

Calidad de la atención al anciano en dos policlínicos del municipio de Santiago de Cuba

Quality of the elderly care in two polyclinics from Santiago de Cuba municipality

Dra. Giselle Bouza Plasencia^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-4898-7583>

Dr. Rolando Villoch Bonet¹ <https://orcid.org/0000-0002-7210-973X>

Dr. Osvaldo Plasencia Domínguez² <https://orcid.org/0000-0003-1026-3202>

Dra. Ismelis Sosa Tejeda³ <https://orcid.org/0000-0003-0377-2965>

¹Policlínico Docente Carlos Juan Finlay, Universidad de Ciencias Médicas. Santiago de Cuba, Cuba.

²Hospital Provincial Docente Dr. Joaquín Castillo Duany, Universidad de Ciencias Médicas. Santiago de Cuba, Cuba.

³Hospital General Docente Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso, Universidad de Ciencias Médicas. Santiago de Cuba, Cuba.

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: giselle.bouza@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: El aumento del envejecimiento de la población es un hecho universal y uno de los problemas fundamentales del actual siglo, puesto que la salud integral de los ancianos está directamente relacionada con su calidad de vida.

Objetivo: Evaluar el proceso de atención al anciano en unidades del nivel primario de salud.

Métodos: Se realizó una investigación en sistemas y servicios de salud de tipo evaluativo de la calidad de la atención al anciano en dos policlínicos de Santiago de Cuba (policlínicos docentes Carlos Juan Finlay y Camilo Torres Restrepo), durante el año

2018, para lo cual se aplicaron formularios ya validados. De un universo constituido por 11 992 pacientes correspondientes a ambas instituciones sanitarias y por 280 historias clínicas de los ancianos frágiles atendidos por los grupos básicos de trabajo, se tomó una muestra de 260 y 40 historias clínicas, respectivamente.

Resultados: En los consultorios médicos de la familia la evaluación realizada al anciano se estimó como mala; solo se remitía al geriatra una décima parte del total y las consultas y visitas a domicilios se cumplieron según lo planificado solo en una tercera parte de los pacientes, lo que condujo a resultados muy desfavorables en aspectos fundamentales como la realización del examen periódico de salud, la escala geriátrica de evaluación funcional y la evaluación del anciano. Por su parte, en el equipo básico de salud no se consideraron ni el examen periódico de salud como la herramienta con que se cuenta para evaluar a los ancianos en los aspectos sociales, funcionales, psicológicos y biomédicos, ni el valor de un plan de seguimiento médico; todo esto influenciado por un interrogatorio y un examen físico desfavorables.

Conclusiones: La calidad del proceso de atención en el consultorio médico de la familia y en el grupo básico de trabajo evaluada como mal evidencia la falta de competencias al respecto y el desconocimiento de lo establecido para una adecuada atención al adulto mayor.

Palabras clave: anciano; anciano frágil; envejecimiento poblacional; atención integral al anciano; calidad de la atención primaria de salud.

ABSTRACT

Introduction: The increase of population aging is an universal fact and one of the fundamental problems of this century, since the comprehensive health of elderly is directly related to their life quality.

Objective: To evaluate the process of elderly care in units of the health primary level.

Methods: An investigation in health systems and services of evaluative type of the quality of the elderly care in two polyclinics from Santiago de Cuba was carried out (Carlos Juan Finlay and Camilo Torres Restrepo teaching polyclinics), during 2018, for which validated forms were already implemented. A sample of 260 and 40 medical records was taken, respectively from a universe constituted by 11 992 patients

belonging from both health institutions and by 280 medical records of frail elderly assisted by the work basic groups.

Results: The evaluation carried out to elderly in the family doctor offices was considered as poor; just a tenth part of the total was referred to the geriatrician; the consultations and home visits were fulfilled according to schedule just in a third part of the patients, what led to very unfavorable results in fundamental aspects as the realization of the health periodic exam, geriatric scale of functional evaluation and elderly evaluation. On the other hand, in the health basic team neither health periodic exam was taken into consideration as the tool with which elderly are evaluated in the social, functional, psychological and biomedical aspects, nor the value of medical follow up schedule; all this influenced by an unfavorable interrogation and physical exam.

Conclusions: The quality of the care process in the family doctor office and in the basic group of work evaluated as poor evidences the lack of competence in this respect and the ignorance of what is established for an appropriate care to the elderly.

Key words: elderly; frail elderly; population aging; comprehensive care to the elderly; quality of primary health care.

