido facilitar el conocimiento y la experiencia en el cambio de modelo de atención en salud, para la población usuaria de la Institución.

Los hallazgos descritos a continuación, se lograron en la dinámica suscitada en un proceso emergente, por serendepity, recurrente y reflexivo, derivado de cada una de las entrevistas con profundidad, sistematizadas para las personas participantes. Lo anterior aunado a los descubrimientos encontrados en la información proporcionada por los mismos actores, en las tres sesiones del grupo focal, efectuadas en los tres contextos. Los datos se muestran en trece amplias categorías de análisis, las cuales a su vez, se fragmentaron en treinta y dos subcategorías y en cuarenta y ocho subcategorías emergentes, respectivamente.

La percepción de los procesos de atención de la salud recibidos- brindados

Seguidamente, para este apartado, se especifican las categorías del análisis con sus respectivas subcategorías, incluidas las subcategorías emergentes, tanto las derivadas de la técnica de la entrevista profunda, como las del grupo focal, como se mencionó anteriormente:

- A. La categoría del análisis: La percepción. Subcategorías, apreciación de los servicios, la información y los padecimientos. Subcategorías emergentes: la actitud manifiesta por el personal médico, las sugerencias y las vivencias.
- B. La categoría del análisis: La atención. Subcategorías, las necesidades en salud, el trato recibido, el procedimiento, el trato brindado, la motivación y el cambio de actitud de la persona adulta mayor, las vivencias y las sugerencias. Subcategorías emergentes: el apoyo del núcleo familiar, las restricciones, las quejas, la implementación de las acciones, las iniciativas por realizar, el cambio de actitud del personal médico, las actitudes de la persona adulta mayor con el servicio ofrecido y las sugerencias.
- C. La categoría del análisis: La participación, la interacción y la integración de la persona adulta mayor al núcleo familiar. Subcategorías, las actividades varias, la anuencia a participar; los alcances en el nivel personal, la trascendencia, las limitaciones y las dificultades de la integración familiar, las opiniones, las sugerencias y las iniciativas. Subcategorías emergentes: las facilidades, las limitaciones, las iniciativas, la experiencia personal, las necesidades, las sugerencias, las actitudes, las iniciativas en el área de salud, las limitaciones y la experiencia.
- D. La categoría del análisis: Las necesidades de la salud. Subcategorías, los padecimientos y la actitud. Subcategorías emergentes: otras necesidades o requerimientos y las sugerencias.

El impacto psicoemocional del envejecimiento, derivado de la satisfacción en el tratamiento de las necesidades en la salud

Derivado de las técnicas aplicadas en los tres contextos antes descritos, se desprenden para este cometido las siguientes categorías del análisis, incluidas las subcategorías, como las subcategorías correspondientes:

- A. La categoría del análisis: El envejecimiento. Subcategorías, los estereotipos, las opiniones, las actitudes, los temores, las actitudes observadas en la persona adulta mayor vinculada a sus necesidades en la salud, las actitudes observadas en la sociedad hacia la persona adulta mayor. Subcategorías emergentes: el abandono, la soledad, las necesidades, el legado, los temores, los alcances, las sugerencias, las actitudes, el concepto de la persona adulta mayor y la dinámica familiar.
- B. La categoría del análisis: El envejecimiento personal. Subcategoría, as opiniones. Subcategorías emergentes: los temores, la dinámica familiar y las vivencias.
- C. La categoría del análisis: El envejecimiento del familiar o allegado. Subcategoría, las opiniones. Subcategorías emergentes: los temores, las vivencias y las actitudes.
- D. La categoría del análisis: El impacto de la atención recibida por parte del personal de salud, en la condición de las personas adultas mayores. Subcategoría, las vivencias.
- E. La categoría del análisis: El impacto de la atención en salud, recibida a su familiar o allegado en la condición de personas adultas mayores.
Subcategoría, las vivencias. Subcategorías emergentes: la inconsistencia y la experiencia personal.

- F. La categoría del análisis: Los cambios de las actitudes favorables para un envejecimiento satisfactorio en el nivel social. Subcategorías, las opiniones y las sugerencias.
- G. La categoría del análisis: La interacción con sus iguales. Subcategoría, los sentimientos, las expectativas y las reflexiones. Subcategorías emergentes: las sugerencias, las inconsistencias y los retos.
- H. La categoría del análisis: El significado que posee atender a las personas adultas mayores. Subcategoría, las apreciaciones. Subcategoría emergente: las limitaciones.
- I. La categoría del análisis: Los comentarios finales. Subcategoría, las reflexiones. Subcategorías emergentes: el compromiso y las expectativas.

La anterior sistematización de los hallazgos se presenta recorriendo el camino de las ideas, los sentimientos y las esperanzas depositadas por cada uno de los informantes, en los diferentes encuentros individuales como grupales suscitados. Constituye una tarea sistemática por contemplar en este estudio los objetivos de la investigación, integrar los nuevos emergentes y controlar la información recurrente.

4.2 La percepción de los procesos de atención en salud recibidos - brindados.

4.2.1. LA CATEGORÍA A: La percepción.

La percepción en este estudio se entiende como un acto en el cual se captan los estímulos, esto conlleva a una impresión inmediata en los sentidos, generando así una respuesta, matizada por un aprendizaje con representación, significado y sentido social.

En los párrafos siguientes se describen las subcategorías y las subcategorías emergentes, las mismas guardan una relación directa con esta clasificación:

4.2.1.1 La apreciación de los servicios.

Entre los hallazgos identificados en esta sistematización, se evidenciaron valoraciones en torno a la identificación de algunos funcionarios relacionados con el modelo de atención integral a la salud.

En este sentido, tanto la tendencia como la disposición de algunos funcionarios del área, para incorporar los lineamientos – las acciones en el modelo readecuado de Atención Integral al Adulto Mayor y asumir un trato humano, cálido a los usuarios de los servicios en el primer nivel, se ve reflejada en el siguiente argumento, descrito por una informante: ***...porque la vez pasada que juí, gracias a Dios, para que me viera el doctor, me atendió muy bien, y era un doctor, el doctor que estaba ahí... PAM 1.***

Este modo de apreciar los servicios puede ser comprendido entre los axiomas de la teoría de la percepción, en lo referente a la percepción de las personas. El mecanismo de cómo se llega a captar a una persona, al seguir un esquema o categoría cognitiva, responde a un proceso psicosocial, que puede entenderse de diferentes formas. Una forma de concebirlo, retomando el relato anterior, corresponde al modelo clásico, denominado ***“efecto de halo”***. Modelo que otorga a la emoción un lugar protagónico en la percepción interpersonal, donde el conocimiento sigue al afecto. En estas situaciones, se observa aquello que se ajusta con la valoración propia, o que es concordante con nuestros sentidos (Martín – Baro, 2001).

De manera complementaria, se describe otro marco referencial, el cual corresponde, no al usuario quien recibe los servicios, sino a quien los ofrece. De acuerdo con lo anterior, una informante verbalizó:

...A la hora de que consulta un adulto mayor uno tiene que pasarle el test y dentro del test viene el área médica, el área social, el área psíquica ¿Verdad? ¿Yo no sé si usted lo ha visto? Y entonces ahí uno tiene que preguntar todo eso y en realidad yo creo que sí que se abarca, porque todo adulto mayor que viene hay que hacerle o preguntarle eso... PS 3.

Congruente con el marco teórico referido, se puede analizar esta valoración, con el modelo de la **“personalidad implícita”**, al enfatizar las relaciones existentes entre los elementos cognitivos, caso concreto los indicadores de la oferta básica de salud para las personas adultas mayores, al suponer que unos rasgos de las personas van vinculados con otros y, por lo tanto, la percepción de algún rasgo determinado conlleva la visión total de los rasgos, los cuales se consideran van unidos (Martín – Baro, 2001).

Otro aspecto estimado por los informantes estuvo relacionado con la satisfacción de éstos por el trato recibido por parte del personal del área, en relación con las necesidades de la salud de la persona longeva; no obstante, a no encontrarse satisfechas sus demandas más allá del ámbito físico. A continuación, se describe un relato expresado por un familiar de una de las personas adultas mayores:

...Vuelvo a lo mismo creo que en lo físico sí, en las enfermedades, pero más allá de las enfermedades, en lo emocional y sus cosas que él pueda, sus aptitudes eso lo puede desarrollar más el Área de Salud, que haya un grupo... F o A 3.

En el discurso anteriormente citado, se observa la contradicción manifestada en relación con la forma mediante la cual el servicio es brindado

y la imposibilidad del área de atender otras demandas existentes, más allá del ámbito físico. En este sentido, se produce la percepción inestable o imprecisa sobre el objeto, la cual también se denomina, desde la teoría de la percepción, como la duda perceptiva. En un intento por resolverla, las personas tienden a ignorar los datos que contradicen la percepción de otra persona o situación, tomando en cuenta únicamente, aquellos datos concordantes con la categorización utilizada (Martín- Baro, 2001).

Según esta argumentación, se nota a los usuarios satisfechos como la contención recibida por la atención a sus necesidades físicas, no ocurre lo mismo con la capacidad de respuesta que el área puede brindar de manera integral, más allá de esta esfera.

Otro aspecto señalado por los participantes, fue la complacencia por el trato preferencial y la conformidad con la prestación de los servicios. Al respecto, uno de los informantes del contexto de las personas adultas mayores, opinó:... ***Diay, yo pienso, que ellos tratan muy bien a las personas adultas mayores, y yo voy y me tratan muy bien, cuando voy ahí ellos me tratan muy bien y yo les explico todas las carajadillas que le pasan a uno en salud, ¿Vedá?... PAM 2.***

El argumento, expuesto anteriormente, reitera la tendencia de algunas personas adultas mayores usuarias del área, a interponer la emoción en la percepción interpersonal, al desempeñar el rol de los actores sociales directos, de los servicios de la salud recibidos.

De modo complementario, se notó la disconformidad pasiva – conformista en unos y manifiesta en otros, al expresar una actitud negligente, deshumanizada, no sistemática, inconsciente y no preferencial en la forma mediante la cual, se reciben los servicios y son tratados sus familiares o allegados personas adultas mayores. Por tal motivo, para

optimizar la atención brindada, los familiares o allegados y el personal de salud, justificaron por un lado, la necesidad de adecuar los procedimientos empleados, cambiar la actitud manifiesta y la forma cómo se brinda la información, acorde con el nuevo modelo de atención en salud, dirigido a las personas adultas mayores. Por otro lado, ajustar la infraestructura, asignar los recursos materiales – humanos, concretar las políticas en salud en el primer nivel, preparar al personal acerca del proceso del envejecimiento, implementar los programas y generar un cambio de actitud en los funcionarios, propios al nuevo modelo de atención descrito en la salud.

A continuación se describe algunos ejemplos de expresiones emitidas por los informantes al respecto:

... ¡Yo no opino nada, porque ellas pobrecitas, tienen mucho trabajo! Díay me parece a mí que díay seguramente se aburren de estar ahí. Pero claro lo que no me gusta, es cuando están ahí volando...conversando en un forma conversando en otra y uno parado ahí, sentado. ¡Ojalá que sin tomar café, sin desayunar y sin nada! Porque yo no puedo aguantar mucho tampoco y no puedo tomar antes de irme, no puedo tomar ni siquiera agua... PAM 1.

... Tal como así, no solo por mí mamá sino por ya de mayoría de edad, como que le deberían de poner un poco más de atención, porque son personas que se cuesta ya entender, hay que tenerles más calma, no son como adolescentes que lo entienden en un dos por tres, sino hay que ver lo que ellas sienten, estarles preguntando que molestias han tenido en esos días o en el transcurso del tiempo, que pasa de una cita a otra, ponerse más atentos con ellos... F o A 1.

... Pero cuando uno va, cuando uno exige cambios para mejorar la atención de los pacientes como es el adulto mayor, uno encuentra bastantes limitaciones, sobre todo en el primer nivel de atención. Entonces es lo que se llama una doble moral, te piden que tenés que dar una atención integral pero no te dan los recursos para hacerlo... PS 2.

En este sentido, se retoma uno de los supuestos de la psicología ecológica, al considerar el trabajo y su contexto, como una parte esencial de

la existencia humana, en la cual se consiente y aún se requiere, un tipo particular del comportamiento.

Desde esta perspectiva, los intereses predominantes se convierten en los valores, y los valores a su vez, se traducen en las expectativas, cuando no en las exigencias normativas imprescindibles. El individualismo, el efecto de la globalización o la violencia para conseguir los objetivos de la empresa, pueden ser impuestos a las personas en determinados medios laborales. En otros medios, puede que imperar, la ley del esfuerzo mínimo, la exigencia de no rendir más de lo necesario, de encubrir al compañero, de mejorar al calor del anonimato y del nepotismo burocrático (Martín – Baro, 2001).

Del argumento anterior, se infiere que al considerar los aspectos descritos por los informantes susceptibles de ser mejorados, como los que promueven o obstaculizan los actuales servicios, se estableció como un reto, producto de los hallazgos de esta investigación, contribuir a sensibilizar al personal del área, para instarlo a una mayor conciencia - compromiso social, en la responsabilidad compartida, para brindar con oportunidad, equidad y competitividad los servicios de atención a la salud dirigidos a la población adulta mayor.

4.2.1.2 La información.

El marco referencial obtenido por los informantes para este indicador, puso de manifiesto, la conformidad por la información recibida en unos y un sentimiento de disconformidad en otras personas adultas mayores, por la ausencia de una sistematización de los mecanismos informativos proporcionada, relativa a las condiciones de la salud, los tratamientos, sus efectos o las contraindicaciones. A continuación, se citan dos opiniones, planteadas por las personas adultas mayores.

... Si al menos en esta ocasión que juí me tocó ese doctor, está muy joven, me dio unas pastillitas para para el colesterol y me dijo: ¡Mirá, toma, esto! ¡Eh! Cualquiera cosa inmediatamente te vas a la clínica, porque parece que da reacciones, el cual las estoy tomando y no, estoy tranquilo... PAM 3.

... Bueno si yo le he dicho y ellos me han examinado, a ver que es la cosa, pero diay no me dicen nada ni. Me mandan exámenes de de...pero no me dicen nada y que me pasa y ni más nada. Como que, ni que es lo que tengo y me dicen que todo está bien. ¡Está bien! Bueno yo, yo doy gracias a Dios, pero bueno ¿Porque me duelen a mí las cosas? Sí si salgo bien de las enfermedades de todo; entonces ¿Por qué me duele?. ¿Usted le dice eso al doctor? Si yo le he dicho. ¿Y que le dice él? Mire que son, que son cosas pasajeras... PAM 1.

La narrativa de las dos ilustraciones referentes a los procesos informativos interpuestos por algunos funcionarios del área, proyectan en el discurso de los informantes, no sólo la duda perceptiva por la contradicción expresada, sino también constituye, parte del perfil conformante de los procedimientos y de las demás acciones practicadas. Asimismo, adquirieron de acuerdo con la teoría de la percepción, la connotación de una categoría cognoscitiva, al clasificarse un aspecto como equivalente a otro. En este sentido, las relaciones intrínsecas adquieren tanto el perfil como la interpretación e inferencia del objeto, este responde a las necesidades de las personas; caso en particular, al de las personas longevas (Martín – Baro, 2001).

Aunado a lo anterior, un estudio donde la población adulta mayor se encuentra incluida como usuaria de los servicios, realizado por un equipo inter y multidisciplinario de la C. C. S. S., (el cual conformó el Plan de Atención a la Salud de las Personas (PASP) 2001-2006, como parte del fortalecimiento del primer nivel de atención y generador de los cambios en el sistema de la salud costarricense), señaló entre los aspectos relacionados con los problemas del servicio de salud, **la poca información al paciente; diagnósticos y tratamientos inadecuados, entre otros (CCSS, 2001:75).**

4.2.1.3 Los padecimientos.

Las apreciaciones emitidas por los informantes en este sentido, revelaron como las dolencias de las personas adultas mayores, respondían a los malestares físicos particulares de la vejez. Esa información se evidencia en el Cuadro No 7 y coincide con lo antes mencionado, referente a las causas principales de la consulta de las personas adultas mayores (CCSS, 2004).

Estos hallazgos se encuentran relacionados con el supuesto de que al tratar de identificar las dolencias más comunes, presentadas por las personas adultas mayores en los centros de atención clínica, en el mayor de los casos, se considera que la queja primordial en el momento de la consulta, no evidencia el problema principal. Por tal motivo, suele obedecer muchas veces, al síntoma más familiar o fácilmente reconocible, a la carga representada por la enfermedad o a un problema que a juicio del paciente o del cuidador primario, permite legalizar el acceso al sistema de la salud (Gutiérrez, 1999).

Por su parte, las discrepancias o contradicciones con respecto al concepto de las personas adultas mayores poseen en relación con su estado de salud, son estudiadas por Maddox (1962), quién concibe que el criterio personal que se tiene del estado de salud, no representa un buen indicador del estado real de la salud. Por su parte Fillenbum (1984), sí considera que la percepción personal es su mejor indicador para las necesidades potenciales de los servicios, los cuales se pueden poseer en la tercera edad (OPS, 1990).

Las argumentaciones citadas dan lugar para considerar que las demandas existentes en materia de la salud, ya sea que éstas obedezcan a las razones personales o familiares, a la presencia de una sintomatología propia de las enfermedades crónicas acontecidas en la vejez, o a la

existencia de otras motivaciones vinculantes, constituyen indicadores de las necesidades reales presentadas por las personas longevas, las cuales deben ser atendidas sin controversias, siguiendo los principios deontológicos de justicia, autonomía y de servicio comprometido por parte del personal de la salud.

4.2.1.4 Las subcategorías emergentes, la actitud manifestada por el personal médico, las sugerencias y las vivencias.

Los emergentes suscitados en esta clasificación mencionaron de modo exiguo, la conformidad relativa presentada por las personas adultas mayores, por la atención y el trato recibido por parte del personal médico. Por otro lado, los familiares o los allegados de las personas senescentes consideraron que a pesar de la actitud humanizada brindada por el personal, existía la necesidad de ajustar el modelo de atención integral en salud a las personas adultas mayores, enfatizando la urgencia de fomentar mayor participación social, no sólo en la familia, sino también en la comunidad, referente a los asuntos integrales de la población senescente; sin obviar el requerimiento de sistematizar las citas programadas de un modo continuo para la población citada.

Estos hallazgos guardan una correspondencia con lo descrito en el Plan Estratégico del Área de Salud de Moravia, este señala:

... En la evaluación de los Servicios de Salud de esta Área para el año 2000, se obtuvo una calificación de 92.0%, lo que revela que existen aún debilidades como es el incumplimiento de normas de calidad en las diferentes consultas, bajas coberturas en los programas como el de detección de Cáncer, prenatal y en la cobertura de niños de 1 a 6 años, además de bajo desarrollo de acciones de promoción de la salud... (Arce, 2001:43).

Entre las causas mencionadas en este documento, se detallan el exceso de demanda para la oferta existente, el uso ineficiente de los

servicios de la población (poli consulta y los llamados carruseles, fomentados por los mismos profesionales). Este mismo plan cita que: ***hasta la fecha no ha existido una evaluación de la calidad de los servicios desde la perspectiva del usuario así como tampoco se ha evaluado el impacto entre los indicadores (Arce, 2001:43-44).***

Como aspecto importante a considerar en este apartado, se observan algunas inconsistencias en el control de las normas de calidad, en el área de los servicios brindados hacia la población adulta mayor, no solo en la consulta externa, sino también, en las acciones tendientes a promover la salud, dirigidas para este sector de la población.

4.2.2. LA CATEGORÍA B: La atención.

La atención es conceptualizada en este estudio, como el modo expresivo auténtico, o de la actitud, la disposición y la acción, a través de las cuales se brinda un servicio de salud determinado, dirigido a una población usuaria específica, como caso concreto; el de las personas adultas mayores.

4.2.2.1 Las necesidades de la salud.

Las demandas exteriorizadas por las personas adultas mayores y sus familiares o allegados, apuntaron a obtener más información sistematizada relativa a su estado de salud en general; a lograr una mejor atención y un trato humanizado, tanto por parte del personal médico y como de la salud. Estas evidencias coincidieron con las exteriorizadas por el personal de salud, al reconocerles las carencias de un mayor determinismo y una vinculación social, por tal motivo a criterio de éstos, algunos de ellos,

experimentan una preocupación excesiva y sobrevalorada de sus dolencias físicas. Al respecto, se presentan tres argumentos tendientes a proyectar el pensar y el sentir de los informantes consultados, en este sentido:

... Yo tengo una inquietud que...me parece que... sería muy bueno que se les diera a las a las personas mayores algunas charlitas, eh, tal vez no solo visitar las casas, para estimular a esos viejitos que pues que no pueden ir al EBAIS o que les cuesta mucho caminar. ¿Vea? Entonces darles un poquito de charla, ¿Vea? Como terapia, ¿Vea?... PAM 3.

... que uno llegue, lleve a una persona persona mayor y que uno le diga bueno ella se siente mala, la quiero que la vea el doctor y que no le ponga tanto pero, sino que sí, si de inmediato o no espérese no hay campo porque hoy está, hoy hay un especialista aquí, entonces este no va a haber lugar y... espérese a mañana, o pasado y entonces... F o A 4.

... las personas lo que vienen es con, con el interés de que alguien los escuche. Porque podrían ser personas bueno que tienen eh manejan cierta soledad o pocas relaciones este, personales o interpersonales con con otros grupos. Entonces las personas llegan aquí deseosas que se les atiendan. Yo creo que en este aspecto nosotros satisfacemos las necesidades de las personas... PS 2.

Las demandas descritas por las personas adultas mayores, las cuales fueron compartidas por sus familiares o allegados, apuntaron a una mayor información, atención y calidez, por parte del personal del área. Situación que evidencia, que son sus necesidades integrales en materia de la salud, las que ocupan un lugar prioritario para resolverlas.

La revisión de estudios afines, en temáticas relacionadas con los problemas de salud en las personas longevas, realizados en Costa Rica, detalló una experiencia investigativa, de mil setecientos setenta y ocho personas adultas mayores, de las cuales mil cuatrocientas sesenta y siete habían tenido problemas de salud, en los últimos doce meses antes de aplicarles la entrevista. De ellas, tres de cada cuatro personas de sesenta a

sesenta y nueve años tuvieron problemas de salud, durante ese último año; en el grupo etario de ochenta y más años, este problema lo experimentaron nueve de cada diez personas consultadas, constituyendo por lo tanto, la situación dominante que deben afrontar las personas con una edad avanzada (García, 1990).