Recibido: 11/03/2020

Aprobado: 25/10/2020

Introducción

El aumento de la población anciana es un hecho universal. En las últimas décadas las continuas tendencias mundiales hacia una menor fecundidad y una mayor esperanza de vida han elevado el envejecimiento poblacional a un nivel jamás alcanzado.⁽¹⁾

Los desafíos planteados ante dicho fenómeno son diferentes en cada país y dependen del volumen de ancianos y de las políticas sociales; pero en todos los casos la competencia y solidaridad entre generaciones constituyen una realidad de las sociedades contemporáneas.⁽¹⁾

Resulta oportuno destacar que la salud integral de los ancianos está directamente relacionada con su calidad de vida. De igual modo, quienes están satisfechos con su existencia gozan de una mejor salud y de una mejor calidad de vida que los demás.⁽²⁾

El estado de salud de este importante grupo de la sociedad se mide por su capacidad funcional y no por las insuficiencias que pueda tener. La funcionalidad expresa la capacidad de una persona para satisfacer sus necesidades de manera autónoma, independiente y satisfactoria.⁽¹⁾

En otro orden de ideas, las Américas es una de las regiones con mayor envejecimiento, en cuya condición sobresale Canadá; sin embargo, según proyecciones de las Naciones Unidas, en menos de una década, Cuba, Barbados y Martinica superarán a dicha nación. Lo anterior evidencia que el envejecimiento de la población constituye el mayor problema de salud a nivel mundial.^(2,3)

Específicamente en Cuba el número de personas de 60 y más años ha variado de 11,3 % en 1985 a 20,4 % en el 2018, lo cual ubica al país en el grupo III de envejecimiento (más de 15 %). Así, en el término de 33 años este fenómeno se ha incrementado en 9,1 puntos porcentuales.⁽⁴⁾

Al respecto, en el Programa de Atención al Adulto Mayor de ese país se conceptúa “la longevidad satisfactoria como una condición de salud, que en su sentido más amplio permite a las personas de edad avanzada satisfacer sus expectativas personales y cubrir las exigencias que les impone el medio”.⁽⁵⁾

En la provincia de Santiago de Cuba la población anciana tiene una tendencia ascendente de 13,3 %, según el índice de Rosset; en su municipio cabecera representa 18,0 % de la población general, con el índice de envejecimiento más elevado en el Distrito de Salud 26 de Julio, que incluye el casco antiguo de la ciudad, el cual sobrepasa al de la provincia, con 22,6 %; razón por la que se requiere brindar una mayor atención a este grupo específico.⁽⁴⁾

El binomio médico-enfermera de la familia es el principal responsable de los ancianos en las familias que atiende. Por ello deben contar con los conocimientos necesarios a fin de realizar un adecuado seguimiento clínico que garantice una mejor calidad de vida.

Precisamente es en el ámbito de la atención primaria donde se resuelven los problemas de salud a corto plazo y se controlan la mayoría de los problemas crónicos de salud.⁽⁶⁾

Sobre la base de los planteamientos precedentes, se creyó necesario evaluar la calidad de la atención a ancianos en los policlínicos del Distrito 26 de Julio del municipio de Santiago de Cuba.

Métodos

Se realizó una investigación en sistemas y servicios de salud de tipo evaluativo de la calidad del proceso de atención al anciano en 46 consultorios del médico de la familia (CMF) correspondientes al Distrito 26 de Julio en el municipio de Santiago de Cuba: 24 del Policlínico Docente Carlos Juan Finlay y 22 del Policlínico Docente Camilo Torres Restrepo, así como en los cuatro grupos básicos de trabajo (dos de cada policlínico), durante el año 2018.

El universo estuvo conformado por los 11 992 ancianos de ambas entidades sanitarias y por las 280 historias clínicas de los catalogados como ancianos frágiles, que recibían atención especializada por parte del grupo básico de trabajo (GBT).

Finalmente, se determinó el tamaño de la muestra a partir de la fórmula para el cálculo del tamaño mínimo necesario en poblaciones finitas y estudios descriptivos, cuya expresión se expone seguidamente:

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0 - 1}{N}}$$

$$\text{donde } n_0 = \frac{1,96^2 PQ}{E_0^2}$$

De lo anterior se desglosa:

P: porcentaje de historias clínicas con buena calidad

Q= 100-P

E₀²: cuadrado del máximo error admisible

n: tamaño de la muestra

N: tamaño de la población (tamaño poblacional: 11 992, proporción esperada: 80,000 %, nivel de confianza: 95,0 %, efecto de diseño: 1,5)

Las historias clínicas en los CMF fueron seleccionadas a través de un muestreo por conglomerados bietápico, con asignación proporcional en cada consultorio. Así, se determinaron como unidades de la primera etapa 20 CMF y en la segunda etapa 14 historias clínicas de cada consultorio seleccionado del policlínico Carlos J. Finlay y 12 de cada consultorio del policlínico Camilo Torres, lo que se correspondió con 260 historias escogidas aleatoriamente.

Por otra parte, se seleccionaron de manera aleatoria 40 historias clínicas en los GBT, dado que se disponía de un listado del universo de estas.

La selección y el cálculo del tamaño muestral se efectuaron a través del paquete de programas EPIDAT versión 3.1.

Las variables definidas constituyen aspectos claves del proceso de atención al adulto mayor en el CMF, cuya valoración fue expresada en una escala cualitativa ordinal con las categorías: bueno, regular y malo. Como estándar se consideró 80 % o más en las respuestas consignadas en la categoría de bueno.

Como fuente de recogida de datos se utilizó el formulario "Evaluación de la calidad del proceso de atención médica al adulto mayor en el consultorio del médico y la enfermera de la familia", aplicado a las historias clínicas seleccionadas. Este fue validado en una investigación realizada por la Escuela Nacional de Salud Pública para la evaluación de las transformaciones en el sector.

Igualmente, para evitar sesgos de información, se consideró el estado mental de los ancianos (memoria).

Resultados

De las variables evaluadas, 7 se consignaron en la categoría de "bueno", lo que representó 41,1 %; de estas, solo 3 presentaban el estándar planteado de más de 80 %: evaluación de dispensarización (94,2 %), planificación de consultas y visitas a domicilio

(92,3 %) y vacunación (84,2 %), lo que significó 17,6 % del total. Las categorías que le siguieron con resultados positivos fueron, en orden decreciente, evaluación nutricional, interrogatorio, escala geriátrica de evaluación funcional y realización del examen periódico (tabla 1).

La evaluación del anciano fue muy mala (20,4 %) y solo se remitió a 6,2 % al equipo multidisciplinario de atención geriátrica (EMAG) cuando todos debieron ser remitidos. Las consultas y las visitas a domicilio se cumplieron según lo planificado en solo 35,8 % de los pacientes, lo cual condujo a resultados muy desfavorables en aspectos fundamentales como la realización del examen periódico de salud (40,8 %), la escala geriátrica de evaluación funcional (43,5 %) y la evaluación del anciano (20,4 %), que se ubicaron en la categoría de “mal”.

Asimismo, existió un nivel bajo de interconsulta con otras especialidades no relacionadas con la atención geriátrica (18,1 %) que, conjuntamente con el mal seguimiento médico (34,6 %) y las orientaciones sobre el problema de salud (42,7 %), denotaron una inadecuada atención con pobre remisión al GBT, lo que afectó todo el seguimiento general y reflejó debilidades en el programa.

Tabla 1. Ancianos según evaluación del proceso de atención en el CMF

Variables	Evaluación del proceso							
	Bueno		Regular		Malo		No procede	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Evaluación de dispensarización	245	94,2	12	4,6	3	1,2		
Planificación de consultas y visitas a domicilio	240	92,3	9	3,5	10	3,8	1	0,4
Consultas y visitas a domicilio realizadas	105	35,8	94	36,2	42	16,2	19	7,3
Proceso de atención específicos	93	35,8	112	43,1	11	4,2	44	16,9
Examen periódico de salud	106	40,8	73	28,1	81	31,2		
Interrogatorio	122	46,9	105	40,4	10	3,8	23	8,8
Examen físico	82	31,5	140	53,8	18	6,9	20	7,7
Evaluación nutricional	124	47,7	32	12,3	37	14,2	67	25,8
Examen general de cáncer			25	9,6	235	90,4		
Escala geriátrica funcional	113	43,5	96	36,9	43	16,5	8	3,1
Exámenes complementarios	21	8,1	124	47,7	112	43,1	3	1,2
Orientaciones de problema de salud	111	42,7	113	43,5	32	12,3	4	1,5
Seguimiento médico	90	34,6	97	37,3	24	9,2	49	18,8
Evaluación del adulto mayor	53	20,4	55	21,2	104	40,0	48	18,5
Remitido al EMAG	16	6,2	45	17,3	91	35,0	108	41,5
Vacunación	219	84,2	39	15,0	2	0,8		
Interconsulta	47	18,1	50	19,2	64	24,6	99	38,1

% calculado n = 260

De las variables analizadas en la atención a ancianos frágiles por parte del equipo multidisciplinario que conforma el grupo básico de trabajo, 8 obtuvieron evaluaciones buenas, para 66,6 %, pero solo 5 de estas se correspondieron con el estándar establecido de más de 80 %, lo que representó 41,6 % (tabla 2), sobre todo aquellas relacionadas con los aspectos psicosociales, como la evaluación funcional y el examen de la esfera cognitiva, con 97,5 % en cada caso, y el examen de la esfera emocional, con 80,0 %. Lo anterior denota una mejor calidad de la consulta y demuestra la importancia de que los ancianos sean evaluados por un personal especializado. En orden decreciente le siguieron el resumen de los problemas de salud, con 87,5 %, el apoyo instrumental, con 85,0 %, y el examen físico, con 82,5 %.