De modo similar, otro estudio reveló, que de un listado de problemas presentados por mil ciento cincuenta y cuatro personas adultas mayores asociados a la vida diaria, se determinó que la mitad de ellas, no presentaban problemas significativos; sin embargo, una cuarta parte de los entrevistados menores de ochenta y una tercera parte mayores de ochenta años, consideraron al responder que sus problemas, así como sus necesidades más graves, se relacionaban con la salud (OPS, 1990).

De ese mismo estudio, se extrajo un listado de manera general, donde se identificaron en un primer orden, los problemas de tipo económico, seguidos por los de salud, vivienda, familiares, aislamiento y rechazo social. Evidencias que permiten obtener un marco referencial, entre otras, para lograr una mayor comprensión del porqué día a día, numerosas personas adultas mayores, se presentan al Área de Salud de Moravia, en busca de una atención integral y de un apoyo a sus necesidades.

4.2.2.2 El trato recibido.

Los criterios emitidos por las personas participantes en este estudio, apuntaron de manera reiterante, a proyectar un sentimiento de ambigüedad, mediante el cual las personas adultas mayores en compañía de sus familiares o allegados, son tratadas por el personal de salud del área. Por un lado, existe un reconocimiento de agrado por los cuidados ofrecidos; por otro, se manifiesta la pérdida de credibilidad e insatisfacción de algunos de

los informantes, en relación con el trato no equitativo ni oportuno en la atención a sus necesidades en la salud.

Desde el punto de vista teórico supracitado, la tendencia a anteponer el aspecto emotivo en la percepción, resulta ser un factor preponderante en el modo como se miran o se observan las situaciones, las cuales son concordantes con los sentidos. Al evidenciarse algunos criterios encontrados, tendientes a resaltar los aciertos, como las debilidades en la forma de tratar a los usuarios, se produce una llamada de alerta, que insta al personal de salud a generar cambios de actitud significativos en este sentido, los cuales parecieran ser, no corresponden a la calidez y al humanismo esperados por los usuarios.

El razonamiento anterior coincide con el principio de que los profesionales de la salud, deben promover desde sus inicios formativos, los cambios en las actitudes en la atención a las personas envejecidas. La falta del conocimiento y la ignorancia de las características propias de este grupo etario, han contribuido a formar prejuicios y actitudes negativas. El trato indiferenciado ofrecido en la asistencia al usuario, constituye un buen ejemplo de este desconocimiento. (Quintero, s. f.; citado por Buendía, 1997).

4.2.2.3 El procedimiento.

Las respuestas ofrecidas por las personas adultas mayores y por sus familiares o allegados, en los procedimientos empleados en el Área de Salud de Moravia, en lo relativo a la accesibilidad y oportunidad para recibir la atención en salud, mantienen coherencia con los criterios externados por los informantes, específicamente, en el modo mediante el cual se reciben los servicios.

Para algunos de los usuarios participantes en este estudio, la atención es adecuada, mientras que para otros, es preciso agilizar los tiempos de espera en los servicios de farmacia, laboratorio, minimizar la rotación del personal médico y considerar las implicaciones, que tiene el otorgamiento de la cita programada para los usuarios, en el acceso a los servicios.

De manera complementaria los argumentos emitidos por el personal de salud al respecto, aludieron a la prioridad existente en la institución, entiéndase la C. C. S. S., en la consulta externa dirigida a los niños y a las mujeres, colocando en un segundo plano a las personas adultas mayores y al adulto varón.

Las opiniones resaltaron la preferencia para atender a las personas longevas que presenten una emergencia, no es así para aquellas que asisten a una consulta de rutina. En ambas situaciones, fue obvio, la presencia de los tiempos de espera, que las personas adultas mayores deben de aguardar para ser atendidos, igual situación se presenta, al llenar los papeles en la plataforma de servicios. Seguidamente, se describe un relato expresado por un funcionario de salud del área, quién planteó:

... La cita el adulto mayor la puede sacar con antelación, ¿Verdad?, la puede sacar el día anterior, o inclusive días antes de la cita...sí es una emergencia, ¿Verdad?, sí es una emergencia hay un sistema de valoración en donde se ve inmediatamente... El promedio, o sea...para esperar a lo que atiende el médico, yo diría que podemos poner un promedio de unos veinte minutos, quince a veinte minutos, pero eso es dependiendo del orden en que él se encuentre en esa hora de cita...entonces puedes llegar a esperar hasta cuarenta y cinco minutos o sea... En las medicinas el el promedio que eh aproximado es una hora, una hora. Este, por lo menos eso es lo que, la teoría... Si, o sea, la la empresa que brinda el servicio se compromete a través de un contrato a entregar las medicinas en un lapso de una hora...yo pienso que a la hora de priorizar programas de atención eh...no hay una consulta destinada a la atención integral del adulto mayor. Está un programa, existe un programa de atención al adulto mayor, que tiene sus actividades, tiene su agenda, tiene sus objetivos, tiene sus metas, etc. Pero no hay una consulta específica para el adulto mayor. Bueno,... Eh ya como una apreciación ya más personal ¿Verdad?, eh...yo pienso que viene eh

problemas si se puede se desde ese punto de vista, se da a la hora de priorizar los los grupos de la población. Que quiere decir eso, que se le da mayor importancia a la niñez, ¿Verdad?, o sea, todo lo que es la edad pediátrica; a la mujer como tal ¿Verdad? y a las enfermedades crónicas de mayor prevalencia, la diabetes e hipertensión. Entonces nosotros tenemos la consulta orientada hacia lo que es la atención del niño, la atención de la mujer embarazada y la detección del cáncer del cuello de útero, pacientes hipertensos y diabéticos y otra vez la mujer porque es lo que es la planificación familiar y la atención posparto. Entonces ahí se está dejando de lado tanto al adulto mayor como al adulto varón. Este... no conozco yo eh digamos la la el por qué, te lo digo sinceramente, ¿Verdad? Como te digo, a experiencia propia no podría decir de que de que las políticas de la Institución van hacia priorizan hacia ese grupo, niños y mujeres... PS 2.

Los aspectos antes señalados, guardan estrecha relación con los resultados obtenidos en la investigación elaborada por el PASP, con respecto a las percepciones sobre los problemas de salud en Costa Rica y los servicios brindados por la Caja Costarricense de Seguro Social. Entre los emergentes, se identificó entre los sectores de la población con necesidades específicas de salud identificados, a las personas adultas mayores, en un tercer puesto y como factores condicionantes de la salud, entre otros, las limitaciones de los servicios de salud (CCSS, 2001).

De lo antes expuesto, puede inferirse que no obstante, los esfuerzos realizados para atender a los usuarios, en especial, a las personas adultas mayores, éstas no representan una prioridad en los servicios de atención, ubicados en el primer nivel de atención. Circunstancia demostrada en los procedimientos que se deben cumplir, como en los tiempos de espera, para recibir una respuesta concreta y efectiva a sus demandas.

4.2.2.4. El trato brindado, la motivación y el cambio de actitud hacia las personas adultas mayores.

El personal de salud entrevistado refirió tener simpatía, disposición y un trato humanizado a las personas adultas mayores, usuarias de los

servicios ofrecidos por el Área de Salud de Moravia. Seguidamente, se ofrece una argumentación formulada por una participante, quién sostuvo esta hipótesis:

En especial que hago, bueno, trato de ver a la persona como si fuera un pariente mío. Como me gustaría que me traten a mí. Trato de comprenderlo, ponerme en sus zapatos, que uno sabe, que sí el Señor le da salud y vida, algún día vamos a llegar y que nos gustaría que nos traten con respeto, con cariño, con educación. ¿Verdad? PS 1.

Otros hallazgos encontrados en este sentido, indicaron la identificación manifestada por algunos funcionarios y el compromiso adquirido en la práctica, al atender a la población senescente. Además de la toma de conciencia de las diferentes situaciones afrontadas, de las necesidades derivadas y del respeto debido no solo a su condición de personas, sino por la experiencia de encontrarse envejecidas. El siguiente relato ejemplifica un testimonio verbalizado por una funcionaria del área:

Bueno cada día es un aprendizaje ¿Verdad?, cada día, cada experiencia que uno vive con las personas. Sobre todo aquí en Moravia, donde hay estas personas adultas mayores y de todos los grupos de población, con situaciones tan disímiles en cuanto a a situación socioeconómica este, educación y de todo, entonces, pues cada día es un aprendizaje ¿Verdad? Entonces, diay, uno va modificando pero tratando de de que lo que aprenda sea en una forma positiva ¿Verdad? PS 5.

De modo similar, algunos de los funcionarios, reflejaron la sensación confortable, de satisfacción y gusto por el trabajo efectuado con las personas adultas mayores, aunada al regocijo por recibir una realimentación positiva. Sin embargo, se observó en otros una actitud estereotipada, no sólo del concepto, sino de la imagen que poseen de las personas adultas mayores. A continuación, se cita un comentario exteriorizado por un funcionario del área:

...Yo me siento bastante cómodo, la experiencia de trabajo sería a través del consultorio nada más o sea yo no he tenido ninguna otra experiencia, pero yo me siento bastante cómodo. Este pienso que es una población que eh tiene valores que han ido perdiendo y que sobre todo lo único que pide es atención ¿Verdad?, muy agradable, en realidad me agrada hablar mucho con los viejillos ahí que tenía ahí en San Blas... PS 2.

La actitud referida por los informantes en estos tres relatos, mostró la identificación que algunos funcionarios poseen con el nuevo modelo de salud. El cual en lo referente al perfil del personal de salud, según el PASP, requiere no sólo de las destrezas del personal de salud, sino también brinda énfasis a las competencias indispensables referentes a la humanización y a la calidez al prestar los servicios (CCSS, 2001).

4.2.2.5 Las vivencias.

Lo expresado por el personal de salud en la experiencia cotidiana, no corresponde a un trato preferencial uniforme, interpuesto por algunos funcionarios del área a las personas adultas mayores, donde prevalecen aspectos tales como la no accesibilidad ni oportunidad a beneficiarse de los servicios de manera ágil y oportuna. Aunado a una atención no preferencial, no diversificada, deshumanizada, negligente interpuesta por algunos funcionarios en relación con las demandas de las personas adultas mayores. Los siguientes relatos referidos por dos funcionarios del área y una hija de una de las personas adultas mayores, constituyen un paradigma al respecto:

... Bueno yo referí un día a una viejita. La referí, pero también ya ella venía con la cita programada, cuando ella llegó aquí me buscó y entonces yo no había llegado porque llegué faltando diez para las siete y ella estaba desde las seis y la cita era a las nueve de la mañana. Entonces ella se vino y me llamó, como el guarda no la dejaba pasar, siempre pasó y me llevó de la mano y me dijo ¡Qué no fuera mentirosa que la había engañado! Que ella había venido desde las seis y que ya eran las ocho y no la habían atendido, pero la cita era a las nueve y yo lo expliqué y viera que ella se puso muy enojada y entonces yo me puse muy triste porque dije yo ¡Ay Dios mío! Porque lo hice, porqué, tal vez yo sentía que no le había explicado a ella, ¿Verdad?, pero si. Incluso con mi letra en un cuaderno grande le puse. Entonces vino la doctora y la atendió bien rápido porque yo le conté el problema y cuando se fue ¿Sabe qué me dijo afuera? Yo sabía que era a las nueve, pero me quería ir antes... PS 4.

... Sin embargo, por la estructura de la Institución en la cual trabajamos, creo que el tiempo para brindar esta atención es insuficiente para poder abarcar todas las necesidades de esta población... PS 3.

... A veces en lo que es la recepción es donde fallan un poquito...a veces son tienen el buen trato que que pudieran tener, la paciencia necesaria para esas personas, explicarles con calma, que ¿Por qué? les están dando una cita. A veces hasta se extravían en una cita. Porque yo considero que el... el adulto mayor necesita más paciencia, porque ellos ya no tiene la misma facultad que un joven... F o A 7.

Los datos obtenidos en esta clasificación, revelaron que a pesar de los esfuerzos realizados por algunas personas en el área para anteponer una actitud humana, comprometida y cálida con las personas adultas mayores, coexisten en otros funcionarios, desaciertos interpuestos en la atención brindada a los usuarios, personas adultas mayores.

La argumentación anterior se encuentra vinculada con los resultados del estudio llevado a cabo por el PASP, referente al análisis de la percepción de los problemas del servicio de salud en general, donde la realidad de las personas adultas mayores como actores sociales, se encontró comprendida.

Se citan entre otras quejas y problemas, en el momento de brindar los servicios: la mala atención en general; el largo proceso de espera para la consulta y el otorgamiento de las citas a largo plazo; la falta de personal especializado y de especialistas en áreas de salud y la saturación de los servicios, el espacio físico inadecuado en términos de infraestructura, el equipamiento y los materiales; la falta de medicamentos y muchas veces, son malos y no corresponden a la enfermedad; las preferencias, la discriminación; la falta de equidad y dificultad del acceso a los servicios, entre otros. (CCSS, 2001).

4.2.2.6 Las sugerencias.

En esta clase, las opiniones giraron en torno a reforzar las acciones interpuestas en el área hasta el momento, en el modelo biológico, así como un abordaje psicosocial en la atención asistencial. Lo anterior ligado a una adecuada formación integral con el ajuste de las iniciativas extranjeras y con el presupuesto requerido, los insumos tendientes a facilitar el logro no sólo de una mayor comprensión, sino la contención a las demandas propias de la realidad de las personas longevas. En este sentido, se detallan dos argumentos verbalizados por los funcionarios del área:

... Desde el punto de vista de atención asistencial propiamente considero que debería darse mayor énfasis en la parte psicosocial y es que cuando hablamos de preventiva es dar una mejor adaptación integral o sea la parte de promoción, prevención, tratamiento, seguimiento, monitoreo y todo eso. Eh no sé básicamente esas tres cosas ¿Verdad? y tratar de hacer que el personal de salud cambie el modelo biológico por un modelo más psicosocial... Es difícil o sea... yo pienso que lo más objetivo sería ver que han hecho en otros países, eh que han hecho en países latinoamericanos que tienen poblaciones bastante en Uruguay hay bastantes adultos mayores, eh y si uno puede ver a los gringos y puede ver otros países verdad. Pero el problema es que ellos tienen bastantes recursos económicos ya. En cambio los países latinoamericanos no tenemos, tenemos los mismos viejos pero no tenemos eh planes, presupuesto para atenderlos... PS 2.

... yo entiendo que, que el servicio que se da pues se pretende que sea el más, el más adecuado. Sin embargo, yo siento que debería de dársele un poco más de prioridad, ante la necesidad que ellos tienen como es el, lo lo psicológico....PS 8.

La doble lectura de los relatos anteriores se encuentra vinculada al análisis que el equipo del PASP realiza, producto de los resultados de su investigación, referente a las percepciones sobre los problemas de salud en Costa Rica y los servicios brindados por la C. C. S. S.; donde comentaron que persiste por parte de los informantes, del personal técnico, de los profesionales de la institución y de los líderes comunales, una visión crítica del biologismo en la atención y la gestión del servicio, resultando el modelo insuficiente, al no poder satisfacer la demanda, con el consecuente reclamo de la población por los servicios (CCSS,2001).

4.2.2.7 Las subcategorías emergentes, el apoyo del núcleo familiar, las restricciones, las quejas, la implementación de acciones, las iniciativas por realizar, el cambio de actitud del personal médico, las actitudes de la persona adulta mayor en relación con el servicio ofrecido y las sugerencias.

Las apreciaciones emitidas por un grupo de informantes en la clasificación de las categorías emergentes, reiteraron de alguna manera las inconsistencias antes descritas. Agregando aspectos como la no priorización de la C. C. S. S.; por cumplir las políticas formuladas para el primer nivel de atención, el tiempo asignado para las consultas, el espacio físico, los recursos deficientes para atender las demandas, el seguimiento a la posconsulta y a la exigua formación – información dirigida a los usuarios.

Los anteriores emergentes se encuentran relacionados con los criterios estipulados por los expertos en la materia de la salud, al considerar

que no existe coordinación entre los niveles de atención, donde es evidente la no existencia de las redes integrantes de la información, la duplicación de los servicios en el tercer nivel de atención, esto les impide especializarse. Los efectos de la descoordinación elevan los costos y causan demoras en la atención a los pacientes, siendo éstos últimos, los protagonistas de proliferas listas de espera o deben desplazarse a largas distancias para poder obtener la atención que habría podido otorgárseles en su comunidad (Ávalos, 2005).

Algunos funcionarios expresaron que a pesar de esta situación, han logrado un cambio de actitud vinculado a la mayor conciencia y a la humanización por parte del personal médico y de salud, en el trato a las personas adultas mayores. Otros, sin embargo, manifestaron que se deben hacer esfuerzos sustantivos en este sentido.

Vinculado a lo anterior, también se observó una actitud pasiva conformista de la población senescente, en relación con los servicios de atención integral en la salud. Por tal motivo, el personal de salud, sugirió un mayor acercamiento al área por parte de la comunidad, referente a la definición de las estrategias tendientes a mejorar la atención a la salud de las personas adultas mayores.

4.2.3 LA CATEGORÍA C: La participación, la interacción y la integración de la persona adulta mayor al núcleo familiar.

La participación se define como el espacio brindado por un sistema social a sus miembros, para analizar y concretar los acontecimientos que conforman sus vidas, mediante una intervención comprometida en ellos. Así, como la disposición y la oportunidad en el tiempo – espacio otorgado por el núcleo familiar a las personas adultas mayores, con el fin de compartir e interactuar entre sí y con los otros, en un ambiente de respeto, tolerancia y dignidad humana.

4.2.3.1 Las actividades varias y la anuencia a participar.

En las respuestas emitidas por las personas adultas mayores y los familiares o allegados consultados, se manifestó su predilección por las actividades de ocio, de orden religioso, de ejercicio físico, recreativas, sociales y de salud (cuadro No 10). Sin embargo, algunos no mostraron un genuino interés en participar de manera social, argumentando razones vinculantes a su estado de salud como principal justificante; no obstante, proyectaron su relativa disposición a participar, si son invitadas.

Cuadro N° 10
La tipología de las actividades sociales practicadas por los informantes, según el contexto. Área de Salud de Moravia, 2004

ACTIVIDADES	CONTEXTOS	
	PERSONAS ADULTAS MAYORES	FAMILIARES O ALLEGADOS
Religiosas	4	
Salud –religiosas	1	
Religiosas – ocio	1	
Religiosas – recreativas		1
Ejercicio físico – sociales	1	
Recreativas – sociales		1
Recreativas – ejercicio físico		1
Ejercicio físico – religiosas	1	1
Ocio	3	2
Ocio – religiosas		
Ejercicio físico	1	

Del marco referencial anterior, se infiere la disposición de las personas consultadas para la participación social. Actitud deseable e indispensable para lograr una satisfacción con la vida, además de facilitar a las personas longevas, la adaptación a los cambios sociales requeridos en esta etapa (Atchley, 1980, citado por Sánchez, 2000).

4.2.3.2 Los alcances en el nivel personal.

De acuerdo con el marco referencial emitido por los familiares o allegados de las personas adultas mayores, los cambios de actitud logrados con la participación en actividades de educación para la salud, facilitan no sólo una mejor calidad de vida en éstos, sino también, una oportunidad para una mayor vinculación social. De modo complementario, el personal de salud del área, apuntó el valor agregado adquirido por las personas adultas mayores y sus familiares o allegados al conocimiento de la institución, a la oportunidad de obtener información pertinente al tratamiento respectivo, al logro de un mayor reconocimiento, al respeto, la comprensión, el apoyo y el acompañamiento a éstas. Además de convertirse en un espacio de realimentación tendiente a proveerles las estrategias adecuadas para practicar mejores estilos de vida saludables y de disfrute con sus homólogos, al actuar como un motivador de valía, el cual les impulsa a seguir viviendo.

Los alcances mencionados derivados de la participación social, de las personas adultas mayores y de las de sus familiares o allegados en el Área de Salud de Moravia, coinciden con la visión compartida por el investigador que se tiene, del concepto del desarrollo humano, el cual pretende la realización de las personas hasta la plenitud de sus capacidades, incluidas las de la reflexión, las creativas, las recreativas, las de solidaridad, las de análisis, las de autoaprendizaje, las de solución de los problemas, etc.; así como utilizar sus capacidades en sus actividades diarias (PNUD, 1993, citado por Guzmán; et. al., 1997).

Aunado a lo anterior, de acuerdo con las políticas establecidas en el nivel nacional, en lo relativo a los deberes de la sociedad hacia las personas adultas mayores, éstas resaltan el deber y la consideración que se debe tener para que éstas permanezcan integradas al núcleo familiar y a su comunidad, participando no sólo en la formulación y en el cumplimiento de

las políticas, sino también proyectándose a ésta, acorde con sus intereses y capacidades (Ley No 7935, 2002).

4.2.3.3 La trascendencia.

Los resultados de compartir un espacio interactivo entre las personas adultas mayores y los familiares o allegados, a criterio del personal de la salud, giraron en torno a la importancia atribuida por éstos, a la convivencia familiar - social, a la integración, aunado al efecto positivo en la autoestima. Otros también se refirieron, a la oportunidad para agradecer lo recibido y legado por los padres. Además de constituir un espacio de disfrute de las necesidades de la autoestima, el apoyo, la valía, la pertenencia y el sentido de la realización personal como también de hacer valer a través de esta vivencia, el reconocimiento y la determinación de las personas adultas mayores. La interacción familiar estuvo por otros informantes asociada al enlace intergeneracional en pro de un estilo de vida más saludable, garantizando la autonomía e independencia de las personas de edad avanzada y por ende, en la calidad de vida de las personas adultas mayores. Entre las actividades se destacan: las lúdicas las cuales se pueden practicar tanto dentro, como fuera del hogar, las visitas a los familiares, los paseos, las comidas, las películas, el apoyo a las ocupaciones domésticas simples, las tertulias, el ejercicio físico moderado, las caminatas, los paseos, las convivencias, entre otras.

Estos aportes que guardan una estrecha relación con la disposición planteada en el nivel internacional que deben guardar los ciudadanos del mundo, con el fin de apoyar, proteger y fortalecer a la familia, como una unidad básica de la sociedad, de acuerdo con el sistema de los valores de cada sociedad y atendiendo a las necesidades de sus miembros de edad avanzada (Naciones Unidas, 1982).

4.2.3.4 Las limitaciones y las dificultades de la integración familiar.

Entre las limitaciones u obstáculos para posibilitar las sugerencias descritas en los párrafos anteriores, el personal de salud consideró que privan las restricciones personales, del estado de salud, de la dependencia física, emocional o económica de las personas longevas. En algunos casos, las limitaciones enunciadas, según este marco de referencia no corresponden a las interpuestas por las personas adultas mayores en sí, sino más bien, obedecen a las proyectadas por los familiares o allegados como un motivo justificante para no compartir con éstas. Los familiares o allegados agregaron las variaciones en el temperamento y en el estado de ánimo de éstas, las cuales ligadas a las limitaciones físicas, como a los cambios de las personas longevas, les restringen el compartir con ellas, otras actividades. Además, algunas de las personas adultas mayores expusieron la desconsideración que poseen algunos miembros de su núcleo familiar con las necesidades de vinculación e integración social; así como la presencia de ciertos indicadores de agresión psicológica, verbal y física de los cuales son objeto.

Estas apreciaciones se encuentran en una misma dirección con los datos obtenidos en un estudio realizado en el país, en relación con las posibilidades de disfunciones prevalecientes en los patrones de conducta en las personas mayores, relativas a la autonomía o a la dependencia para realizar las actividades físicas y otras actividades de la vida diaria. Al respecto, la publicación describió la inexistencia de diferencias significativas en el nivel geográfico, pero sí hallazgos de importantes discrepancias, en todas las actividades realizadas con las personas adultas mayores. En particular, quienes se encontraron entre sesenta y sesenta y nueve años; setenta y setenta y nueve años y de ochenta años y más. Discordancias que se evidenciaron más, conforme se alcanzó la mayoría de edad (OPS, 1990).

4.2.3.5 Las opiniones y las sugerencias.

Las opiniones emitidas por algunas personas adultas mayores, proyectaron la creencia estereotipada de que han sido discriminadas por su edad. Entre las sugerencias mencionaron la necesidad de interactuar y de sentirse apoyados por sus iguales, la necesidad de empoderamiento para hacer valer sus propios derechos. De acuerdo con lo anterior se describe un testimonio verbalizado por una informante persona adulta mayor:

... Bueno yo pienso que que sería muy bonito que haiga una reunión y que nos ayude a todos, a todos, porque para las personas mayores necesitamos estar estar a parte. Porque los jóvenes nos tratan muy mal a nosotros como que si nunca hubiera, nunca... nunca llegué a ser mayor o no tiene padres, no tiene madres, seguramente, mayores. Y entonces díay... por eso necesitamos que nos haga una reunión por aparte... PAM 1.

Si bien existe posteriormente en este estudio, una clasificación aparte para tratar la temática de los estereotipos en torno al envejecimiento, el emergente anterior, suscita destacar que uno de los estereotipos más evidentes en la sociedad, lo representa la discriminación por la edad, de manera especial, la discriminación contra los viejos, basados en las motivaciones en torno a ellos, los cuales no corresponden con los hechos. En términos pragmáticos, se señala como existen en la sociedad creencias y mitos que actúan como barreras psicológicas, en detrimento de una adecuada comprensión, aceptación e integración de la persona envejecida al conglomerado social. Al respecto, se comparte la premisa: ***el joven no podrá entender al viejo hasta que no reflexione sobre su propio futuro, pues el viejo es el futuro del joven y este el pasado de aquel*** (Hidalgo, 2001:156).

4.2.3. 6 Las iniciativas.

A criterio del personal de salud, entre las iniciativas por desarrollar para concretar una atención integral más allá del ámbito físico y alcanzar mayor participación social; pueden ser: la creación en la comunidad de los “albergues diurnos” o las “casas del adulto mayor”, (supervisados por el área, que actúen como los espacios de convivencia y de encuentro, donde interactúen no sólo las personas adultas mayores, sus familiares o allegados y el personal de salud); la formulación y puesta en práctica de un programa de formación continua con el apoyo intrainstitucional, en pro de una mejor formación - atención a la población longeva.

4.2.3.7 Las subcategorías emergentes: las facilidades, las limitaciones, las iniciativas, la experiencia personal, las necesidades, las sugerencias, las actitudes, las iniciativas del área de salud y la experiencia.

Algunos de los criterios emergentes que afloraron alrededor de la temática de participación social, fueron descritos y discutidos anteriormente. Por tal motivo, para efectos del presente análisis reflexivo y recurrente, se mencionan otros que a consideración de los informantes, actúan de manera interrelacionada. En este sentido, se indica la condición de la viudez, como un estado que facilita la participación social femenina. Se identifica además, la condición o estado de salud que limita la participación, seguido de las limitaciones económicas, el analfabetismo, razones asociadas a la personalidad y a la condición física. También se mencionan las restricciones derivadas a la no disposición de tiempo, vinculada a las carencias económicas, las cuales ameritan cumplir las responsabilidades laborales, tanto dentro como fuera del hogar. Se señala la falta de iniciativa del personal del área por sistematizar dichas prácticas, que incluyan las temáticas de información - formación dirigida a los usuarios en general.

Algunos hicieron mención a la negligencia o desinterés en otros, incluidas las personas adultas mayores, de informarse en temas relativos a la salud; a pesar de la disposición del personal, para contestar cualquier inquietud al respecto. Como también se reitera la necesidad de mayor espacio físico, en el área que permita el desarrollo de estas iniciativas.

4.2.4. LA CATEGORÍA D: Las necesidades de la salud.

Por las necesidades de la salud, se entienden los diferentes requerimientos de atención integral, concretados en los servicios presentados por los usuarios en un sistema de salud.

4.2.4.1 Los padecimientos.

Las dolencias referidas por los informantes en todos los contextos, se encuentran asociadas con algunos padecimientos propios de la vejez. Información que fue descrita en el cuadro No 7.

4.2.4.2 La actitud.

Las apreciaciones emitidas por algunas de las personas adultas mayores en este sentido, mostraron por un lado, cierta negligencia por el autocuidado, evidenciada en la creencia de causar molestias al personal de salud, por solicitar atención en requerir las necesidades de salud. Como también se hizo visible la credibilidad que algunos muestran por la forma mediante la cual los servicios son brindados, asociado a un sentimiento compartido, en cuanto a la responsabilidad comprometida por cuidar de sí mismos. A continuación, se describen dos relatos emitidos por las personas adultas mayores, al respecto: **... y ya ahora, si, cuando no me pone cita, entonces no voy, me hecho para atrás de la pura pereza, nada. Porque no no me gusta estar yendo a joder los doctores. PAM 1**

... tenemos que cooperar con con el EBAIS que nos tiene que nos tiene en vida. Porque eh en realidad, este, necesitamos de, de, de los consejos de ellos principalmente y de parte de nosotros a hacer la dieta, porque de ahí no podemos absolutamente hacer nada, por eso muchas veces nos sentimos peor o mal y tenemos que acudir a ver qué nos hacen... PAM 3.

Del análisis de contenido realizado a estas dos versiones, se deriva que la primera obedece a una concepción más liberal de la práctica de salud, por eso se sustenta en un enfoque biologicista y se centra en el modelo curativo, donde se percibe al binomio salud –enfermedad, como responsabilidad exclusiva del individuo. La segunda se centra en un modelo de salud más integral, procurando una constante construcción del conocimiento, que insta a la reflexión y al análisis en pro de la autodeterminación y la toma de las decisiones de los usuarios (Guzmán; et. al., 1997).

4.2.4.3 Las categorías emergentes: otras necesidades o requerimientos y las sugerencias.

Los aportes sustantivos enunciados por los informantes en este ordenamiento, señalaron que los requerimientos en la atención integral en salud, van más allá de la dimensión física. Por tal motivo el personal de salud consideró la necesidad de brindar mayor información – formación sistematizada, en relación con el proceso del envejecimiento de la población adulta mayor del área.

Esta orientación va ligada al nuevo perfil que debe asumir la educación para la salud de todos los grupos generacionales, en el sentido de que para que sea efectiva, debe contribuir al fortalecimiento de la capacidad de las personas, para que participen activamente en la definición

de sus necesidades, procurando la implementación de estrategias adecuadas para el logro de la salud integral (Guzmán; et. al., 1997).

En este sentido, se hacen evidentes, la diversidad de las demandas requeridas por las personas adultas mayores del área, por el nivel integral. Así como la importancia de favorecer los espacios e instarlas a involucrarse de manera activa, en la búsqueda conjunta de las estrategias que garanticen una respuesta oportuna y equitativa a sus necesidades.

4.3 El impacto psicoemocional del envejecimiento, derivado de la satisfacción en el tratamiento de las necesidades en la salud.

4.3.1. LA CATEGORÍA A: El envejecimiento.

El envejecimiento es un proceso creciente, gradual y multicausal, el cual tiende a organizarse en torno a ciertas características físicas, psicológicas, sociales, espirituales, ecológicas, ambientales y materiales; cuyo abordaje requiere múltiples factores, que trascienden la dimensión inter, multi y transdisciplinaria.

4.3.1.1 Los estereotipos.

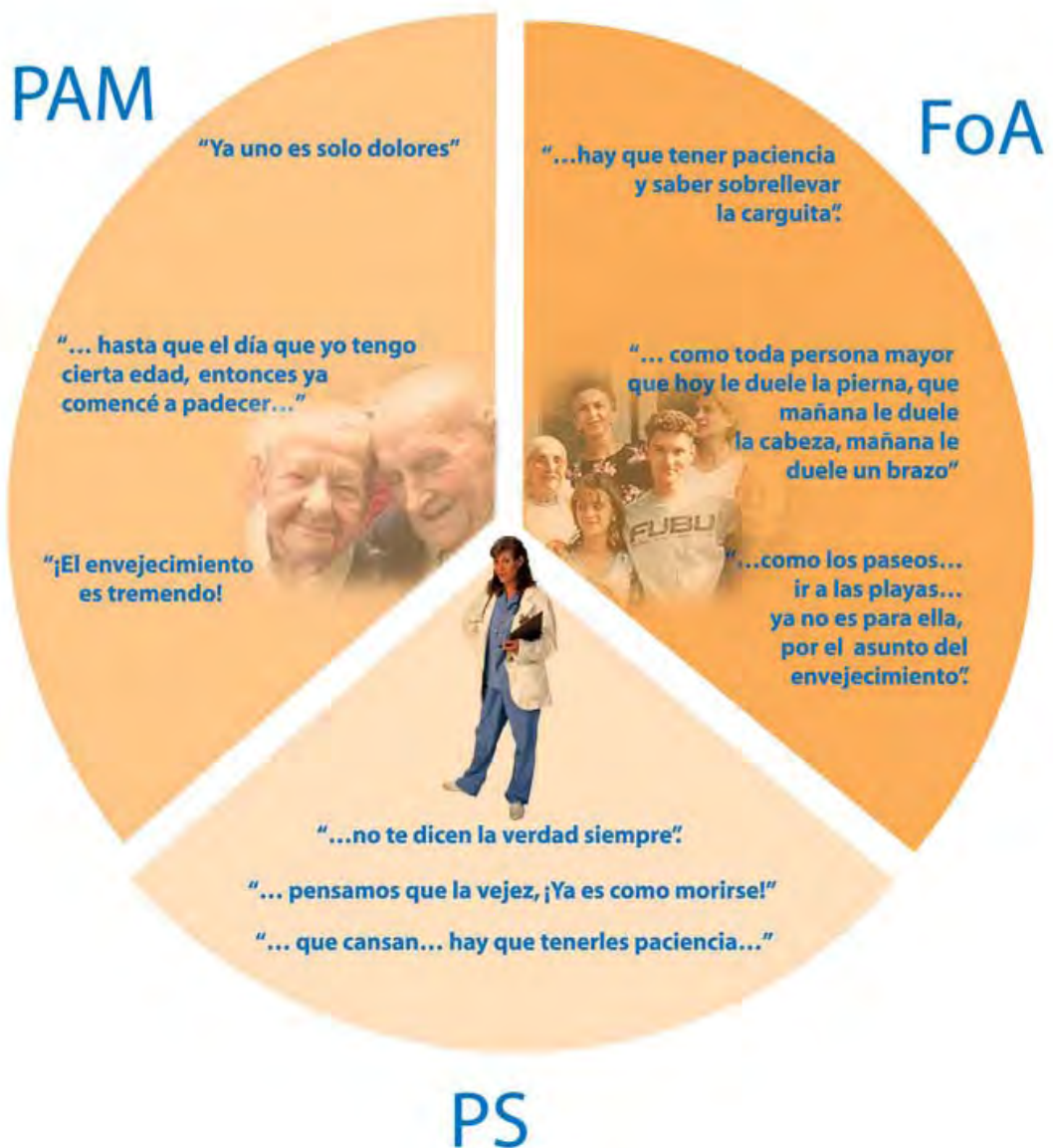
Entre los estereotipos proyectados por algunas de las personas adultas mayores, en torno al envejecimiento, sobresale considerar la vejez como una enfermedad o ligarla a un proceso que implica deterioro, con cierto grado de dependencia. Por su parte, algunos de los familiares o

allegados lo perciben asociado a las limitaciones, las prohibiciones y las dolencias. Sobreagregada la creencia estereotipada por el personal de salud de discriminar a la persona adulta mayor por sus enfermedades, problemas y forma de ser, considerando algunos que son como niños y que no producen económicamente.

El siguiente esquema contiene algunas de las creencias que los informantes manifestaron, en relación con los estigmas que poseen del envejecimiento:

ESQUEMA No 6

LOS ESTEREOTIPOS EN TORNO AL ENVEJECIMIENTO, SEGÚN
LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES, LOS FAMILIARES O
ALLEGADOS Y EL PERSONAL DE SALUD. ÁREA DE SALUD DE
MORAVIA, 2004.



Al realizar un análisis de las ideas estereotipadas que los informantes poseen con respecto al envejecimiento, las anteriores apreciaciones respondieron a las actitudes negativas, que limitan no solo a la persona que es objeto de ella, sino que moldean y condicionan las percepciones que otra gente tiene, tanto joven como vieja. Además de proyectar algún nivel de resistencia o rechazo, para enfrentar los desafíos en salud o en los ámbitos económicos, psicológicos, sociales, ambientales, entre otros; que están relacionados con el aumento de la población adulta mayor, en el nivel local como nacional. Lo anterior ligado al impacto que su percepción provoca en la construcción del auto concepto personal de la vejez, la asimilación progresiva de su vivencia particular, la aceptación de su familiar o allegado envejecido o vincularse cotidianamente, con las demandas reales de las personas senescentes.

Con el propósito de concretar un mayor acercamiento y comprensión de la realidad social de la persona longeva, resulta indispensable conocer estos estigmas y contrarrestar de manera asertiva sus efectos negativos (Sánchez, 2000).

Por otra parte, el análisis de contenido proveniente de cada una de las creencias mencionadas por los informantes en el esquema No 4, reflejó en su discurso la presencia de algunos tipos de gerofobia². Entre los tipos de gerofobia más comunes se destacan, la gerofobia social, la gerofobia profesional y la gerofobia comunitaria (Palmore, 1990, mencionado por Sánchez, 2000).

Según este modelo, la adecuación de esta tipología a la realidad social de las personas adultas mayores del Área de Salud de Moravia,

² Gerofobia: Del idioma inglés "ageism", cuyo significado en la lengua española atiende los prejuicios negativos y estereotipos hacia las personas ancianas por razón única de su edad Butler (1975).

queda demostrada en la primera forma, al hacerse alusión a la negligencia interpuesta por algunas personas en el nivel institucional, para la concreción o la acción de las políticas de cuidado de la salud o en el alcance de los beneficios de los seguros sociales limitados a las personas senescentes, en función de su edad. En relación con la segunda categoría, se notan algunas actitudes manifestadas por un sector del personal de salud, el cual tiende a infantilizar a los usuarios, en este caso, a las personas longevas, al tratarlos como si fueran niños. El prejuicio o estereotipo comunal, se ve manifiesto en ciertos modos o maneras, de cómo se brinda la atención en el nivel local en la satisfacción en el nivel integral de las necesidades en salud, de las personas adultas mayores.

4.3.1.2 Las opiniones.

Los criterios emitidos por las personas adultas mayores, hicieron referencia a la vejez como una etapa de la vida, que es natural, progresiva, en la cual intervienen diversos factores. Sí esta es favorecida por la vinculación social, la asimilación y el seguimiento del orden espiritual, permite no solo su aceptación, sino también, la vivencia para ser considerada como un estado o condición digna de ser vivida. Por su parte, los familiares o allegados coincidieron con ellos, sin embargo, indicaron que conlleva también una pérdida de la energía como de la autonomía física, por tal motivo, amerita una preparación previa en el nivel personal como familiar, que ligada a la apertura de los espacios y los programas en el área de salud, facilitaría la expresión de su potencial y sabiduría, factor coadyuvante de su salud física como emocional. En lo referente al personal de salud, las opiniones mencionaron criterios evolutivos, de deterioro físico, que implican los cambios, las limitaciones, esto conlleva a un proceso de ajuste y de formación. Así como también, de oportunidades para la integración de las experiencias y de las vivencias legadas a las nuevas generaciones.

Seguidamente, se presentan tres relatos verbalizados por los informantes en los tres contextos, que evidencian la argumentación referida:

... Bueno para mi es muy importante, llegar a setenta y un año, doy muchas gracias al señor, sobre todo llevo una experiencia que muchos quizá no llegan a conquistarla, me siento muy feliz, eh a veces con dolorcillos, decía un compañero que después de cincuenta años comenzábamos a sentir la carga, tal vez si, pero si sabemos llevarla, pienso que ninguna carga nos va a dominar... PAM 3.

... Es haber descubierto un montón de cosas, es haber aprendido, es haber cumplido con el plan que Dios tiene para cada uno de nosotros. Para mi cada día, cada año yo escucho personas que dicen, me deprimí porque ya estoy vieja, porque...yo no, para mi ha sido muy satisfactorio eh...yo me siento muy contenta de lo que he alcanzado y... y lo que Dios quiera darme yo creo que va a ser muy satisfactorio para mi.... F o A 7.

... Yo creo que el el proceso de envejecimiento, pues, es algo que todo el mundo toma de forma diferente; sin embargo es algo que tenemos que aprender a manejar porque no lo podemos detener. Tiene yo diría que dos partes, una parte muy buena y que más bien es es una ventaja de todas las experiencias que hemos vivido vamos adquiriendo una madurez y una forma de actuar, este, diferente. Sin embargo por el otro lado está el deterioro físico que sufrimos, que como decía la compañera anterior nos limita ciertas, ciertas funciones... PS 3.

De las apreciaciones citadas, se puede inferir que si bien persiste una actitud positiva hacia el envejecimiento, la experiencia personal de vivirlo y de asimilarlo, difiere si la vivencia la tiene la persona que se encuentra envejecida, por el contrario, el significado es diferente sí es el familiar o el allegado quien observa a su ser querido envejecer, a su vez, esta experiencia es distinta si quien la percibe es alguien perteneciente al ente proveedor de los servicios de la salud. Asimismo, los relatos en su contenido están impregnados de estereotipos los cuales proyectan algún nivel de rechazo y que influyen en la percepción que se posee del concepto.

La anterior explicación, encuentra sustento teórico, al considerarse que las opiniones emitidas por las personas, representan el resultado de las imágenes, que influyen en las respuestas de éstas, en su medio ambiente. Es así, como los seres humanos no reaccionan directamente a los estímulos de la realidad externa, sino a una representación del ambiente que en mayor o menor juicio, es producida por ellos mismos (Lippman 1922; citado por Martín – Baro, 2002).

4.3.1.3 Las actitudes.

Algunas de las personas adultas mayores emitieron actitudes positivas hacia el envejecimiento, sin obviar algunas limitaciones. También en este sentido, otros familiares o allegados mostraron vulnerabilidad ante el envejecimiento, asociada a las preocupaciones personales, entre ellas las económicas, esto conduce a percibir a las personas longevas, como una carga monetaria y emocional para sus cuidadores. Se notó cómo por aspectos vinculados a los factores culturales, en algunos casos, se delega la responsabilidad del cuidado de las personas longevas, a las hijas menores, mostrando inclusive algunas, una condición de madres solteras. Situación que aunada a las limitaciones por recibir otras entradas de dinero como una pensión y ejerciendo el rol de jefes de hogar, incrementan las responsabilidades adquiridas y ponen en riesgo el estilo de vida, a lo interno del núcleo familiar y en particular, el bienestar de las personas adultas mayores. Lo anterior sobreagregado al rol de convertirlos en algunos casos, en punto de apoyo y sostén del núcleo familiar. En esta categorización, la viudez se visualizó como un estado tendiente a facilitar una mejor condición de vida.

La validez de estos hallazgos está comprendida en la presencia de estereotipos, los cuales también reflejan los indicadores multicausales que determinan un envejecimiento exitoso, de los cuales, los informantes en esta

investigación forman parte; y que algunos se ven afectados directamente en la dimensión económica, en su condición de viudez o de hijas jefes de hogar, a cargo de una persona adulta mayor.

En este sentido, la información proveniente de la Encuesta de Hogares, según el Censo de Población del año 2000, refiere que el perfil de los pobres en el nivel nacional, no mostró cambios sustantivos en los últimos diez años. Más bien, algunos rasgos se incrementaron, como por ejemplo, el porcentaje de los hogares pobres con jefatura femenina, el cual varió de veintitrés punto cuatro por ciento a treinta y dos punto cinco por ciento en el 2003, incremento que afectó tanto a las áreas urbanas como a las rurales. Sin embargo, fue en el sector urbano, donde la situación alcanzó un cuarenta por ciento en el 2003, esto significa que dos de cada cinco hogares pobres en Costa Rica tienen como jefe a una mujer, donde cohabitan un nueve por ciento de personas mayores de sesenta años (Sauma, 2004; citado en el Programa Estado de la Nación, 2004).

Por otra parte, una experiencia realizada en el país demostró en relación con el apoyo que las personas adultas mayores requerían de sus familiares, en las actividades de la vida diaria, que una cantidad menor de hombres de setenta años y más, reportaron a sus esposas o compañeras, como su principal fuente de ayuda. Por otra parte, los que requerían la ayuda y la compañía de una hija, fue dos o tres veces mayor en las personas senescentes menores a los setenta años. Para las mujeres, los porcentajes específicos determinan la compañía de sus esposos, compañeros o hijas como la principal fuente de ayuda, permanecían más o menos, constantes para todas las edades. Sin embargo, el porcentaje que recibía apoyo y ayuda de otros miembros de la familia aumentaba, según se acrecienta la edad (OPS, 1990).

4.3.1.4 Los temores.

Entre los hallazgos obtenidos, se identificaron para las personas adultas mayores aprehensiones tales como: la aparición de las dolencias, la desvinculación social, la dependencia física y la de falta de acompañamiento del núcleo familiar, esto a criterio de algunos familiares o allegados los predispone a experimentar soledad social o emocional.

En este sentido, se comparte la premisa de que el devenir de la vejez, suscita en el ser humano, el desarrollo de profundos cambios de orden biológico, psicológico, social, espiritual, nutricional, recreativo, entre otros. En muchas personas adultas y adultas mayores, los sentimientos de vulnerabilidad física, psicológica y social avanzan, movilizandolos los mecanismos de defensa, reflejado en las respuestas emitidas en las clases anteriores y precipitando a que muchos de ellos experimenten problemas emocionales o personales, en el curso de estos años. Por lo tanto, es permisible potencializar todos aquellos aspectos, los cuales favorezcan vivir con satisfacción y contribuyan a la salud mental en la vejez (Días - Cordeiro, 1992; Solomon, 1996, citado por Rojas; Sáenz, 2000).

En lo referente al apego, en los años finales de la vida, muchas parejas corren la suerte de acompañarse prácticamente, hasta el final de la vida. El apego en este período lo determina la pérdida de la pareja, que en el mayor de los casos, obedece a la pérdida del compañero. La muerte y la enfermedad de uno o de los dos miembros de la pareja, son dos acontecimientos a los cuales deben enfrentarse todas las personas. El sufrimiento experimentado conduce a las personas, y en el caso en particular, a las personas adultas mayores, a sufrir de la soledad. Sentimiento manifiesto en una soledad emocional o social.

La soledad emocional, resulta de la falta de vínculos con personas que resultan ser incondicionales. La soledad social es referida a la ausencia de una red de relaciones sociales extrafamiliares. El contar con ambos recursos afectivos, refuerza el sentirse protegido y seguro en esta etapa. Sin embargo, la presencia de al menos una persona, que brinde acompañamiento en esta etapa, aminora el sufrimiento y la aflicción por sentirse solos (López y Olazábal, 1998).

Razón por la cual, se deduce de lo anterior, que una adecuada referencia como formación multigeneracional tendiente a clarificar el proceso del envejecimiento y sus factores inherentes. Condición que asociada a la contención, apoyo e integración de la persona adulta mayor al núcleo familiar y a la red social comunal, favorece una mejor comprensión, vivencia y asimilación de ser una persona envejecida.

4.3.1.5 Las actitudes observadas en la persona adulta mayor vinculadas a sus necesidades de la salud.

En esta clase, el personal de salud describió el recelo que poseen algunas de las personas senescentes hacia los funcionarios del área a mostrar sus necesidades de salud, así como el desplazamiento de éstas a un segundo orden. Otros por el contrario, hicieron evidente que en ausencia de una determinación, ya fuera por parte de los familiares o de los funcionarios del área de salud, algunas personas adultas mayores, solventan esta necesidad mostrando una excesiva preocupación por su salud física, solicitando la atención por sus dolencias físicas o emocionales. También agregaron que algunos manifestaron una dependencia del familiar o allegado, otros expresan autosuficiencia o un sentimiento de abandono, particularmente en el paciente masculino asociado entre otros aspectos, a su vivencia de aislamiento y de soledad tanto social como emocional.

Entre los factores precipitantes de este comportamiento, pueden mencionarse algunas de las implicaciones de los enfoques que presentados en las prácticas de atención a los usuarios, donde no aparece explícita la realidad única de las personas adultas mayores, sino comprendida en el conglomerado de la población usuaria.

En este sentido, los expertos en materia de salud, coinciden en sus apreciaciones, que la atención del usuario se percibe fragmentada, pues éste se convierte en un órgano o en una enfermedad por atender, es decir, la persona se visualiza como un objeto y no como un sujeto social con derechos. No se reconoce al ser humano integrado en todas sus dimensiones biológica, cultural, social, psicológica, económica y ecológica. Suele suceder que cuando se le pregunta a un usuario sobre algún procedimiento que le realizaron, muchas veces, no sabe qué pasos o qué acciones le practicaron, quién se lo hizo, ni qué tratamiento le dieron, esto evidencia la dinámica entre los servicios de la salud, los usuarios y la actitud pasiva de éstos, ante los problemas de la salud (Guzmán; et. al., 1997).

Aunado a lo anterior, en el ámbito familiar, es importante resaltar, la solidaridad que algunas de las personas adultas mayores experimentan para recibir apoyo informal y acompañamiento de sus familiares y amigos, especialmente en los momentos de gran necesidad, como lo son: el alojamiento, el transporte, el acompañamiento, el enlace con las instituciones de servicios, la adquisición de los alimentos, las medicinas, las demostraciones afectivas, el cuidado durante las enfermedades, la higiene personal, la limpieza domiciliaria, la ayuda en los diversos quehaceres domésticos y otros servicios que la persona necesita (Sánchez, 2000).

Asimismo, se ha demostrado como otros carecen de la asistencia o del apoyo mínimo en sus necesidades en el área de la salud, por tal motivo experimentan problemas de soledad, la cual se convierte en una variable crucial, en relación con los síntomas psicosomáticos de la depresión y del uso de los servicios. De lo anterior, se debe hacer la salvedad que la soledad es un estado subjetivo, y debe diferenciarse del estado objetivo, del estado social de aislamiento o de vivir solo (García, 1990).

Las argumentaciones descritas permiten clarificar la importancia de tomar una actitud más humana y comprometida, con el binomio salud – enfermedad de las personas adultas mayores, concebida como un proceso gradual, multicausal con las implicaciones sociales e históricas que amerita ser asumido de manera holística por la sociedad, en general.

4.3.1.6 Las actitudes observadas en la sociedad hacia la persona adulta mayor.

Algunas de las actitudes observadas en la sociedad y denunciadas por el personal de salud, hacia las personas adultas mayores, consistieron en que ellos son ignorados, considerados como un estorbo, aislados o invalidados, una vez que éstas adquieren una condición de dependencia económica. Otros manifestaron verlos llegar solos a la consulta, no es así, con algunas mujeres adultas mayores, quienes van acompañadas por sus hijas. Otros visualizaron cómo se tiende también a confundir las enfermedades propias del envejecimiento con los cambios inherentes a este proceso, asociado a la actitud de algunos familiares, por mantener una imagen o apariencia rejuvenecida de sus padres.

Los hallazgos suscitados en esta clase, contienen parte de lo expuesto anteriormente en la categorización de los estereotipos, por eso, en

un intento por definir lo que la gente piensa o siente con respecto a la vejez, la mayoría de las personas emiten criterios aprendidos socialmente, cuyos contenidos no son nada más que mitos y no son correspondientes con la realidad (Sánchez, 2000).

En relación con las enfermedades propias del envejecimiento, el asociar la vejez con la enfermedad, genera la creencia estereotipada en el nivel social, de percibir el envejecimiento como algo patológico o anormal. Al estigmatizarla como una enfermedad, se traslada esta condición a todos aquellos que están envejeciendo, condicionando de esta manera, las actitudes de las personas sobre sí mismas y de los otros hacia ellas (Estes y Binney, 1989, citado en Salvarreza, 1998).

La no asimilación de aceptar que un familiar o allegado ha envejecido, encuentra su explicación en la relación entre la imagen de la vejez imperante en la sociedad, y el impacto que ésta tiene en la autoimagen de las personas adultas mayores, por tal motivo, existe en algunas personas tendencias a promover en ellas, las conductas y las actitudes competitivas carentes de expectativas. Una adecuada estrategia por favorecer la aceptación del familiar o allegado que está envejeciendo, es estimular la capacidad de tolerancia en la persona, con el fin de aprovechar al máximo las fuerzas de que se disponga en cada momento. Por el contrario, el retribuirle culto a la vitalidad y a la juventud, como características idealizadas de una vida meritoria, se traduce en términos de acreditar a la vejez, una connotación de una existencia marginal o residual de la sociedad. Posición que conlleva a percibirla como un proceso de decadencia, de la disminución, de las pérdidas de las capacidades funcionales y de los contactos sociales (Hartfield; Lehr, s. f. citado en Auer, 1997).

4.3.1.7. Las subcategorías emergentes: el abandono, la soledad, las necesidades, el legado, los temores, los alcances, las sugerencias, las actitudes, el concepto de la persona adulta mayor y la dinámica familiar.

Como emergentes en esta clase, los informantes de los tres contextos reiteraron las apreciaciones mencionadas, en relación no solo con sus necesidades, sino también, con la realidad social, en la cual están insertados. Entre los emergentes, las personas adultas mayores resaltaron la ausencia de apoyo en el acompañamiento del núcleo familiar, experimentando sentimientos de soledad social y emocional. Situación que los priva para establecer los vínculos afectivos, del contacto físico y de la interacción con su grupo de pares. Como también, les restringe la posibilidad para transmitir los conocimientos adquiridos, las experiencias y las vivencias a las nuevas generaciones, las cuales constituyen parte del sentido de la integridad existencial. Colateralmente, sus familiares o allegados se refirieron a sus aprehensiones de llegar a ser viejos; sin embargo, manifestaron la oportunidad de liberarse en esta etapa de responsabilidades mayores, las cuales les implica un desgaste físico, espiritual y emocional en su condición de personas longevas. Por tal razón, expusieron la necesidad de concretar una mayor sensibilización y cambio de actitud en la población en general, como en las generaciones más jóvenes. Criterio compartido por el personal de salud, como una vía alterna para superar los estereotipos hacia las personas senescentes, dotarlos de cuidados propios, tanto dentro como fuera del hogar, que les garanticen una mejor calidad de vida. Estrategia que podría ser viable a través de los programas de educación continua y de otras actividades relacionadas con sus necesidades, destacando que resulta importante instar a las personas longevas al ejercicio físico. Como parte de los emergentes, algunos manifestaron el temor, por la posibilidad de que se aumente la edad para el disfrute de la pensión, aunado a la aprehensión de perder la autonomía física – económica; convertirse en una carga social, para los demás y ser segregado del núcleo familiar.

4.3.2 La categoría B: El envejecimiento personal

El envejecimiento personal adquiere la connotación en el presente estudio, de la vivencia progresiva, heterogénea, multicausal y subjetiva, que implica el envejecer día a día, ligada al impacto psicoemocional individual, que asume la construcción de su significado y modo de percibirlo.

4.3.2.1 Las opiniones.

La presente clasificación proporcionó información proveniente del contexto de los familiares o allegados de las personas adultas mayores, relacionada con el envejecimiento personal, el cual no solo implica un deterioro en el nivel físico, sino más bien, constituye una oportunidad para acumular las experiencias, la sabiduría y la realización personal, cuya asimilación permite aceptarlo y vivirlo de un modo positivo. Por su parte, el personal de salud mantuvo coherencia con esta postura, al referirse a él, como un proceso evolutivo, destacando la pérdida de la figura corporal, de la autonomía tanto física, como funcional. Por eso de los datos obtenidos, no se deduce necesariamente, una aceptación del proceso de parte de algunos informantes, debido entre otras razones a las aprehensiones implícitas, relativas con el concepto de belleza física, juventud y competitividad, como se mencionó en el apartado anterior; sino la tendencia a racionalizarlo como un período, a través del cual se adquiere la madurez, la experiencia y el crecimiento espiritual. Por tal motivo, algunos funcionarios del área, racionalizaron sus temores, al sugerir la necesidad de prepararse de manera integral, para garantizar su asimilación, vivencia y disfrute plenos. Se presentan dos opiniones manifestadas por dos informantes en este sentido:

... Para mí, el envejecer es físicamente porque somos una maquinita ¿Verdad? Entonces toda máquina se llega a atrofiar...pero mientras tengamos el espíritu, vivo y alegre no envejecemos, lo digo por experiencia... F o A 6.

... el concepto de envejecimiento es diferente para cada uno. En Costa Rica ya sabemos que sí pasamos de los treinta años, ya somos de la tercera o cuarta edad. Eh, yo diría que deberíamos de darle gracias a Dios, que nos da la oportunidad de crecer espiritualmente, y y en experiencia y en otro tipo y también materialmente, aunque se da un también un decrecimiento progresivo físico... PS 1.

Del análisis global a esta categoría se infiere, cierta ambigüedad de los informantes para aceptarlo, coexistiendo un enfoque negativo y otro positivo en torno al propio envejecimiento. En donde, en el primero, se trata de retrasar el proceso de declive, asumiendo posturas y actitudes encaminadas a permanecer joven, negando así, su propia condición. En el segundo enfoque, se pretende vivir la vejez como un período de crecimiento, no a pesar de, sino porque forma parte de una situación de crisis (Laforest, 1991).

4.3.2.2 Las subcategorías emergentes, los temores, la dinámica familiar y las vivencias.

Las aprehensiones que algunos familiares o allegados poseen, ante la soledad social o emocional emergieron una vez más, como emergentes significativos de esta categoría, la cual puede sobrevenir de la condición de la vejez, asociado a la falta de comprensión referida, que otros poseen hacia los cambios y demás necesidades propias de las personas adultas mayores. Por su parte, otros funcionarios del área, denunciaron el miedo a la exclusión social, esta se racionalizó con un acontecimiento remoto, donde no medió la propuesta de ninguna acción para concretizar algún intento de preparación, para su consecuente advenimiento. Otros en cambio, mencionaron la existencia de algunos modelos positivos de vejez, con los cuales se podrían identificar.

Con base en lo anterior se infiere que las etiquetas negativas y la estigmatización de las personas longevas, pueden contribuir a hacer frecuentes en la actualidad, los comportamientos y las actitudes que confirman los prejuicios vigentes, esto aumenta las aprehensiones en los otros grupos multigeneracionales, para vivenciar la condición de estar y sentirse envejecido. De manera particular, lo relativo al impacto que posee en la disminución de la autoestima y en la posible pérdida de la sensación del control que se logra tener.

La disposición para experimentar un sentimiento de pertenencia a un núcleo social y a disfrutar del reconocimiento de aquellas personas con quienes la persona interactúa, favorece a mantener un elevado autoconcepto. No obstante, a la ruptura de los vínculos sociales producidos en la vejez debido a la jubilación, a la pérdida de los seres queridos, entre otros (Thoits, 1985; Krause, 1987 citados por Salvarezza 1998).

4.3.3 LA CATEGORÍA C: El envejecimiento del familiar o allegado.

El envejecimiento del familiar o allegado se entiende para efectos del presente estudio, como la vivencia personal derivada del proceso paulatino, variado, multicausal, que implica la aceptación de su padre, madre, abuela o suegro envejecidos, ligada al impacto psicoemocional individual, que asume la construcción de su significado y el modo para percibirlo.

4.3.3.1 Las opiniones.

Los puntos de vista de algunos de los familiares o allegados a las personas adultas mayores, vinculadas a este ordenamiento, reiteraron los sentimientos ambiguos, para aceptar ya sea a su padre, madre, abuela, suegro envejecidos. Por un lado, se notó la negación de algunos rasgos

personales y de otras limitaciones vinculadas con el deterioro natural, en el nivel físico que conlleva, adjudicarles apariencias rejuvenecidas, situación que promueve una falta de comprensión a los cambios y a las demás necesidades propias de las personas adultas mayores. Por otro lado, suscitó en algunos, actitudes de resignación, al racionalizar su condición o estado envejecido, como una oportunidad para aprender y ver cumplido el plan divino. Se citan dos opiniones expresadas por los familiares de las personas adultas mayores:

... A parte de que pues yo sufro eso de...del maltrato de la hija, que ella nos dice que no estamos viejos que estamos muy enteros, que taca taca, que tenemos que hacer esto, que tenemos que hacer el otro, que corramos, que... F o A 6.

... en el caso concreto de mi mamá eh... me gusta mucho observar, ver sus actitudes eh, cada año, cada día, como yo me mantengo mucho con ella, me gusta mucho aprender de ella para así poder yo también responder a la vida ¿Verdad? Yo también...ojala como dicen las compañeras acá. Este, aprender todo lo bueno ¿Verdad? Yo creo que todo hay que observarlo y quedarnos con lo bueno y ... y eso es lo que yo hago. Eh, observar como ella poco a poco va cumpliendo con el plan que Dios tiene para ella ¿Verdad? y... y, y el señor sabrá hasta que edad me la regala, por mi parte estoy muy dispuesta a ir compartiendo con ella cada día hasta lo que Dios quiera... F o A 7

De lo anteriormente citado, se infiere que la imagen de las personas adultas y de las personas adultas mayores tiene de sí mismos, les viene de los conceptos imperantes en su entorno (Laforest, 1982, citado en Laforest 1991). Según este gerontólogo, para lograr una aceptación y posterior asimilación de esta nueva etapa de la vida, se requiere minimizar las creencias estereotipadas en torno al concepto y visualizarla en un sentido global, en torno al desarrollo de la personalidad, fiel al cumplimiento de determinadas tareas.

4.3.3.2 Las subcategorías emergentes: los temores, las vivencias y las actitudes.

Los comentarios derivados de esta clase, por algunos de los familiares o allegados indicaron una vez más, la aprehensión que les suscita la pérdida de la autonomía física de su pariente longevo. Reacción refleja que interiorizan provocando en algunos, altos índices de ansiedad, la cual canalizan con actitudes de acompañamiento y apoyo, con la expectativa de que sus hijos también tengan esta consideración hacia ellos. Otros se resisten a aceptar la condición envejecida de su padre, madre, abuela o suegro envejecido y le asignan un rol de sostén, de apoyo, como un recurso de la unión a la estructura familiar.

Al respecto, algunos abuelos o abuelas se caracterizan como aquellos miembros del núcleo familiar encargados de transmitir la historia, las tradiciones y los valores de la familia a las nuevas generaciones. Además, ejercen un rol de estabilizadores, protectores y fuentes de unión, con la finalidad de mantener la familia a flote. Efecto que genera una contribución indirecta sobre los nietos, al favorecer que sus hijos sean mejores padres (Sánchez, 2002).

4.3.4 LA CATEGORÍA D: EL Impacto de la atención recibida por el personal de salud, en la condición de las personas adultas mayores.

El impacto de la atención recibida por el personal de salud en la condición de personas adultas mayores, se entiende como el proceso a través del cual, se satisfacen las necesidades en salud de las personas longevas y se transfiere a éstas, el significado de la percepción psicoemocional que se posee del envejecimiento.

4.3.4.1 Las vivencias.

La percepción que algunas de las personas adultas mayores manifestaron en torno al impacto de la atención recibida por el personal de salud, en su condición de personas envejecidas reflejó el alcance obtenido a través de la atención recibida, de un sentimiento de determinación, cuidado y estima. Sin embargo, otros apelaron a una mayor atención y consideración en el trato recibido. Por tal razón, se deduce que existe ambigüedad, no sólo en el significado que tienen algunos funcionarios en relación con el envejecimiento, sino también, en el enfoque que algunos asumen para concebir el binomio salud – enfermedad, el cual queda demostrado en las inconsistencias evidenciadas por los usuarios, por el modo y la calidad de atención ofrecida como respuesta a sus demandas. Seguidamente, se presentan dos evidencias expresadas por dos personas adultas mayores:

... Si cuando yo llego al EBAIS yo no los veo como personas particulares, no, yo me siento como entre familia, eso es parte de, de que, nos ayuda a que si llevamos una enfermedad día a veces llego donde el doctor y no hallo qué decirle, día me dolía aquí y no me duele ya; es de lo mismo que lo traten a uno, como si lo tratan bien uno se siente ya casi curado... PAM 8.

... Bueno yo lo que pienso es que deberían de ponernos un poquito más de cuidado, por ser personas mayores ¿Verdad? que tenemos las deficiencias ya de nuestra edad, entonces a veces nosotras, nosotros, pues, fallamos, tal vez sin querer, porque ya la edad es la que nos friega, ¿Verdad? y entonces ya yo diría que deberían de ponernos un poquito de atención por esa razón de que, de que, de que a veces día no estamos como en buenas condiciones ¿Verdad? Y tal vez dice uno alguna cosa, y tal vez no la dice tal vez pensando que no debido a la edad de uno, ¿Verdad?, entonces deberían de ponernos cuidado, eso es lo que yo pienso... PAM 7

El primer relato, refleja la postura del enfoque de la salud - enfermedad como un proceso de construcción social, donde lo biológico está determinado por lo social (Breith, 1994, citado por Guzmán; et. al., 1997).

Se destaca la naturaleza social del ser humano, donde los procesos biológicos se encuentran en una constante interacción tendiente a permitir una mutua transformación. Asimismo, no proyecta la presencia de algún indicador de discriminación, en función de la edad (Hidalgo, 2001).

Lo correspondiente a la segunda versión, evidencia la falta de comprensión de algunos de los funcionarios del Área de Salud, como deferencia a su condición de las personas adultas mayores. Además proyectar la ausencia de los procesos psicosociales propios de los servicios de la salud, adjudicándoseles la supremacía de los síntomas que se deben medicar. En este sentido, se percibe al ser humano como un objeto individual, donde se obvia su relación y transformación social (Guzmán, et. al., 1997).

4.3.5 LA CATEGORÍA E: El impacto de la atención a la salud recibida a su familiar o allegado, en la condición de personas adultas mayores.

El impacto de la atención a la salud recibida a su familiar o allegado en la condición de personas adultas mayores, se entiende como el proceso a través del cual se satisfacen las necesidades en salud de las personas longevas y se transfiere a éstas, el significado de la percepción psicoemocional que se posee del envejecimiento.

4.3.5.1 Las vivencias.

Las verbalizaciones expresadas por algunos de los informantes familiares o allegados de las personas adultas mayores en esta clasificación, mostraron el alcance logrado a través de la atención recibida, de un

sentimiento de satisfacción por la atención a la salud recibida. Se adjunta un relato de un familiar de la persona adulta mayor:

... Con respecto a mi mamá, este, siempre que la llevo ella por lo general, este. En, en cuanto al Área de acá ¿Verdad? Que es la que estamos hablando, eh, eh, yo la llevé y ella tiene su cita previa por lo general. Entonces sí, la atienden bien. Eh, con los doctores sí ellos han sido siempre buenos. Aunque si han cambiado, siempre le han dado buena respuesta. Yo estoy muy agradecida con ellos, igual las enfermeras, ella siempre hasta les pide jeringas y ellas ven a ver cómo le ayudan en ese sentido y yo creo que le han dado muy buena respuesta.... F o A 7.

Se infiere de este testimonio, la actitud interpuesta por algunos funcionarios del área, donde identificados con el nuevo enfoque acerca de la salud, abordan al usuario como un ser integral, quien piensa y actúa según su posición en la vida, determinado por sus condiciones de vida específicos, y mediadas por su condición de género, de edad, de clase social y grupo étnico (Guzmán; et. al., 1997).

4.3.5.2 Las subcategorías emergentes, la inconsistencia y la experiencia personal.

Como emergente complementario de las apreciaciones anteriormente descritas, otros evidenciaron un reclamo al personal del área, por una mayor atención y consideración con su pariente longevo. Por eso, se infiere de la información obtenida en este contexto, la reiterada ambigüedad en el significado que tienen algunos funcionarios del área, en función de los concepto de salud - envejecimiento, conceptualizados en la clasificación anterior, donde queda demostrado con las inconsistencias evidenciadas por los usuarios, no sólo en la actitud practicada por parte del personal sino también, en la forma mediante la cual éstos son tratados. La siguiente versión emitida por una hija de una persona adulta mayor, responde a la argumentación planteada:

... Lo que yo si siento es la diferencia que hay en lo administrativo. Porque cuando uno llega con mi papá, yo no sé si es porque mi papá aparenta tener menos edad. Entonces cuando él llega, eh llegamos a una ventana, yo siento que lo...que lo tratan igual que a mi, no hay esa diferencia que digamos, hay mira es una persona mayor hay que ser un poquito diferencia. No sé si es ese el caso que se da, porque mucha gente le dice pero ¿Usted tiene esa edad?, no la aparenta. Entonces no sé, si es que el recepcionista se queda con la impresión de que es una persona que no tiene ningún padecimiento como él lo tiene o sea que no hay un cartelito que diga, este señor tiene esto y esto... F o A 3.

4.3.6 LA CATEGORÍA F: Los cambios de actitudes favorables ante un envejecimiento satisfactorio en el nivel social.

Los cambios de actitud favorables para un envejecimiento satisfactorio en el nivel social, son concebidos como la sensibilización que debe asumir la sociedad, con el objetivo de propiciar una mayor asimilación del proceso, como un acontecimiento natural, valioso y trascendental inherente a todo ser humano.

4.3.6.1 Las opiniones y las sugerencias.

Las opiniones logradas por el personal de salud proyectaron una resistencia en algunos de los informantes, con el fin de lograr plasmar los cambios concretos en la actitud, dirigidos a la aceptación – asimilación de esta etapa, donde debe mediar un compromiso personal. Tanto los aportes como los emergentes logrados, se orientaron a la necesidad de implementar desde la niñez, una formación previa relativa al envejecimiento. Aunado a lo anterior, se consideró oportuno, iniciar una labor de sensibilización social con los modelos de otras culturas, en especial el de la cultura oriental, mediante el cual éstos tratan y se relacionan con las personas adultas mayores. Sobre agregado a la importancia de valorar y de recuperar el conocimiento, la sabiduría y el respeto profesado por las generaciones

pasadas a las personas adultas mayores; y a instar la dotación de mayores recursos humanos y económicos especializados. Se incluyen dos apreciaciones mencionadas por los funcionarios del área:

... Yo siento que cambiar eso negativo lleva un proceso, un proceso porque ya hemos sido como acostumbrados, ya hemos sido, no hemos tenido la preparación necesaria para poder entrar a esa etapa... PS 8.

... Porque yo creo que nuestro país es bastante, eh, las barreras que se les ponen a los adultos mayores y deberíamos, así como se copian patrones eh, a nivel de juventud de de otras sociedades, pues deberíamos también aprender de esas sociedades, ¿Verdad? de las más desarrolladas y de la de la cultura oriental como dijo la doctora Ñ. Eh este, y ese proceso tendría que iniciarse desde la primera infancia ¿Verdad? Porque yo creo que desde los niños es donde hay que empezar a enseñarles porque eh, la importancia de la experiencia y el conocimiento del adulto mayor porque a nivel ya de adultos es más difícil este, realizar ese cambio... PS 5.

Las respuestas emitidas por los informantes, reflejan que la actitud imperante en la sociedad, obedece a un modelo aprendido, por costumbre, el cual requiere un trabajo de sensibilización social. En este sentido, la necesidad de abrir oportunidades como generar mayores espacios de la conciencia social, quedó manifiesta en el Plan de Acción Internacional de Viena, el cual contempla:

Como un proceso que dura toda la vida y deberá reconocerse como tal. La preparación de toda la población para las etapas posteriores de la vida deberá ser parte integrante de las políticas sociales y abarcar factores físicos, psicológicos, culturales, religiosos, espirituales, económicos, de salud y de otra índole (Naciones Unidas, 1982:20)

En lo referente a las sugerencias propuestas por el personal informante, éstas coinciden con la visión de que el envejecimiento debe ser percibido como un acontecimiento individual y colectivo, con repercusiones tanto en el ámbito biológico como social, que interesa a toda la sociedad, por

su vinculación con el desarrollo económico y social de sus integrantes (Quintero, s. f., citado por Buendía, 1997).

4.3.7 LA CATEGORÍA G: La interacción con iguales.

La interacción con iguales consiste en entender las posibilidades de encuentro, sensibilización y análisis, que un grupo de personas con necesidades, responsabilidades y un quehacer en común tienen, para entender y construir un significado, el cual es atinente a una realidad social determinada, a saber, las necesidades de la salud de las personas adultas mayores ubicada en el Área de Salud de Moravia.

4.3.7.1 Los sentimientos y las expectativas.

Las personas adultas mayores proyectaron con sus respuestas, la necesidad de interactuar con su grupo de pares, de compartir experiencias y de lograr ser escuchadas y tratadas con respeto, con el apoyo y la atención pertinentes de acuerdo con las necesidades en la salud. Criterio que fue compartido por sus familiares o allegados.

4.3.7.2 Las reflexiones.

Como producto de las reflexiones logradas por el personal de salud, en este sentido, la discusión de la temática les facilitó un espacio para la sensibilización, la vivencia, el aprendizaje y el compromiso, en relación con cada una de las necesidades integrales en salud, que poseen las personas adultas mayores y la atención requerida derivada de esta etapa inherente a todo ser humano. Seguidamente, se adjuntan tres relatos de los informantes concretados en los diferentes contextos:

Bueno yo me siento sumamente feliz porque yo, ah, a la mayoría yo nos los conocía ¿Vea?, entonces ahora los estoy conociendo, díay yo veo que aquí esta Dios, que estamos como en una comunidad, ¿Cómo es? Eh... ¿Cómo es?, expresando nuestros, nuestras experiencias tan lindas y que díay eso no se ve todos los días ¿Verdad? y le agradezco mucho a don Sergio que me ha tomado en cuanta a mí, sin yo tal vez, eh, merecerlo, yo le agradezco con mi alma y que Dios me los bendiga a todos ustedes. Muchas Gracias. PAM 6.

Yo por lo consiguiente, aquí hoy me he sentido bien. He tenido una mañana tranquila compartiendo con personas que no había visto aquí pero vemos que estamos pasando por la misma situación cada uno con su mamá, con su esposo con lo que sea, con, con la persona que sea. Este, vemos que tenemos algo en común y darle las gracias a S., que me ha podido traer aquí, disfrutar en este lugar tan bonito aquí en San Jerónimo, compartiendo casi como una familia, gracias. F o A 1.

... Eh, importantísimo el el esa reflexión que hemos hecho hoy. El el unificar o el oír los criterios de los diferentes compañeros, yo creo que todos tenemos este, una orientación muy muy parecida en lo que es la, la atención de los adultos mayores. Sin embargo, este aparte de reflexionar pues también que nos queda la inquietud de que a veces tal vez no es tanto lo que estamos haciendo que hay mucho mucho por hacer por las personas mayores y que lo importante es el aporte de cada uno y el compromiso de cada uno para con esa población que tarde o temprano todos vamos a estar ahí, ¿Verdad?... PS 5.

Las anteriores valoraciones reflejan la necesidad sentida por los informantes de fomentar los espacios de vinculación, diálogo y acuerdos ante una realidad social, en común.

En esta dirección, aunque la realidad de la persona adulta mayor no se encuentra contenida de modo en particular, sino contemplada dentro de un enfoque más global del nuevo modelo de salud integral, el reconocimiento de la coexistencia, la interrelación y la afectación mutua del marco referencial proveniente del saber popular (las experiencias y las tradiciones sobre su realidad); del saber vivencial (la apropiación personal del saber popular, incorporando experiencias de vida) y del saber técnico – científico (la acumulación de la experiencia científica en la salud, validada y reconocida socialmente), constituye la razón por la cual se deben crear

espacios entre los gestores de este, tendiente a permitir la construcción de un nuevo conocimiento en salud, dinámico e integral (Guzmán; et. al., 1997).

4.3.7.3 Las subcategorías emergentes, las sugerencias, las inconsistencias y los retos.

Como emergentes suscitados en la dinámica de discusión de la temática en cuestión, algunos familiares o allegados mencionaron la necesidad de atender las demandas de las personas adultas mayores, más allá de la dimensión física, así como el requerimiento de un personal especializado con el objetivo de atenderlas. Aunado a lo anterior, algunos manifestaron aspectos de trato no preferencial, la actitud deshumanizada y negligente interpuesta por algunos funcionarios del área hacia las personas adultas mayores, el aumento de la población adulta mayor usuaria de los servicios y la necesidad de una mejor infraestructura para propiciar mayor recurso humano. Como un reto emergido entre el personal de salud, se evidenció que el envejecimiento y sus requerimientos derivados de la salud, representan y deben ser una preocupación constante de la sociedad en general, ante esto, los gobiernos de las naciones deben dotar los recursos necesarios, con el fin de lograr un abordaje integral.

Los descubrimientos logrados en esta clase, sugieren desde la perspectiva del nuevo rol de la educación para la salud, la identificación del personal, con los propósitos que pretenden construir la cogestión del desarrollo y el perfil de una cultura de salud, en la comunidad. Al respecto, los niveles locales deben estimular los procesos participativos y reflexivos que empoderen la capacidad y el protagonismo de las personas, para que sean partícipes de su propio desarrollo, de su comunidad y de su país (Guzmán; et. al., 1997).

4.3.8 LA CATEGORÍA H: El significado de atender personas adultas mayores

El significado de atender personas adultas mayores consiste en la coherencia, que debe existir en todo puesto relacionado con la atención de las necesidades de la salud de este grupo etario, entre la representación social o postura que se tenga del proceso del envejecimiento, y la forma mediante la cual son atendidas sus demandas. Comprendiendo que debe mediar un sentimiento tanto de identificación como de disposición para contener desde una óptica humana, integral y solidaria, cada una de sus necesidades.

4.3.8.1 Las apreciaciones.

Las apreciaciones manifestadas por algunos de los funcionarios del área, dejaron al descubierto, que la atención a este sector de la población constituye un reto por la diversidad y complejidad de las demandas. Algunas de las opiniones verbalizadas se refirieron a la sinceridad y la espontaneidad de estos usuarios, por eso experimentaron sentimientos de gratitud por los cuidados ofrecidos, los cuales motivan al personal de la salud a ofrecerles una atención oportuna a sus necesidades, que en algunos casos, obedecen a las necesidades afectivas y de atención. Sin embargo, es latente en otros, la ansiedad introyectada que la condición de persona envejecida les provoca “viejismo o gerofobia”. Actitud expresada en mecanismos defensivos como por ejemplo, racionalizarla o justificarla, como una forma alternativa para resolverla. Se presentan tres relatos exteriorizados por el personal de salud, estos contienen algunas de las ideas planteadas:

... Yo siento que que atender a este tipo de de población es es un reto para nosotros. Porque aunque es una población es una una población o un un grupo muy bonito porque ellos son muy agradecidos no no no vienen exigiendo, o sea es una población en ese sentido fácil de atender. Hay que abarcar una una serie de cosas que no no que es más fácil abarcar en en otra población y volvemos otra vez a a la familia... PS 3.

Bueno, en general tal vez no precisamente aquí, sino cuando yo empecé a trabajar y estaba en el Servicio Social y en el Hospital Geriátrico, yo me acuerdo que yo tenía ¡Un pánico!, a trabajar con adultos mayores, yo le tenía ¡Horror! Porque yo decía ¡Ay Dios mío, tantas enfermedades! Yo sea no sabía como entrarle PS 1.

La verdad, bueno a mí, no es que los vaya a tratar mal ni nada, pero en realidad este si eso es cansado. Son como más este, como más factores negativos, ¿Verdad? En el sentido de que vienen primero con más problemas patológicos ¿Verdad? y después además de eso le agregamos el problema psíquico y además muchos el problema social y además económico porque tal vez no tienen su pensión uno, entonces como que como que se dificulta, al principio, al principio yo más bien lo veía y yo decía hay que pereza, ¿Verdad? porque uno dura los quince minutos, ¿Verdad? PS 3.

En la búsqueda de algunas reflexiones tendientes a proporcionar un mayor significado y trascendencia al trabajo con las personas adultas mayores, se considera que un encuentro o abordaje casual, caracterizado por una comunicación de una o dos vías, que solo proporcione los intercambios de las informaciones, no fundamenta una actitud funcional o una competencia positiva. Por otra parte, el éxito en un abordaje individual o de trabajo en equipo no lo garantiza, el uso o empleo de algunas técnicas o métodos en particular. El quehacer o rol facilitador se encuentra enmarcado en un perfil que garantiza el establecimiento de los vínculos profundos y sólidos, al trascender hasta la esfera de los sentimientos y de la intimidad.

Lo anterior se complementa con la claridad y el agrado por atender o contener las necesidades integrales en su condición de persona envejecida. Al respecto, el proceso de contra transferencia, desde una perspectiva psicoanalítica, la existencia de una conducta prejuiciosa, puede ser

entendida, como producto del temor provocado por la percepción, de manera consciente o inconsciente, del propio proceso del envejecimiento. Este proceso es proyectado en el otro, como una forma para defenderse de la angustia desencadenada por su proceso de saber que se encuentra envejeciendo. Por tal motivo, algunas personas tienden a evitar, al no contacto, a la discriminación, lo que conduce a una limitación yódica (Salvarreza, 1997).

Al retomar las ideas mencionadas, cualquier iniciativa, interés o disposición para atender las demandas de las personas adultas mayores, es entendida como el reflejo de la calidad de ser de aquel que interviene, dispuesto al cambio, al crecimiento, al gusto por la vida...he aquí la condición inicial del arte de la práctica gerontológica (Laforest, 1991).

4.3.8.2 La subcategoría emergente, las limitaciones.

Como emergentes, algunos de los funcionarios se refirieron a las restricciones existentes en el área con el objetivo de ofrecer una atención integral y eficaz, tales como la carencia de los recursos humanos, así como la falta de información en algunos de sus familiares o allegados, quienes en algunas ocasiones, solicitan los requerimientos que escapan a la realidad del personal de la salud. Situación que provoca una sensación de frustración en algunos, al verse imposibilitados en satisfacer sus peticiones. Se presentan dos relatos verbalizados por los funcionarios del área:

... La familia es difícil manejarla, ellos vienen muchas veces exigiendo internamientos y eso, por lo mismo. Porque es un cuidador tal vez que está agotado, que está cansado y que quiere ver como se deshace o o pretende que nosotros, como salud seamos los que le le resolvamos una serie de situaciones que tal vez no está dentro de de nuestro quehacer... PS 3.

... Sin embargo es este frustrante por no poder abarcar todas las las necesidades. Entonces entra uno en una ambivalencia, es un paciente bastante, es es muy bonito atenderlo, pero a la vez es frustrante por todas las limitantes que ya se han mencionado, ¿Verdad? ... PS 2.

Las narraciones citadas limitan la disposición de cierto sector del personal en salud, para mostrar los cambios de actitud favorables en la atención de las personas adultas mayores. Por eso, contradicen los lineamientos establecidos en el nivel institucional, en lo esperado por el equipo y los servicios de salud para el primer nivel de atención en la práctica del nuevo modelo de la atención integral. Derivando las obligaciones para el abordaje en equipo de las necesidades y de los problemas de la salud, no solo de los individuos, sino también de los grupos sociales, incluidos las personas adultas mayores.

Desde esta visión, lo que compete al equipo de salud, es el reconocimiento de los usuarios como actores sociales en la gestión de la salud, incluyendo el trabajo intersectorial y participativo alrededor de la salud. El lo referente a los servicios de salud, es la transición de la práctica en la atención de la salud curativa, a las acciones de promoción y defensa por la vida. Para esto se vela por el cumplimiento de los determinantes de la salud relativos a los factores protectores, la salud y el avance fisiológico; así como a los procesos deteriorantes, los cuales favorecen el desgaste fisiológico, el sobreenvjecimiento, la enfermedad y la muerte (Guzmán; et. al., 1997).

4.3.9 LA CATEGORÍA I: Los comentarios finales.

Por comentarios finales, se entiende todo tipo de verbalizaciones emitidas por los informantes en un proceso investigativo – reflexivo, de tipo

cualitativo, tendientes a sensibilizar, abordar y comprometerse de manera sustancial, con el mejoramiento de una realidad social determinada. Caso concreto, los procesos de atención de la salud, de las personas adultas mayores del Área de Salud de Moravia.

4.3.9.1 Las reflexiones.

Como parte de un proceso analítico de cierre de la etapa dedicada a recolectar la información, el personal de salud consideró que criterios relativos a la pérdida de los valores de la sociedad en general, se encuentran vinculados de algún modo, con el irrespeto a las personas adultas mayores. Asimismo, otros exteriorizaron su deseo por conocer los hallazgos de la presente investigación, para iniciar un trabajo más comprometido con la población usuaria en cuestión, alternado con el cuidado a la formación continua, referente a las necesidades de la salud de las personas adultas mayores. Se anexa un comentario emitido por un funcionario del área al respecto:

... Hoy en día la pérdida de valores ha sido un una forma de de de ver las cosas negativas. Porque, porque se ha visto se ha notado esta esta escasez de valores. Todo lo que un día nosotros recibimos, aprendimos, hoy en día ya no se ven de tal forma de que de que se perdió el respeto hacia estas personas... PS 8.

El análisis de la apreciación anterior, lleva a integrar esta valoración con la visión compartida por el investigador, acerca de la pérdida de los valores que sufre la sociedad actual y que conlleva a un irrespeto a las personas adultas mayores. En este sentido, existe la teoría que plantea como alternativa, la transmisión de los valores auténticos por parte de las personas adultas mayores, como un servicio especial a la sociedad.

La persona adulta mayor, independientemente de su historia personal, puede identificarse de manera positiva o negativa, con su condición de

persona envejecida. Está en sus manos, el proyectar a su entorno una actitud derrotista, resignada, desesperada, amarga o cínica, entre otras. Pero también, posee la opción por decir sí a sí misma y avanzar consciente hacia la madurez, con valentía y dignidad. En este sentido, ***ofrece al ciudadano funcionalista, y estrecho de miras de la modernidad, lo que más necesita: una posición sólida, identidad consigo mismo, comunicación cultivada con los demás y la serena soberanía (Auer, 1997: 235).***

Posición que podría contrarrestar el “efecto cascada”, el cual ha sido producto de asumir determinadas conductas previas, las cuales han moldeado su estructura de la personalidad. Esto por cuanto, en primera instancia, ha compartido toda su vida, una actitud prejuiciosa y discriminatoria hacia los ancianos, esto aparece ahora como una profecía autocumplida. Segundo, porque tal actitud lo ha mantenido ocupado e imposibilitado para ubicarse en el lugar del otro, del viejo que él mismo va a ser, y lo lleva a desconocer la realidad de la vejez (Salvarezza, 1998).

4.3.9.2 Las subcategorías emergentes, el compromiso y las expectativas

Producto del proceso reflexivo descrito en la clasificación anterior, algunos funcionarios tomaron conciencia, que con el asesoramiento de los especialistas en el campo de la gerontología y de otras disciplinas, es al personal de salud al cual corresponde tomar un papel más activo en las acciones de la información, la formación y el acompañamiento constante, dirigido a la sociedad en general, en las temáticas asociadas con los diferentes requerimientos en materia de salud demandada por las personas senescentes. Al respecto, una funcionaria mencionó:

Ahora ¿De qué forma nosotros podemos colaborar, diría yo o o cómo nosotros podemos empezar? Si es cierto que existe la comunidad y existimos también los la salud, los entes de salud y ahora ¿Cuál daría el primer paso? Sabemos que dentro de la comunidad hay un poco de de apatía diría yo ¿Por qué? Porque siempre el adulto mayor hasta hoy se ha visto como como, no en todo lado o no un porcentaje grande pero si ha tenido cierta forma de ser de ser vistos como, como un estorbo. Entonces ellos no tienen esa conciencia, la el el el la comunidad no tiene la conciencia de saber de que de que son personas importantes también. Entonces nosotros como salud yo pienso que nosotros a nosotros nos corresponde tomar la decisión de ver de qué forma cómo lo vamos a hacer, cuándo, para empezar a a a llevar educación a la comunidad. PS 8.

La toma de conciencia y la disposición para generar cambios de actitud favorables, tendientes a atender a las personas adultas mayores, responden a los intereses de la institución para fortalecer la competencia técnica del personal de salud, generando los espacios reflexivos y de análisis en su quehacer, para favorecer y transformar las prácticas de atención de la salud (Guzmán; et. al., 1997).

LAS CONCLUSIONES

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

“La prudencia supera a las demás virtudes, en el mismo grado que la vista supera a todos los demás sentidos”.

Bion

Con respecto al objetivo general 1:

- Existen algunas inconsistencias que evidencian la falta de accesibilidad, oportunidad y pertinencia en la atención brindada por el personal de salud a las personas adultas mayores.
- Algunas de las personas adultas mayores muestran una actitud pasiva – conformista, hacia la prestación de los servicios de atención integral de la salud, no concretando su disconformidad en este sentido, ante el personal de salud.
- Existe ambigüedad en los informantes al percibir la vejez, la cual proyectan en sus vínculos interpersonales.
- Algunos de los informantes poseen una visión negativa del envejecimiento, ligado a las limitaciones, las prohibiciones y las dolencias entre otros aspectos.
- Algunos de los informantes mantienen criterios prejuiciosos en torno al envejecimiento, asociados con la edad, su comportamiento y la apariencia física. Otros los manifiestan en la forma mediante la cual ofrecen los servicios a las personas senescentes.
- Existe una actitud ambivalente por parte de algunas personas mayores en relación con el autocuidado personal, asociado a un desinterés por experimentar los estilos de vida saludables.
- Las personas consultadas mostraron una actitud pesimista tendiente a lograr los cambios de actitud hacia un envejecimiento satisfactorio.

En lo relativo al objetivo específico 1.1:

- Se nota ambigüedad en la atención brindada por parte del personal de salud a las personas adultas mayores.

- Las demandas en la salud manifestadas por las personas adultas mayores y por sus familiares o allegados, están asociadas con algunas dolencias físicas, propias de esta etapa de la vida, otras de ellas exceden las necesidades corporales.
- Existe insatisfacción en algunas personas adultas mayores y de sus familiares o allegados, por la forma mediante la cual éstas son atendidas en el Área de Salud de Moravia y por la falta de información referente a su estado, tratamiento y pronóstico de su salud.

En lo concerniente al objetivo específico 1.2:

- La condición de viudez facilita la participación social femenina.
- Existe falta de recursos tanto humanos como informativos, en torno a las necesidades de las personas adultas mayores en el área de la salud, con el fin de brindar una respuesta integral a cada una de sus demandas.
- Se observa en el núcleo familiar, la presencia de ciertos indicadores de la violencia psicológica, verbal y física, hacia la población senescente.
- Algunos informantes perciben el propio envejecimiento como un acontecimiento remoto.
- Muchos de los familiares o allegados insisten en pretender conservar una imagen rejuvenecida de los padres.
- Existe una actitud ambigua en el hecho de aceptar el envejecimiento de su familiar o allegado persona adulta mayor.

Referente al objetivo específico 1.3:

- Existe interés del personal de salud del área por atender las demandas de las personas adultas mayores derivadas del proceso del envejecimiento. Sin embargo, aspectos vinculados con la no participación en la definición de las políticas, la asignación de

recursos, el espacio físico, formación entre otras, limitan una adecuada atención integral a sus requerimientos.

- Se nota desinterés en la mayor parte de los informantes, específicamente en los contextos personas adultas mayores y familiares o allegados hacia la participación social y en otras actividades, vinculadas a la salud.
- No existe conciencia crítica en los informantes para definir las acciones preventivas conjuntas, tendientes a garantizar la calidad de vida y el bienestar de la población longeva.

Con respecto al objetivo general 2:

- Acorde con el criterio proporcionado por el personal de salud del área, se tiende a confundir las enfermedades de la vejez con los cambios propios del envejecimiento.
- La responsabilidad de la toma de las decisiones e iniciativas relacionadas con la salud de las personas adultas, se le endosa con cierta frecuencia a los demás, caso específico, al personal de salud del área.

Relacionado con objetivo específico 2.1:

- Los procesos en salud dirigidos a las personas adultas mayores en el primer nivel de atención, no representan una prioridad institucional.
- Desde la perspectiva de los familiares o allegados, otros requerimientos no ubicados en el ámbito físico, encuentran poca satisfacción.
- No existe para algunos de los familiares o allegados una adecuada sistematización de los procedimientos, en la prestación de los servicios.
- Prevalece un enfoque biólogo en el abordaje de la atención de la salud a los usuarios senescentes.

- Las personas adultas mayores muestran preferencias por las actividades religiosas, sociales, de ocio, de ejercicio físico y de salud.
- La población consultada reitera la necesidad de contar con vínculos con homólogos; y hacerlos partícipes en los asuntos relativos a la atención integral de las necesidades de la salud.
- La experiencia vivida por los informantes del contexto familiar o sus allegados, les permitió la comprensión y el compromiso para abordar integralmente cada una de las necesidades de la salud, de las personas adultas mayores.

En lo vinculante al objetivo específico 2.2:

- Urge ajustar el modelo de la salud integral, a la población usuaria adulta mayor.
- Entre las necesidades de la salud no físicas manifestadas por las personas adultas mayores, se encuentran la interacción con sus iguales y sentirse apoyados.
- Entre los principales recelos a la vejez expresados por los informantes, figuran los cambios físicos - mentales implicados, la carga social y la desvinculación del seno familiar. Además, no poder relacionarse con los otros, la pérdida de autonomía física y la soledad, sentimientos que impulsan a unos a relacionarse con los otros, o a mostrar la necesidad del contacto físico.
- Hay temor en algunos de los informantes a experimentar la soledad emocional – social.
- La interacción social se convierte en un escenario donde confluyen los conocimientos, los sentimientos, las actitudes y las vivencias, las cuales permiten la sana convivencia familiar de todos sus integrantes, incluidas las personas adultas mayores.
- Los programas de formación e información continua en torno a las necesidades biopsicosociales figuran entre las estrategias y esfuerzos

conjuntos de la colectividad, con el objetivo de recuperar el respeto, la valía y el cuidado oportuno a las personas adultas mayores.

- La participación de las personas adultas mayores en el área, así como la de sus familiares o allegados es de sumo provecho, no solo para comprender sus derechos, obligaciones como a facilitar un mejor trato y convivencia familiar, con los demás miembros del núcleo familiar y el personal de salud.
- De acuerdo con el marco referencial proporcionado por los familiares o allegados, existe una amplitud de opciones, las cuales van más allá del ámbito físico, que actúan como requerimientos latentes para las personas longevas, a satisfacer su necesidad vital de integración y vinculación social.
- Las actividades lúdicas como ocupacionales simples mantienen a las personas de edad avanzada, ocupadas y vinculadas a su medio social.
- Entre las estrategias planteadas por algunos de los familiares o allegados para fomentar la calidad de vida y mantener a las personas adultas mayores vinculados a la sociedad, se destacan: las actividades de salud integral tanto físicas, religiosas como mentales.
- Entre las expectativas que depositan las personas adultas mayores en el personal de salud del área, para concretar la satisfacción de sus necesidades de la salud, figuran la necesidad de contar con vínculos con iguales y a la vez, poseer la oportunidad de ser tomados en cuenta.
- Existe una necesidad de determinación requerida por las personas adultas mayores, no solo de sus familiares sino del personal de salud, recurriendo algunas veces, a llamar la atención con dolencias físicas o emocionales, como una forma de solventarla.

De las conclusiones anteriormente expuestas, puede inferirse que la percepción de los informantes relacionada con los procesos de atención de la salud brindada a las personas adultas mayores en el Área de Salud de

Moravia, es ambigua. En los hallazgos se proyectan algunas inconsistencias que no favorecen, tanto la participación activa como la cogestión en salud, de todas las partes implicadas en el proceso; en la cual, se ven coartadas algunas de las iniciativas, así como las oportunidades, la accesibilidad y la equidad necesarias en los usuarios, para lograr una adecuada atención integral e integración social. Situación que asociada a la existencia de un significado negativo de la vejez, no contribuye a consolidar en las personas como en los diferentes grupos en que se encuentran incorporados, una visión positiva del envejecimiento. Por tal motivo, a continuación se presenta una propuesta que se deriva de los hallazgos de la investigación, la cual le asigna la responsabilidad compartida al Estado – Sociedad, al Área de Salud de Moravia, al contexto familiar y a la persona adulta mayor, como elementos sustanciales de un enfoque sistémico, cogestionarios del bienestar integral en la atención de las necesidades de la salud de las personas envejecidas, de reorientar los servicios, promocionando nuevas estrategias en la educación de la salud, para obtener así, mejores estilos de vida saludable y por ende un envejecimiento activo.

ESQUEMA No 7
PROPUESTA DEL BIENESTAR INTEGRAL EN LA ATENCIÓN DE
LAS NECESIDADES DE LA SALUD DE LAS PERSONAS ADULTAS
MAYORES, ÁREA DE SALUD DE MORAVIA, 2005.

Estado - Sociedad

- Cumplimiento del Plan Nacional de Desarrollo en Salud para PAM, adquirido con la OMS, OPS; con la asignación de los recursos respectivos.
- Mayor comprensión de la colectividad en relación con los cambios en torno al envejecimiento, logrados por adecuados procesos sistematizados de información - formación.
 - Desmistificación de los mitos y estereotipos en torno a la vejez.
- Creación de una cultura nacional tendiente a favorecer la atención integral a las necesidades de la salud de las PAM.

Área de Salud de Moravia

- Incentivar la identificación del personal con el nuevo modelo de la salud.
 - Desmistificación de los mitos y estereotipos en torno a la vejez.
- Abrir los espacios de encuentro en el nivel comunal con los usuarios PAM y sus familiares o allegados, en la co-gestión de la salud.
- Seguimiento a la sistematización del Plan de Atención Preferencial al Adulto Mayor.

Contexto familiar

- Comprensión de la familia en relación con los cambios de conducta en torno al envejecimiento logrados por los adecuados procesos de información - formación.
 - Desmistificación de los mitos y estereotipos en torno a la vejez.
- Aceptación de su familiar o allegado como una persona adulta mayor envejecida.
- Estimular los espacios de la convivencia familiar en la integración y la vinculación social.

Persona adulta mayor

- Estimular iniciativas en la responsabilidad personal del autocuidado.
 - Desmistificación de los mitos y estereotipos en torno a la vejez.

LOS COMENTARIOS – LAS OBSERVACIONES

CAPÍTULO VI

LOS COMENTARIOS Y LAS OBSERVACIONES

“Sólo cuando aprendemos a amar en serio lo que somos, seremos capaces de convertir lo que somos, en una maravilla”.

J. L. Descalzo.

La vivencia del proceso desde el punto de vista teórico-metodológico.

¿Qué aprendí? La importancia y el impacto del trabajo en la población adulta mayor.

Con respecto al aprendizaje logrado en el presente estudio, son innumerables las enseñanzas adquiridas, desde la perspectiva de las personas, muy especialmente, las asociadas a las personas adultas mayores, objeto - sujetos de estudio de esta investigación. Tales ilustraciones se pueden concretar en la visión humana que éstas anteponen, por cada uno de los detalles acontecidos a su alrededor, por la vida misma, por su posición ante sus iguales, su mirada ante el camino recorrido y en algunos casos, la integración realizada de todos sus episodios, experiencias, afectos y actitudes interpuestas, legados a las nuevas generaciones, como una etapa previa para su encuentro con la muerte y emprender así, el vuelo supremo que los unirá con el universo.

En lo que referente propiamente a los hallazgos adquiridos en esta investigación, aprendí; no obstante, al crecimiento acelerado de la población adulta mayor, que las necesidades en salud de estas personas, en el sistema de seguridad social del país, no son una prioridad, por tal razón, no existe la voluntad política, el apoyo económico ni logístico adecuado, para contener y satisfacer de manera adecuada, las demandas asociadas por los usuarios.

Ligado a lo anterior, no existe conciencia ni voluntad por parte de las personas adultas mayores, de sus familiares o allegados para generar los cambios de actitud relacionados con el autocuidado personal. Demandando una atención remedial a sus dolencias y no ejerciendo programas de educación tendientes a permitir contar con una intervención preventiva que a futuro, les evitaría sufrimientos innecesarios a algunas de las personas longevas. Aunado al desaprovechamiento óptimo de los recursos existentes, los cuales podrían ser aprovechados en otro tipo de necesidades de la salud. Fenómeno que se ve reflejado en el desconocimiento, asociado con los cambios que conlleva el envejecimiento, a las dolencias propias de la vejez y a una adecuada comprensión de los tipos de tratamiento y pronósticos logrados. Lo anterior, debido entre otras razones, por un lado, a la falta de formación e información, dirigida a los usuarios por parte del área de salud. Por otro, al poco interés mostrado por las personas envejecidas a informarse, a vicios innecesarios en unos usuarios y necesarios en otros, de atención en la consulta y al depósito de la responsabilidad del estado de salud de las personas longevas, ya sea por ellas mismas, por sus familiares o allegados, en el personal del área, en las entidades sanitarias, entre otros.

Por otra parte se asimiló, que la autoimagen personal de la persona adulta mayor adquiere un significado producto de los mitos y estereotipos existentes en la sociedad, que no le permiten lograr el respeto, la consideración y la determinación como personas valiosas, en el contexto social. Por lo tanto, es urgente una resignificación del concepto de la persona envejecida.

Además, que existe negligencia por parte de muchos sectores de la sociedad costarricense, para hacer valer los derechos y los deberes innegables a las personas adultas mayores.

Las limitaciones teóricas.

No existen suficientes lineamientos teóricos, en el nivel nacional o regional, específicos sobre el tema, esto limitó en parte, el proceso de la sistematización teórica de la información. Sin embargo, la selección de otros enfoques teóricos y experiencias vinculantes, desde una perspectiva sistémica y cognitiva, contribuyeron a fortalecer y a validar el tratamiento de la información, con cada uno de los hallazgos obtenidos.

El aprendizaje del proceso construido ¿Cómo lo aprendí?

En un principio, el aprendizaje del proceso construido se obtuvo, realizando con destreza las debidas coordinaciones, tanto con las personas encargadas en el nivel institucional, como con cada uno de los informantes.

Seguidamente, se planificaron las diferentes actividades en los contextos y en los lugares indicados.

En el proceso de recolectar la información, se respetó en todo momento, el pensar y el sentir de los informantes, en los registros de los datos. Para hacerlo efectivo, se organizó el material, ordenándolo según cada fase, procedimiento y actividad. Lo anterior, sin obviar los nuevos emergentes aflorados de manera casual, discriminando la información recurrente, validando la información mediante la técnica de la triangulación y como parte de la fase final, procediendo a realizar la devolución de los hallazgos a las personas participantes.

El método seleccionado, ¿fue el más adecuado? Sí / no ¿Por qué?

Después de un proceso reflexivo y analítico, se tomó conciencia de que el tipo de estudio del tema en cuestión, requirió dada su naturaleza, el

abordaje de la metodología cualitativa, esta obligó a la descripción de los datos tal y como lo manifestaron los informantes, recopilando sus propias palabras, sentimientos y visión de la realidad. Disposición asociada a la observación de sus conductas, contextos y propia cultura, sin que mediara ningún tipo de tendencia o juicio de valor, el cual pudiera alterar o variar su entorno. Lo anterior sin obviar, la responsabilidad compartida que poseen las personas participantes con el investigador, de la participación activa en la elaboración del conocimiento.

En el proceso constructivo de la investigación, se siguió un abordaje holístico, inductivo, recurrente y analítico para el enlace de las ideas, los sentimientos y las demás apreciaciones de las personas participantes, partiendo para esto, de cada uno de los emergentes. También desde el mismo momento de la llegada al campo, como en el proceso recolectivo de la información y salida del mismo, se intentó interactuar con las personas adultas mayores, los familiares o allegados y con el personal de salud de una manera natural, humana, cálida y espontánea, donde cada aporte se consideró respetado, valioso, digno de ser objeto de análisis de estudio.

La valoración de las técnicas empleadas? ¿Se adecuaron las técnicas al tipo de investigación y de los informantes en todos los contextos?

Se considera que las técnicas seleccionadas, tanto la técnica de la entrevista grupal, como la técnica del grupo focal, se adecuaron a los objetivos de la investigación. Lo anterior por permitir formular las preguntas o los ejes que respondían al objeto de estudio y que dieron lugar, para indagar sobre otras inquietudes emanadas en la misma dinámica del proceso. Sin embargo, para posteriores estudios, se recomienda la aplicación de otros recursos de tipo proyectivo, tales como: el análisis de los casos, la historia de la vida, el test de las frases incompletas o los recursos de imágenes o fotografías de las situaciones coherentes con el tema. Lo

anterior con el propósito de minimizar o contrarrestar la posible emergencia de algunos mecanismos defensivos, tales como el de la negación, la justificación, la racionalización, entre otros; que mediaron en parte, para conocer de forma más transparente, el sentir de los informantes, especialmente el de las personas adultas mayores. Entre los razonamientos que mediaron podrían citarse, su bajo nivel y formación académica, los aspectos asociados a su personalidad o el temor quizá, a algún tipo de represalia que se desencadenara en el futuro y pusiera en riesgo el trato, la atención adecuada o la discriminación a sus necesidades de la salud, por parte del personal del Área de Salud de Moravia.

La vivencia del proceso desde el punto de vista personal.

La selección del tema y del contexto físico donde se lleva a cabo.

La selección del tema a investigar, fue un proceso difícil. No sólo por la necesidad existente en esta disciplina de generar constantemente los lineamientos teórico – prácticos, en relación con la realidad integral de las personas adultas mayores, sino también, por el abanico de intereses en el rol del investigador por lograr un acercamiento y una mejor comprensión de la temática propia de las personas longevas. Se considera que las aproximaciones brindadas en el curso de investigación I y que al menos en la formación académica, que pretendían precisar la elección del tema, obedecen a un planteamiento precoz y subjetivo de los docentes y por lo tanto debe posponerse este objetivo, hasta que el estudiante haya cumplido con otros cursos tendientes a permitirle obtener una visión y un proceso decisorios más asertivos de la realidad por estudiar. En el presente caso, producto del curso de Osteoporosis, quedó la motivación por investigar el tema de la fractura de la cadera. Sin embargo, después de efectuar algunas consultas sobre la viabilidad para realizar la investigación y las facilidades para definir el contexto, aspectos relacionados con los intereses personales,

de lucha de poder, externos a la Maestría, obstaculizaron este primer intento, reto que se deja planteado para las investigaciones posteriores. Sin embargo, después de un ejercicio de lluvia de ideas y consideración de las posibilidades, permitió al investigador concretar, definir e identificarse con el tema en cuestión. Decisión que no será revocada por el investigador, mientras viva.

Se considera oportuno resaltar el apoyo encontrado en la Dra. Seidy Arce Castro, Directora del Área de Salud de Moravia, para la realización del estudio. Partiendo que como usuario de esta área de atracción e hijo del cantón de Moravia, motivaba al investigador a generar un producto que beneficiara en primera instancia, a las personas adultas mayores de esta comunidad y posteriormente, hacerlo extensivo a otras personas en condiciones homólogas.

La selección del equipo asesor.

En lo referente a la selección del equipo asesor, la dinámica suscitada, generó un gran aprendizaje. En primera lugar, se considera que no se debe de seleccionar a los docentes a quienes no interese el tema gerontológico, ni mucho menos, a otros cuya carga laboral no les permita el tiempo suficiente para asumir con responsabilidad el rol asignado. Además, debe la Maestría contar con el presupuesto mínimo necesario, para retribuirles de forma económica su trabajo. Razón por la cual, sin desestimar la disposición, el tiempo, buena voluntad y la entrega del equipo asesor, hubo algunas dificultades que obligaron a realizar algunos ajustes en la nómina del mismo. Por lo demás, se agradece y se siente satisfacción con los aportes recibidos, por cada uno de ellos.

El compromiso adquirido.

El compromiso adquirido producto de la realización de cada una de las etapas del proceso investigativo, giró en torno a contribuir con los hallazgos obtenidos, a hacer valer los derechos de cada una de las personas adultas mayores, asociadas con la satisfacción de sus necesidades de la salud, no sólo en su condición como personas integrantes de una comunidad o área de atracción, sino también, por los derechos inherentes a los beneficios que les cubre el sistema de seguridad social; además, la mayoría de ellos o sus familiares, pagan en forma directa o indirecta a la Caja Costarricense de Seguro Social. Asimismo, se ha incorporado la responsabilidad de generar mayor conciencia social, en relación con el requerimiento de empoderar a la población adulta mayor, para instarla a participar más, en todas y cada una de las decisiones relativas a su estado de salud y calidad de vida en el Área de Salud de Moravia. Finalmente, a contribuir y orientar los esfuerzos pertinentes, con el propósito de que el Área de Salud de Moravia desarrolle iniciativas tendientes a educar e informar a través de distintas instancias, a las personas adultas mayores y a sus familiares o allegados, en temas relativos con el envejecimiento, para propiciar mayor comprensión de la realidad existencial de éstos, a mejorar la calidad de la atención ofrecida, a minimizar los mitos - estereotipos que existen en torno a la vejez y a la vez, generar espacios de convivencia, interacción y vinculación social tanto intra como intergeneracional, que contribuyan a valorar su condición de personas y mejores estándares de estilos de vida saludables.

La complejidad del proceso vivido.

Llevando a cabo una remembranza del camino recorrido en el proceso, viene a la memoria, la llegada y la vivencia dentro del grupo de Formación Continua del Área de Salud de Moravia, al cual se asistió por espacio de un semestre. Una vez superada la etapa de introducción y

desarrollo, uno de los integrantes del equipo asesor, cuestionó de manera crítica al investigador, la selección de los posibles informantes dentro de este grupo, quienes en su mayor parte son usuarios de esta Unidad Clínica, por presentar problemas de salud relacionados con la hipertensión. Razón por la cual el investigador, con previa justificación a los integrantes del mismo, decidió replantear la escogencia de los participantes, por considerarse que entre los miembros de la agrupación, no estaban representadas todas las necesidades de la salud de las personas longevas adscritas al área. Sin embargo, como aprendizaje y contribución para el crecimiento personal, se obtuvo la oportunidad de compartir con un grupo de personas adultas mayores; de interactuar con éstas en varias sesiones de información - recreación y se establecieron recíprocamente lazos afectivos de unos y otros, con la aceptación de éstos, como un miembro más del grupo.

La autocrítica.

Como autocrítica, se debe aceptar algún nivel de resistencia por cumplir a un plazo definido, con cada una de las etapas investigativas, incluida la elaboración del informe final. Asociado con una actitud perfeccionista y un tanto ambiciosa al seleccionar a los miembros del equipo asesor. Este constituye un “**equipo de lujo**”; así como la actitud comprometida del investigador manifestada en la recolección, el tratamiento y la validez de los datos, que prolongó el plazo para finalizar el documento y la presentación de los resultados. Este motivo produjo satisfacción, pues siempre se ha pensado que tanto la culminación del programa de estudios de esta Maestría, como también la culminación investigativa, no solo constituye obtener un título más sino obedece a un plan de vida, el cual se ha abrazado con tenacidad, esfuerzo y compromiso social.

Los temores.

Entre las aprehensiones suscitadas en el proceso de la investigación vivida, emergieron temores asociados con la posible dificultad que antepusieran algunas de las personas informantes seleccionadas, en los tres contextos para colaborar. Situación que en algún momento se presentó, no obstante fue negociada con un valor agregado para ambas partes. Ya fuera acomodando los horarios a la conveniencia de los informantes o esperando el momento adecuado para llevarlas a cabo. Otro temor también giró alrededor del contexto propio de las personas adultas mayores, el cual debido a su edad y a su condición de salud, podían en algún momento enfermarse. Desafortunadamente, un participante enfermó y debió ser hospitalizado, reprogramando la sesión para el momento cuando estuviera recuperado.

Las incertidumbres.

Se presentaron dos experiencias que marcaron un momento de crisis verdaderamente angustiante, en el transcurso de las fases metodológicas del presente estudio. La primera, representó la decisión inminente de liberar de la responsabilidad como profesora consejera, a la primera directora de esta tesis. Lo anterior por presentar situaciones tales como: excesiva carga académica, dificultades de horarios, bloqueos en la comunicación, los cuales no permitieron un contacto personal con ella, por seis meses. La segunda, la imposibilidad de contar con una participante en el contexto de los familiares o de los allegados en la técnica de grupo focal, por la enfermedad de su esposo. Situación que obligó a realizar un ajuste con otra informante quien reunía todas las condiciones requeridas en los criterios de la selección.

Las esperanzas.

Una vez finalizado el presente estudio, deja como resultado un sentimiento de satisfacción, por haber tenido la oportunidad de contribuir con las siguientes causas:

- Al bienestar de las personas adultas mayores, usuarias del Área de Salud de Moravia, de manera en particular, a lograr que las demandas requeridas más allá del ámbito físico, les sean satisfechas a corto plazo en equidad, accesibilidad y oportunidad.
- A generar un proceso de reflexión – sensibilización continuo en los ocho familiares o allegados, quienes participaron como informantes acerca de la importancia de fomentar un mayor acercamiento, integración, comprensión hacia las personas adultas mayores y a generar una mayor participación social más activa en el área, en cuanto a definir las estrategias pertinentes para atender las necesidades de la salud de sus familiares o allegados, personas adultas mayores, extensivo a otros miembros de la comunidad.
- A generar en el personal de salud de esta Unidad Clínica, una mayor disposición para comprender, atender y contener de manera más humana, asertiva e integral, cada una de las necesidades de la salud en las personas longevas. Este propósito fue cristalizado en la elaboración conjunta del personal del área, con la implementación del “Plan de Atención Preferencial al Adulto Mayor”, el cual se viene aplicando en enfermería a partir del mes de febrero del 2005; y en los otros servicios, desde marzo del presente año, previa firma de acuerdo con la Dirección Médica del área y la Gerencia de Pensiones de la C. C. S. S. (ver anexo N° 7). Así como a estimularlos para que continúen con la innovación y la ejecución de otras iniciativas redundantes en el bienestar de los usuarios, personas adultas mayores.

- A procurar un insumo tendiente a permitir a otros profesionales dentro y fuera del ámbito de la Gerontología, a continuar con un proceso de investigación que propicie mayor conocimiento de la realidad integral de las personas adultas mayores.

Los ámbitos o ejes investigativos que pueden continuarse a partir del presente estudio.

Entre los ejes de investigación que pueden derivarse de este estudio, se encuentran:

- Los relacionados con la definición de las nuevas políticas de salud integral, las leyes, los reglamentos y las normativas tendientes a concretar mejores niveles de atención a las personas adultas mayores.
- La sistematización de experiencias de conformación de los equipos interdisciplinarios en salud, relacionados con las visitas domiciliarias dirigidas al primer nivel de atención EBAIS.
- Las temáticas relacionadas con la vejez saludable, en las áreas del autocuidado, la nutrición, el ejercicio físico, la recreación, la salud mental, la espiritualidad, la sexualidad, el plan de vida, la administración de los recursos económicos, entre otros.
- El abordaje terapéutico individual – grupal para asimilar el proceso del envejecimiento y de los factores asociados.
- Las experiencias compartidas entre el personal de salud del primer nivel de atención, (extensivo a otros niveles) con las personas adultas mayores y sus familiares o allegados en los programas tendientes a fomentar mayor conciencia y participación social.

- Las experiencias de la convivencia intergeneracional para desmitificar los mitos y los estereotipos en torno a la vejez.
- Las experiencias en gerontofobia.
- Las experiencias en vejeismo.
- El trabajo en equipo con el personal de la salud con el objetivo de brindar la atención integral relacionadas con las necesidades de la salud en las personas adultas mayores.
- Las experiencias en gerotranscendencia.

Las tareas pendientes en el nivel de concreción de las políticas nacionales.

Las recomendaciones para el Ministerio de Salud

Entre las tareas pendientes en el nivel de concreción de las políticas nacionales, se derivan entre las recomendaciones por desarrollar para el Ministerio de Salud, mayor nivel de fiscalización y de sanción personal o jurídica, relacionada con la negligencia o el dolo por el no cumplimiento de las políticas, las leyes, los reglamentos y las normas enmarcadas en el proceso de Reforma del Estado del Sector Salud. Situación que no garantiza hasta la fecha, de manera óptima, la implementación del modelo integral de salud, dirigido a las personas adultas mayores, atendiendo sus demandas, donde se observan carencias económicas, para procurar mejorar la infraestructura en todos los niveles de atención, es fundamental promover la asignación de más recursos humanos, técnicos o materiales para el desarrollo de la investigación, la docencia y la extensión de los programas, que se establezcan estrategias asertivas para la resolución de los problemas organizacionales vigentes y al mismo tiempo se estimulen mayores niveles

de participación social en los usuarios. Así mismo, concretar en la práctica la esperada reorientación de los servicios de la salud en el primer nivel.

La caja Costarricense de Seguro Social, para el primer nivel, segundo nivel y tercer nivel atención.

En lo que referente a la C. C. S. S., abrir espacios de participación social para definir conjuntamente los programas y demás acciones relacionadas con la salud integral y dirigida a la población adulta mayor. Así como dotar mayores recursos humanos, económicos, de infraestructura, materiales y equipo, para posibilitar de una manera óptima, la implementación de las políticas, las leyes, los reglamentos y las normas relativas a garantizar los indicadores estipulados en los compromisos de gestión para el primer, segundo y tercer nivel de atención. Lo anterior, sin dejar de apoyar la formación de profesionales en el nivel de pre-grado como en postgrado, tendientes a satisfacer a corto – mediano plazo, las demandas de la creciente población senescente del Área de Salud de Moravia y de las otras áreas de salud del país. Lo anterior con el propósito de trascender el modelo biologista vigente, dando énfasis a la promoción de la salud, en lo que respecta a generar cambios de conducta en las personas, cambios del ambiente de apoyo y protección social y una educación en salud que garantice un envejecimiento activo.

El papel del gerontólogo desde la universidad.

En lo relativo al papel que debe ejercer el profesional en Gerontología desde la universidad, está comprendido en su rol, la realización de los diagnósticos sistemáticos, en relación con el ambiente social y las necesidades integrales de la población adulta mayor costarricense e impulsar programas de estudios, los cuales satisfagan las demandas y expectativas de este grupo etario. Así, como abrir espacios para compartir experiencias exitosas con homólogos y con otros profesionales de otras

disciplinas afines, con el propósito de promover, divulgar, integrar y desarrollar esfuerzos y recursos tendientes a dar seguimiento a las investigaciones o experiencias, las cuales requieren ser retomadas e impulsar otras iniciativas derivadas de éstas, en todas las áreas de salud del país.

El papel del gerontólogo en la sociedad.

Como parte de la responsabilidad social asignada al gerontólogo en la sociedad, se encuentra la formación e información desplegada a la población en general, relacionada con los cambios asociados al envejecimiento. Lo anterior permite una mejor comprensión, atención de los requerimientos asociados en su condición de personas envejecidas. Así, como fomentar las estrategias para aceptar e integrar a la persona adulta mayor en la sociedad costarricense. Sin dejar de estimular por un lado, el empoderamiento de las personas adultas mayores, para crear conciencia de la importancia de la participación social en los asuntos propios a su realidad y a su bienestar social. Por otro, lograr establecer tácticas en todos los ámbitos (políticos, económicos, educativos, religiosos, culturales, entre otros) para minimizar los mitos y los estereotipos asociados a la vejez. Finalmente, luchar por el surgimiento de programas de acción comunitaria, con la ayuda estatal y de la empresa privada. En relación con esta última, establecer las estrategias pertinentes con el Ministerio de Hacienda, para que sus aportes sean deducidos del pago de las obligaciones con el Estado, que permitan así dotar de los insumos necesarios para atender y garantizar el bienestar integral a las personas adultas mayores. Dando prioridad a las más desprotegidas, sin desatender a otras que requieren también la atención a sus necesidades, que no sean estrictamente, las de índole económica.

La participación del gerontólogo en equipos inter, multi y transdisciplinarios.

La participación del gerontólogo en los equipos inter, multi y transdisciplinarios es de suma importancia, pues a partir de la especificidad de cada disciplina implicada y de su aporte, fundamenta el lenguaje diferente (Laforest, 1989). Sin embargo, en la construcción de su realidad social, el envejecimiento adquiere en códigos y significados fundamentales la óptica universal, hasta el punto de trascender lo específico de los objetos formales particulares y de los correspondientes métodos para llegar a un lenguaje común, libre de estigmas o prejuicios con el objetivo de lograr contrarrestar sus efectos, en procura de su bienestar y de un mejor entendimiento.

En este sentido, la variedad del léxico empleado, no constituye la mayor dificultad en este punto. En la comunicación cotidiana, los vocablos se cargan de significado que la realidad cobra para quien los emplea. Al seguir los postulados de los teóricos de la comunicación, resulta indispensable discernir, que la palabra, no abarca solo los vocablos en sí utilizados o su discurso, sino todo lo que en su existencia le asigna sentido, para sí, como para él o los otros. De este modo, la comunicación no atañe únicamente a las palabras intercambiadas, sino a la elaboración y a la circulación de los significados, o sea al código lingüístico no verbal (Desserprit, 1977, citado en Laforest, 1989).

Por lo tanto, se recomienda a los colegas, tomar juntos mayor conciencia y compromiso del rol tanto real, como del asignado socialmente, del espacio como de las restricciones, para lograr un trabajo en equipo. Donde se respete no solo, el abordaje como los aportes particulares de cada disciplina, sin desestimar las contribuciones que se pueden lograr con la interrelación o interdependencia de las posturas conexas y de los métodos. Lo anterior permite beneficiarse del legado interpersonal, producto de la discusión, el análisis y la integración constantes, en el tratamiento del

proceso paulatino, diverso, multicausal y multidimensional del envejecer, desde una perspectiva más humana, holística e integral, acontecimiento del cual sólo la gerontología no puede dar respuesta.

BIBLIOGRAFÍA

CAPÍTULO VII

BIBLIOGRAFÍA

- Arce, S. (2001). *Plan estratégico Área de Salud de Moravia*. Curso Gerencia y Planificación Instituto Centroamericano de Administración Pública San José.
- Arce, S. (2001). *Diagnóstico de clima organizacional Área de Salud de Moravia*.
- Ávalos, A. (2005). *Hospitales, clínicas y ebais andan cada uno por su lado*. Periódico La Nación. Artículo publicado el 12 de setiembre del 2005. Sección Sociedad y Servicios, p. 5 A.
- Auer, A. (1997). *Envejecer bien. Un estímulo ético – teológico*. Barcelona. Editorial Herder S. A.
- Barrantes, R. (2001). *Investigación: un camino al conocimiento, un enfoque cuantitativo y cualitativo*. San José. EUNED.
- Bisquerra, R. (1989). *Metodología de la investigación*. Barcelona, Ediciones CEAC.
- Brenes, A. (1986). *Estructuras médico sociales a favor de las personas de edad en Costa Rica*. Colombia: Comisión No 8. Conferencia Latinoamericana de Gerontología
- Buendía, J. (1997). *Gerontología y salud*. Madrid, España Editorial Biblioteca Nueva, S. L.

- CCSS. (1999). Bases del Sistema Nacional de Salud y Proceso de Modernización *Curso especial de posgrado gestión local de salud*. San José, C.R. Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social (EDNASSS).
- CCSS. (2000). *Compromiso del área de salud 2001*. Título Segundo: De Producción en Salud con Calidad Artículo Noveno.
- CCSS. (2004). *Pao –presupuesto 2005. Área de Salud Moravia*.
- CCSS. (2001). *Plan de atención a la salud de las personas. p. a. s. p. 2001-2006*.
- Campos, M.; Céspedes, A. (1982). *Factores de riesgo asociados a sentimientos de soledad en personas ancianas del cantón de Coronado*. Tesis para optar por el grado de licenciatura en Psicología, Escuela de Psicología Universidad de Costa Rica.
- Castellanos, P. (1991). *Proyectos: sistemas nacionales de vigilancia de la situación de salud según condiciones de vida y del impacto de las acciones de salud y bienestar*. OPS-OMS.
- Corazzari, G.; Taylor, F. (1998). *La problemática del abuso en el seno familiar de adultos mayores asistentes a los centros de atención diurnos de Pavas*. Tesis para optar por el grado de licenciatura en Psicología, Escuela de Psicología Universidad de Costa Rica.
- Costa Rica Leyes Ley No 7935 (1999). *Ley integral para la persona adulta mayor*.
- Cruz, L. (2000). *Participación de los adultos mayores en la construcción de un plan institucional de gestión del riesgo*. Tesis para

optar por el grado de magíster en Gerontología, Maestría en Gerontología Universidad de Costa Rica.

- Delton. C. (s. f.). *El envejecimiento y el desarrollo en América Central*. Instituto de Estudios Sociales en Población – IDESPO, Universidad Nacional, Costa Rica.
- De la Rosa, E. (1986). *Estructuras médico sociales para el fortalecimiento de las personas de edad, Colombia*. Conferencia Latinoamericana de Gerontología. Bogotá, Colombia.
- De Souza, M. (1997). *El desafío del conocimiento: investigación cualitativa en salud*. Buenos Aires. Lugar Editorial S. A.
- Fernández, M. (1995). *Introducción a la investigación cualitativa*. Revista Actualización 1(2).
- García, V. (1990). *La mortalidad y características socioeconómicas de la tercera edad. informe final del estudio experimental efectuado en los cantones de Puriscal y Coronado*. Oficina de Publicaciones de la Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.
- Gutiérrez, L. (1999). *El proceso de envejecimiento humano: algunas implicaciones existenciales y para la prevención*. Revista Papeles de Población 19:125-147.
- Guzmán, A.; et. al (1997). *Atención integral en salud modulo 3*. (Documento técnico).
- Hidalgo, J. (2001). *El envejecimiento: aspectos sociales*. San José, C. R. Editorial Universidad de Costa Rica.

- Hidalgo, J. (1994). *La sociología y el envejecimiento*. Revista Impacto Social 1:17-19.
- INEC. (2001). *Ix censo nacional de población y v de vivienda del 2000*. San José Costa Rica.
- Jaramillo, A. (1993). *Salud y seguridad social*. Costa Rica EUNED.
- La Gaceta Decreto No 19276-S (1989). *Reglamento general del sistema nacional de salud*. Artículo No 2
- Laclé, A.; García, C. (1990). *Factores asociados a la mortalidad en la tercera edad*. Publicación OPS Serie: Salud del Adulto Págs 156-185.
- Laforest, J. (1991). *Introducción a la gerontología. el arte de envejecer*. Barcelona. Editorial Helder S. A.
- Leitón, P. (2005). *Banco central sube pronóstico de inflación de 10% a 12.7 %. revisión de metas económicas para 2005-2006*. Periódico La Nación. Artículo publicado el 30 de julio del 2005. Sección Economía, p. 25 A.
- Loáiciga, M.; Radan, A.; Ramírez, T. (1980). *Funcionamiento intelectual y emocional del anciano a través de la prueba de Rorschach*. Tesis para optar por el grado de licenciatura en Psicología, Escuela de Psicología Universidad de Costa Rica.
- López, F.; Olazábal J. (1998). *Sexualidad y vejez*. España. Editorial Pirámide.
- Martín – Baró, I. (2000). *Acción e ideología psicología social desde Centroamérica*. El Salvador UCA Editores.

- Ministerio de Salud de Costa Rica (2004). *Memoria institucional administración 2003*.
- Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (1990). *La población de la tercera edad en Costa Rica. serie: empleo 3-90*. San José, Costa Rica.
- Naciones Unidas (1982) Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento Viena, Austria. *Plan de acción internacional de Viena sobre el envejecimiento*. (Reproducción mimeografiada).
- Naciones Unidas (1992) Políticas Integrales para las Personas Mayores en el Área Iberoamericana. *Declaración de Cartagena de Indias*.
- Obando, X. (1990). *La población de la tercera edad en Costa Rica*. San José: Dirección de Planificación del Trabajo.
- Pan American Health Organization ; World Health Organization (1990). *A profile on the elderly in Costa Rica. technical paper no 29, Washington, U. S. A.*
- Pérez, G. (2000). *Modelos de investigación cualitativa en educación social y animación sociocultural*. Madrid. Ediciones Nascea.
- PNUD (1998). *Informe sobre desarrollo humano Honduras: por un desarrollo incluyente., caminando hacia el desarrollo humano*. Publicación seriada. Volumen 1 - 2.
- Programa Centroamericano de Población (PCP 1998). *Estimaciones y proyecciones de población actualizadas a 1996. Costa Rica 1975 – 2050* San José, Costa Rica.

- Programa Estado de la Nación (2004). *Estado de la nación en desarrollo humano sostenible: Décimo informe*. San José Costa Rica: Proyecto Estado de la Nación.
- Quirós, M. (1985). *Un análisis de la salud en el proceso de envejecimiento*. Revista de Ciencias Sociales 29:35-42.
- Quirós, M. (1998). *Antología curso procesos psicológicos del envejecimiento*. Programa de Maestría en Gerontología, Universidad de Costa Rica.
- Rodríguez, G.; et al (1999). *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga, España. Ediciones Aljibe.
- Rojas, L.; Sáenz D. (2000). *El proceso de envejecimiento. revisión clínica de su curso normal*. Revista Anales en Gerontología. Vol 2 No 2:53-66.
- Salazar, R.; Rodríguez, S. (1989). *Rol de las instituciones públicas y privadas en la atención del anciano Costa Rica*. San José: Comisión de Capacitación Interinstitucional de Tercera Edad Segunda Jornada.
- Salvarezza, L. (1998). *La vejez. una mirada gerontológica actual*. Buenos Aires. Editorial Paidós.
- Sánchez, C. (2000). *Gerontología social*. Buenos Aires: Editorial Espacio.
- Scott, J. (1993). *La asistencia de largo plazo prestada en el marco de los regímenes de asistencia médica*. Estados Unidos: Asociación

Internacional de la Seguridad Social, Comisión: Permanente de las Prestaciones Médicas y del Seguro de Enfermedad.

- Smith, S.; Jepson, V.; Perloff, E. (1982). *Actitudes del personal de enfermería hacia los pacientes de edad avanzada*. Rev. Nursing & Healthcare.
- Tapia, J. (1978). *Los ancianos, los servicios y el Seguro Social Costa Rica*. Seminario sobre Población en la Tercera Edad. San José: C. C. S. S./ OISS/ IDESPO.
- Taylor, S.; Bogdan, R. (1996). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados*. Barcelona Ediciones Paidós Ibérica S. A.
- Thomas, L. (1991). *Atención al paciente geriátrico*. México: Editorial Limusa.
- Valles, M. (1997). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid Editorial Síntesis S. A.
- Walters, E.; Goodman, J. (1990). *Empowering older adults: practical strategies for counselors*. San Francisco, U. S. A. Jossey – Bass Publishers.
- Watts, S. (s. f.). *Trabajando con ancianos. guía para establecer servicios comunitarios para ancianos*. Inglaterra: HelpAge International 2:1-39.

Entrevistas

Cruz Olave, Miryan (2005)	Coordinadora Programa Persona Adulta Mayor OPS – OMS
García Camacho Vilma (2005)	Sección Adulto Mayor, CCSS
Morales Martínez, Luis Fernando (2005)	Presidente Consejo de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM)
Quesada Tristán, Lisbeth (2005).	Defensora de los Habitantes de la República
Solís Umaña, María de los Ángeles (2005)	Jefatura Servicio de Geriatria, Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes

ANEXOS

GUÍA DE LA ENTREVISTA DIRIGIDA A LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO¹

Doy mi consentimiento informado para participar en este estudio, sobre la percepción de las personas adultas mayores de los procesos de atención de la salud, en el Área de Salud de Moravia. Acepto la publicación de los resultados del estudio, siempre y cuando la información sea anónima y tratada de manera discrecional, de modo que no pueda llevarse a cabo identificación alguna. Comprendo que se guardará un registro de mi colaboración en el estudio, y que todos los datos recogidos producto de mis respuestas, sólo estarán identificados por un nombre ficticio.

1. Se me ha informado que el propósito de esta investigación es la de conocer cuál es la percepción de la atención en salud recibida en el Área de Salud de Moravia, aportes que beneficiarán a la población adulta mayor, usuaria del primer nivel de atención EBAIS.
2. Se me ha informado que mi participación en este trabajo consiste en asistir a varias entrevistas / sesiones, individuales o grupales con una duración de cincuenta minutos aproximadamente, elaboradas por el investigador.
3. Se me ha informado que mi participación en el estudio, no implica ningún riesgo o molestia conocidos o esperados. Si a partir de la discusión de los temas aparecieran inquietudes, las mismas serán abordadas en un espacio terapéutico dirigido por el investigador.
4. Se me ha informado que el investigador responderá gustosamente a cualquier pregunta con respecto a los procedimientos de este estudio, durante y al finalizar el mismo.
5. Se me ha informado que soy libre de retirarme del estudio en cualquier momento, si así lo deseo y que de ser así, la información que hubiere proporcionado no será incluida en la investigación.

**Persona Adulta Mayor
Participante en la Investigación**

**Sergio Herrera Zúñiga
Investigador**

¹ Adaptado de Conejo y Valverde, 1999

***Percepción de las Personas Adultas Mayores de los
Procesos de Atención en Salud, en el Área de Salud de
Moravia***

ANEXO N° 1

Saludo

I Parte

DATOS PERSONALES

Estamos aquí realizando la entrevista a las personas adultas mayores del estudio de la ***“Percepción de las Personas Adultas Mayores de los Procesos de Atención en Salud, en el Área de Salud de Moravia”***. Voy a hacerle algunas preguntas, las cuales si Ud., no tiene alguna objeción al respecto, serán grabadas para garantizar de manera fidedigna su opinión a cada una de ellas. Para empezar:

¿Cuál es nombre completo?

¿Cuántos hijos tiene usted?

¿Cuántos vivos y cuántos muertos?

¿Adónde fue que nació usted?

¿Recuerda la fecha?

¿Qué edad tiene en este momento?

¿Usted es soltero, casado o viudo?

¿Hasta qué año llegó usted de la escuela?

¿Con quién vive usted, aquí en esta casa?

II Parte

VIVIENDA

¿De quién es la casa?

¿Cuántos aposentos tiene?

INGRESOS

¿Tiene usted ingresos monetarios propios?

III Parte

SALUD

¿Cómo está su salud en este momento?

¿Está en tratamiento?

¿Con qué frecuencia asiste usted al EBAIS?

¿Quién va con usted al EBAIS?

¿Atiende el personal de salud, ya sea el doctor, la auxiliar de enfermería, la muchacha que esta ahí en la recepción, sus necesidades de salud?

¿Siente usted que el personal de salud, el doctor, la auxiliar de enfermería, la auxiliar de REMES, la muchacha que está en la recepción, la mira, la escucha, la atiende?

¿Le explica el personal de salud, el doctor, la auxiliar de farmacia o la muchacha de la recepción, a usted o a su acompañante qué tipo de tratamiento o medicamento le mandan?

¿Qué efectos o contraindicaciones tiene?

¿Cuándo está siendo atendida por el doctor, éste se preocupa por otros aspectos de su vida, tales como las preocupaciones que usted tiene, los temores, las alegrías u otro tipo de dolencias?

¿Cuál es su opinión con respecto al tipo de atención en salud que usted recibe?

¿Alguna sugerencia que usted podría brindar para mejorar el tipo de atención en salud que recibe?

¿Tiene usted alguna anécdota o alguna experiencia que haya vivido ahí con el personal de salud, cuando ha acudido al EBAIS, que desea contarnos, compartirla?

IV Parte

OTRAS ACTIVIDADES

¿Cuáles actividades realiza en su tiempo libre?

¿Tiene algún tipo de limitación para realizar todas esas actividades, que está contando?

¿Pertenece usted algún grupo organizado aquí en la comunidad donde vive?

¿Participa usted en algún tipo de reuniones en el EBAIS o en el Área de Salud de Moravia, que tenga relación con la atención en salud que usted recibe?

V Parte

ENVEJECIMIENTO

¿Qué piensa usted en relación con el envejecimiento?

¿Qué tipo de necesidades en salud, tiene ahora que no tenía antes?

¿Satisface el Área de Salud de Moravia, las necesidades que usted tiene, derivadas del proceso de envejecimiento?

¿Ha variado su opinión del envejecimiento desde que asiste al Área de Salud de Moravia?

¿Alguna sugerencia que usted tenga para mejorar la atención en salud, al adulto mayor?

¡Muchas Gracias!

GUÍA DE LA ENTREVISTA DIRIGIDA A LOS FAMILIARES O ALLEGADOS DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO¹

Doy mi consentimiento informado para participar en este estudio, sobre la percepción de las personas adultas mayores de los procesos de atención de la salud, en el Área de Salud de Moravia. Acepto la publicación de los resultados del estudio, siempre y cuando la información sea anónima y tratada de manera discrecional, de modo que no pueda llevarse a cabo identificación alguna. Comprendo que se guardará un registro de mi colaboración en el estudio, y que todos los datos recogidos producto de mis respuestas, sólo estarán identificados por un nombre ficticio.

1. Se me ha informado que el propósito de esta investigación es la de conocer cuál es la percepción de la atención en salud recibida en el Área de Salud de Moravia, aportes que beneficiarán a la población adulta mayor, usuaria del primer nivel de atención EBAIS.
2. Se me ha informado que mi participación en este trabajo consiste en asistir a varias entrevistas / sesiones, individuales o grupales con una duración de cincuenta minutos aproximadamente, elaboradas por el investigador.
3. Se me ha informado que mi participación en el estudio, no implica ningún riesgo o molestia conocidos o esperados. Si a partir de la discusión de los temas aparecieran inquietudes, las mismas serán abordadas en un espacio terapéutico dirigido por el investigador.
4. Se me ha informado que el investigador responderá gustosamente a cualquier pregunta con respecto a los procedimientos de este estudio, durante y al finalizar el mismo.
5. Se me ha informado que soy libre de retirarme del estudio en cualquier momento, si así lo deseo y que de ser así, la información que hubiere proporcionado no será incluida en la investigación.

**Familiar o allegado
Persona Adulta Mayor
Participante en la Investigación**

**Sergio Herrera Zúñiga
Investigador**

¹ Adaptado de Conejo y Valverde, 1999

***Percepción de las Personas Adultas Mayores de los
Procesos de Atención en Salud, en el Área de Salud de
Moravia***

ANEXO N° 2

Saludo

I Parte

¡Buenos días!

DATOS PERSONALES

Estamos realizando aquí la entrevista dirigida a familiares o allegados de las personas adultas mayores de la investigación ***“Percepción de las Personas Adultas Mayores de los Procesos de Atención en Salud, en el Área de Salud de Moravia”***. Voy a hacerle algunas preguntas, las cuales si Ud., no tiene alguna objeción al respecto, serán grabadas para garantizar de manera fidedigna su opinión a cada una de ellas. Para empezar:

¿Cuál es su nombre completo?

¿Tiene hijos usted?

¿Cuántos vivos y cuántos muertos?

¿Recuerda donde nació y en qué fecha?

¿Qué edad tienen en este momento?

¿Usted es soltero, casado o viudo?

¿Hasta qué año llegó usted de la escuela?

¿Con quién vive usted, aquí en esta casa?

II Parte

VIVIENDA

¿De quién es la casa?

¿Cuántos aposentos tiene?

INGRESOS

¿Tiene usted ingresos monetarios propios?

¿Usted depende económicamente de alguien?

III Parte

SALUD

¿Cuál es la condición del estado de salud de su familiar o allegado persona adulta mayor?

¿Está en tratamiento?

¿Con qué frecuencia asiste su familiar o allegado persona adulta mayor al EBAIS?

¿Cuándo usted ha ido atiende el personal de salud, ya sea el médico, la auxiliar de enfermería, la muchacha de la recepción, las necesidades de salud de su familiar o allegado persona adulta mayor?

¿Le permite el doctor que entre con su familiar o allegado persona adulta mayor?

¿Siente usted que el personal de salud, el doctor, la auxiliar de enfermería, la auxiliar de REMES, la muchacha que está en la recepción, mira, escucha, atiende a su familiar o allegado persona adulta mayor?

¿Le explica el personal de salud, el doctor, la auxiliar de farmacia o la muchacha de la recepción, a usted o a su familiar o allegado persona adulta mayor, que tipo de tratamiento o medicamento le mandan? ¿Qué tomar y cómo tomarlo? ¿Qué tipo de efectos secundarios o contraindicaciones tiene?

¿Cuándo su familiar o allegado está siendo atendido por el doctor, éste se preocupa por otros aspectos de su vida, tales como las preocupaciones, los temores, las alegrías u otro tipo de dolencias?

¿Cuál es su opinión con respecto al tipo de atención que recibe en salud, su familiar o allegado persona adulta mayor?

¿Cómo mejoraría el tipo de atención en salud que su familiar o allegado recibe?

¿Tiene usted alguna anécdota o alguna experiencia acompañando a su familiar o allegado con el personal de salud del EBAIS, que desea contarnos, compartir?

IV Parte

OTRAS ACTIVIDADES

¿Comparte su familiar o allegado las actividades cotidianas y del tiempo libre con usted? ¿Qué actividades realizan en su tiempo libre?

¿Qué otras actividades le gustaría realizar con su familiar o allegado?

¿Tiene algún tipo de limitación para realizar esas actividades con su familiar o allegado?

¿Pertenece usted algún grupo organizado aquí en la comunidad donde vive?

¿Participa usted en algún tipo de reuniones en el EBAIS o en el Área de Salud de Moravia, que tenga relación con la atención en salud que recibe su familiar o allegado?

V Parte

ENVEJECIMIENTO

¿Qué piensa usted con respecto al envejecimiento?

¿Qué tipo de necesidades en salud, considera usted posee su familiar o allegado, ahora que no tenía antes?

¿Satisface el Área de Salud de Moravia, las necesidades en salud de su familiar o allegado, derivadas del proceso de envejecimiento?

¿Ha variado su opinión del envejecimiento desde que su familiar o allegado asiste al EBAIS?

¿Alguna sugerencia que usted tenga para mejorar la atención que su familiar o allegado recibe en el Área de Salud de Moravia?

¡Muchas Gracias!

GUÍA DE ENTREVISTA DIRIGIDA AL PERSONAL DE SALUD

DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO¹

Doy mi consentimiento informado para participar en este estudio, sobre la percepción de las personas adultas mayores de los procesos de atención de la salud, en el Área de Salud de Moravia. Acepto la publicación de los resultados del estudio, siempre y cuando la información sea anónima y tratada de manera discrecional, de modo que no pueda llevarse a cabo identificación alguna. Comprendo que se guardará un registro de mi colaboración en el estudio, y que todos los datos recogidos producto de mis respuestas, sólo estarán identificados por un nombre ficticio.

1. Se me ha informado que el propósito de esta investigación es la de conocer cuál es la percepción de la atención en salud recibida en el Área de Salud de Moravia, aportes que beneficiarán a la población adulta mayor, usuaria del primer nivel de atención EBAIS.
2. Se me ha informado que mi participación en este trabajo consiste en asistir a varias entrevistas / sesiones, individuales o grupales con una duración de cincuenta minutos aproximadamente, elaboradas por el investigador.
3. Se me ha informado que mi participación en el estudio, no implica ningún riesgo o molestia conocidos o esperados. Si a partir de la discusión de los temas aparecieran inquietudes, las mismas serán abordadas en un espacio terapéutico dirigido por el investigador.
4. Se me ha informado que el investigador responderá gustosamente a cualquier pregunta con respecto a los procedimientos de este estudio, durante y al finalizar el mismo.
5. Se me ha informado que soy libre de retirarme del estudio en cualquier momento, si así lo deseo y que de ser así, la información que hubiere proporcionado no será incluida en la investigación.

**Funcionaria/o del Área de Salud
Participante en la Investigación**

**Sergio Herrera Zúñiga
Investigador**

¹ Adaptado de Conejo y Valverde, 1999

***Percepción de las Personas Adultas Mayores de los
Procesos de Atención en Salud, en el Área de Salud de
Moravia***

ANEXO N° 3

Saludo

I Parte

¡Buenos días!

DATOS PERSONALES

Estamos aquí para realizar la entrevista dirigida al personal de salud de la investigación ***“Percepción de las Personas Adultas Mayores de los Procesos de Atención en Salud, en el Área de Salud de Moravia”***. Voy a hacerle algunas preguntas, las cuales si Ud., no tiene alguna objeción al respecto, serán grabadas para garantizar de manera fidedigna su opinión a cada una de ellas. Para empezar:

¿Cuál es su nombre completo?

¿Qué edad tiene usted?

¿Estado civil?

¿Número de hijos?

¿Qué edad tienen?

¿Puesto que ocupa?

¿Fecha de ingreso a la Caja?

¿Fecha de ingreso al Área de Salud de Moravia?

¿Nivel educativo?

II Parte

SALUD

¿Cómo califica usted la atención a la salud, brindada por el personal del Área de Salud de Moravia a las personas adultas mayores?

¿Cree Ud. que se adecua a las necesidades, que es insuficiente ante las demandas evidenciadas o que no corresponde a lo que las personas adultas mayores requieren?

¿La atención a la salud brindada a la persona adulta mayor en el EBAIS es con cita previa, la atienden en el momento, se tiene que esperar, cuánto se tiene que esperar?

¿Atiende el personal de salud (médico, auxiliar de enfermería, auxiliar de REMES), las necesidades de las personas adultas mayores, usuarias del Área de Salud de Moravia?

¿Permite el personal de salud, que la persona adulta mayor ingrese con su acompañante a la cita?

¿Siente usted que el personal de salud (doctor, auxiliar de enfermería, auxiliar de REMES) mira, escucha y atiende a la persona adulta mayor?

¿Le explica el personal de salud a la persona adulta mayor, al familiar o allegado, qué tipo de tratamiento o medicamento le manda, qué tomar y cómo tomarlo y qué tipo de efecto secundario o contraindicación tiene?

¿Cuándo la persona adulta mayor está siendo atendida por el doctor, se preocupa por otros aspectos de su vida, tales como sus preocupaciones, temores, alegrías u otro tipo de dolencias?

¿Qué hace usted, específicamente para mejorar el tipo de atención en salud, recibida por las personas adultas mayores, usuarias del Área de Salud de Moravia?

¿Tiene usted alguna anécdota o experiencia con las personas adultas mayores y sus allegados o familiares, cuando han acudido aquí a la consulta, que usted desea compartir?

¿Considera usted importante que las personas adultas mayores y sus allegados o familiares participen en algún tipo de reunión aquí en el EBAIS, en el Área de Salud, relacionada con la atención en salud que reciben?

¿Cuál sería el aporte que ellos podrían dar?

¿Considera usted trascendente que las personas adultas mayores compartan las actividades cotidianas y el tiempo libre con sus familiares y allegados?

¿Por qué?

¿Qué otras actividades podrían hacer?

¿Considera usted que las personas adultas mayores poseen algún tipo de limitación, para realizar estas actividades con sus familiares o allegados?

III Parte

ENVEJECIMIENTO

¿Qué piensa usted con respecto al envejecimiento?

¿Cuáles necesidades en salud, considera usted, tienen las personas adultas mayores ahora, en esta etapa de la vida, que no tenían antes?

¿Satisface el Área de Salud de Moravia, las necesidades de la salud, poseídas por las personas adultas mayores, derivadas del proceso del envejecimiento?

¿Ha variado su opinión del envejecimiento, desde que usted brinda la atención en salud a las personas adultas mayores, en el Área de Salud de Moravia?

¿Qué pensaba antes y qué piensa ahora?

¿Cómo se siente usted particularmente, trabajando con la población adulta mayor?

¿Alguna sugerencia que tenga usted para mejorar la atención a la salud de las personas adultas mayores aquí, en el Área de Salud de Moravia?

¿Algún otro comentario?

¡Muchas Gracias!

**LA PERCEPCIÓN DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES
DE LOS PROCESOS DE ATENCIÓN A LA SALUD EN EL
ÁREA DE SALUD MORAVIA**

ANEXO N° 4

**TÉCNICA DE GRUPO FOCAL DIRIGIDA A LAS PERSONAS
ADULTAS MAYORES**

ENCUADRE.

Buenos días, estamos aquí en este día tan lindo, tan lleno de sol, en este lugar tan bonito para realizar la técnica de grupo focal, dirigido a las personas adultas mayores de la investigación *“Percepción de las personas adultas mayores de los procesos de atención de la salud, en el Área de Salud de Moravia”*.

La dinámica que vamos a utilizar es la siguiente, yo voy a decirles algunos ejes, algunas oraciones, que yo quiero que conversemos, que cada uno de ustedes se refiera a qué piensa y qué siente con respecto a esto. Entonces leo el eje y en orden, aquí de derecha a izquierda, cada uno, va a decir su nombre y lo que piensa al respecto. De manera libre, estamos aquí, en una conversación de vecinos y amigos. Vamos a empezar.

EJES TEMÁTICOS

Para empezar, me gustaría conocer las necesidades en salud que tienen ustedes como personas adultas mayores.

Seguidamente, podríamos hablar acerca de lo que opinan ustedes con respecto a la forma acerca de cómo el personal de salud, entiéndase médicos, enfermeras, personal administrativo los atiende.

Bueno, ahora me gustaría que comentaran sobre la participación de las personas adultas mayores en las diferentes actividades relacionadas con la atención a la salud, en cada uno de los EBAIS aquí representados.

También me gustaría que comentaran sobre la importancia que tiene para ustedes el compartir día a día, diferentes actividades con su familia.

Ahora, me gustaría que cada uno exprese, sobre lo que significa para ustedes envejecer todos los días.

Para continuar, podríamos hablar sobre lo que piensan ustedes como personas adultas mayores, al ser atendidas por el personal de salud en el EBAIS, en su condición de personas adultas mayores.

Finalmente, me gustaría que se refirieran a cómo se han sentido en esta experiencia que hemos tenido esta mañana.

¡Muchas gracias!

**LA PERCEPCIÓN DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES
DE LOS PROCESOS DE ATENCIÓN A LA SALUD EN EL
ÁREA DE SALUD MORAVIA**

ANEXO N° 5

**TÉCNICA DE GRUPO FOCAL DIRIGIDA A LOS FAMILIARES O
A LOS ALLEGADOS DE LAS PERSONAS ADULTAS
MAYORES**

ENCUADRE.

Muy buenos días. Estamos aquí en este lugar tan lindo para realizar la técnica de grupo focal dirigido a los familiares o allegados de las personas adultas mayores de la investigación, *“Percepción de las personas adultas mayores de los procesos de atención de la salud, en el Área de Salud de Moravia”*.

La dinámica que vamos a utilizar es la siguiente, yo voy a decirles, algunos ejes, algunas oraciones, que yo quiero que conversemos, que cada uno de ustedes se refiera a qué piensa, y qué siente con respecto a esto. Entonces leo el eje y en orden, de derecha a izquierda cada uno, va a decir su nombre y lo que piensa al respecto. De manera libre, estamos aquí, en una conversación de vecinos y amigos. Vamos a empezar.

EJES TEMÁTICOS

Para empezar me gustaría conocer las necesidades en salud que tienen sus familiares o allegados como personas adultas mayores.

Seguidamente podríamos hablar acerca de lo que opinan ustedes con respecto a la forma acerca de cómo el personal de salud, entiéndase médicos, enfermeras, personal administrativo atiende a sus familiares o allegados como personas adultas mayores.

Ahora, me gustaría que cada uno se refiera a las iniciativas que podría utilizar el Área de Salud de Moravia en cada uno de los EBAIS aquí representados, para lograr la participación social de ustedes y de otros familiares o allegados, en mejoras relacionadas con la atención en salud brindada a las personas mayores.

También me gustaría que comentaran sobre la importancia que tiene para ustedes el compartir día a día, diferentes actividades con sus familiares o allegados personas adultas mayores.

Ahora, me gustaría que se refirieran a lo que significa para ustedes envejecer cada día.

Bueno, también me agradecería que cada uno exprese lo que significa para ustedes que su suegro, que su esposo, que su padre, que su madre, que su abuelita envejezcan cada día.

Para continuar podríamos hablar sobre lo que piensan o han sentido ustedes cuando han acompañado a sus familiares o allegados personas adultas mayores, al ser atendidas por el personal de salud en el EBAIS.

Finalmente, me gustaría que se refirieran a cómo se han sentido en esta experiencia que hemos tenido en esta mañana.

Bueno, para concluir nos encantaría si alguno o alguna de ustedes tiene algún otro comentario u observación adicional que desea compartir, algo que tal vez quiso decir en su momento y no lo dijo, puede hacerlo.

¡Muchas gracias!

ANEXO N° 6

LA PERCEPCIÓN DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES DE LOS PROCESOS DE ATENCIÓN A LA SALUD EN EL ÁREA DE SALUD MORAVIA

TÉCNICA DE GRUPO FOCAL DIRIGIDO AL PERSONAL DE SALUD

ENCUADRE.

Muy buenas tardes. Estamos aquí reunidos para realizar la técnica de grupo focal dirigida al personal de salud, como parte de la investigación “*Percepción de las personas adultas mayores de los procesos de atención de la salud, en el Área de Salud Moravia*”.

La dinámica que vamos a utilizar es la siguiente, voy a decirles algunos ejes, algunas oraciones, sobre las cuales me gustaría que conversáramos, en relación con lo que piensan y sienten, con respecto al tema. Entonces voy a leerles cada uno de los ejes y de manera libre, espontánea, ordenada, de derecha a izquierda, cada uno, va decir su nombre y lo que opinan al respecto. Vamos a empezar.

EJES TEMÁTICOS

Para empezar, me gustaría conocer qué piensan ustedes, con respecto a las necesidades en salud que tienen las personas adultas mayores que atienden en que cada uno de los EBAIS del Área aquí representados.

A continuación, me interesa su opinión acerca de cómo perciben ustedes los servicios de atención en salud, brindados a las personas adultas mayores

por el Área de Salud de Moravia, en este caso específico, por cada uno de los EBAIS aquí representadas.

Ahora, me gustaría que cada uno se refiera a cuáles estrategias podrían utilizarse para lograr la participación social de las personas adultas mayores y la de sus familiares o allegados, en mejoras relacionadas con la atención en salud brindada por el Área, en cada uno de los EBAIS.

De seguido, me interesa conocer qué importancia tiene para ustedes la integración de las personas adultas mayores, al núcleo familiar y a la comunidad a la cual pertenecen.

También me agradecería que cada uno exprese lo que significa para ustedes la atención de las personas adultas mayores.

Ahora, vamos a hablar, de lo que significa para ustedes envejecer cada día.

Seguidamente, cómo lograríamos cambiar la visión negativa en torno al envejecimiento; y adquirir transformaciones más positivas en la sociedad en general.

Finalmente, me gustaría que se refirieran a cómo se han sentido en esta experiencia que hemos tenido durante esta tarde.

Y para concluir, me encantaría si alguna o alguno de ustedes tiene algún otro comentario u observación adicional que desea compartir. Algo que tal vez quiso decir en su momento y no lo dijo, pueden hacerlo.

¡Muchas gracias!

ANEXO Nº 7
ATENCIÓN PREFERENCIAL AL ADULTO MAYOR, ÁREA DE SALUD DE MORAVIA, 2005

UN MENSAJE DE NUESTROS ADULTOS MAYORES

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AREA DE SALUD DE MORAVIA

Atención preferencial al Adulto mayor

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
AREA DE SALUD DE MORAVIA
Teléfono de Sedes de EBAIS
LA TRINIDAD: 245-3612 ó 245-3626
SEDE DE PARACITO: 294-1520
SEDE SAN JERONIMO: 229-7171

... "De la misma manera como te he acompañado en tu sendero, te ruego me acompañes a recorrer el mío.
Dame amor y paciencia, escucha mis experiencias y crecerás con sabiduría."...



Atención preferencial al Adulto mayor

REGISTROS MEDICOS:

- ♦ Otorga citas previas en Plataforma de Servicios y telefónicamente en la Extensión 107.
- ♦ Atención ágil post-consulta a los adultos mayores.

ADMINISTRACION:

- ♦ La Oficina de Validación de Derechos mantiene una agenda exclusiva para el Adulto Mayor, de lunes a viernes.
- ♦ La ventanilla de Farmacia atiende con prioridad a los adultos mayores.

LABORATORIO CLINICO:

- ♦ Citas programadas para atención en la toma de muestras.
- ♦ Toma de muestras en el hogar para casos especiales, con previa coordinación.

CONSULTA EXTERNA:

- ♦ Se da prioridad al adulto mayor en la atención por hora de las consultas médicas asignadas en el día.
- ♦ El adulto mayor tiene la opción de elegir la hora en que prefiere se le asigne la cita de las consultas de control programadas.
- ♦ Se brinda consulta médica en el hogar a los adultos mayores con limitaciones para deambular.

ENFERMERÍA:

- ♦ Se atiende con prioridad a los adultos mayores en la preparación de la consulta, inyectables, curaciones y vacunación
- ♦ Expedientes de adultos mayores se pasan en orden prioritario al consultorio médico.
- ♦ En las Sedes de EBAIS, el personal de enfermería facilita sillas de ruedas para los adultos mayores con limitaciones para deambular.
- ♦ Servicio de Enfermería en el Hogar para los adultos mayores que requieran procedimientos de Enfermería:
 - El cambio de sondas
 - Las curaciones
 - El retiro de punto
 - Las vacunas
- ♦ Recomendaciones para evitar úlceras en el paciente encamado.

TRABAJO SOCIAL:

La Trabajadora Social atiende a los Adultos Mayores en las Sedes de EBAIS a demanda:

- ♦ La Trinidad Jueves de 10 a.m. A 12:30 p.m.
- ♦ Paracito: Segundos martes de 10 a.m. A 12:30 p.m.
- ♦ San Jerónimo: Primeros viernes de 10 a.m. a 12:30 p.m.

PSICOLOGÍA:

La Oficina de Psicología está a su servicio, puede sacar cita para los primeros viernes del mes directamente en la oficina de Psicología, los terceros viernes en San Jerónimo y los cuartos jueves en Paracito.

Recuerda es tiempo para descansar, divertirse y recrearse, queda mucho por hacer...

"Los años enseñan muchas cosas que los días desconocen"...



Fuente: Personal de Salud, ASM (2005)