Tabla 2. Ancianos según evaluación del proceso de atención por el GBT

Variables	Evaluación del proceso					
	Bueno		Regular		Malo	
	No.	%	No.	%	No.	%
Ruta crítica	26	65,0	5	12,5	9	22,5
Criterio de remisión	31	77,5	8	20,0	1	2,5
Interrogatorio	31	77,5	9	22,5		
Examen físico	33	82,5	7	17,5		
Evaluación funcional	39	97,5	1	2,5		
Evaluación nutricional	12	30,0	19	47,5	9	22,5
Exámenes complementarios	6	15,0	14	35,0	20	50,0
Examen de esfera cognitiva	39	97,5	1	2,5		
Examen de esfera emocional	32	80,0	8	20,0		
Apoyo instrumental	34	85,0	6	15,0		
Evaluación final	28	70,0	12	30,0		
Plan de seguimiento médico	10	25,0	22	55,0	8	20,0

% calculado n = 40

Respecto a la clasificación del adulto mayor en frágil, no frágil y en estado de necesidad, la evaluación final fue de 70,0 %, mientras que la de la ruta crítica fue de 65,0 %. Este último resultado se correspondió con lo observado en la evaluación del proceso de atención en el CMF, donde se evaluó de mal la remisión de los adultos mayores al GBT. Igualmente, aunque las variables criterio de remisión e interrogatorio, con 77,5 %, respectivamente, y necesidad de atención geriátrica, con 72,5 %, no figuraron en el estándar y, por ende, no llegaron a ser de calidad, resultaron aceptables (tablas 2 y 3).

Al comparar los resultados del GBT con los alcanzados en los CMF, se pudo apreciar que el proceso de atención al anciano, a pesar de que no alcanzó los estándares de calidad establecidos, fue superior en los GBT, pues se realizó el resumen de los problemas de salud a 87,5 % de los pacientes, de los cuales 72,5 % requería atención geriátrica (tabla 3).

Tabla 3. Evaluación de otras actividades relacionadas con el proceso de atención al anciano en el GBT

Variables	Sí		No	
	No.	%	No.	%
Resumen de problemas de salud	35	87,5	5	12,5
Necesidad de atención geriátrica	29	72,5	11	27,5

% calculado n = 40

Discusión

La detección precoz de la fragilidad en la tercera edad y el empleo oportuno de técnicas diagnósticas, terapéuticas y rehabilitadoras pueden modificar positivamente la expresión esperada de discapacidad en el anciano. Es decir, que la intervención en tal sentido tiene implicaciones tanto en el plano social como en la calidad de vida de este paciente.⁽⁷⁾

No existe un modelo o una definición universalmente aceptada de fragilidad. El concepto de "anciano frágil" fue inicialmente apuntado de forma genérica a lo largo de los años setenta y ochenta del pasado siglo cuando se empleó el término "anciano de riesgo", que comprendía la fragilidad como causa o riesgo de perder la capacidad de continuar viviendo en la comunidad.

Más recientemente la fragilidad fue descrita como el umbral a partir del cual la pérdida fisiológica de la capacidad de reserva y adaptación del organismo es suficiente para manifestar deterioro funcional.⁽⁸⁾

Puede referirse, entonces, que el anciano frágil es aquel que tiene una disminución de las reservas fisiológicas y un mayor riesgo de declinar, lo que lo ubica en una situación de mayor vulnerabilidad. Esto condiciona no solo a la persona, sino a su entorno. El hecho de presentar fragilidad hace que sea más factible la dependencia de terceros y obliga a una reestructuración familiar. Una de las formas propuestas para la pesquisa es la detección de factores de riesgo, entre los que se consideran la edad mayor a 80 años, las hospitalizaciones recientes, las caídas a repetición, los condicionantes sociales adversos (pobreza, soledad, incomunicación), la debilidad muscular y el poco ejercicio, la comorbilidad osteomuscular, cardíaca o mental, y la polifarmacia.⁽⁹⁾

El examen periódico del estado de salud es la herramienta con que cuenta el equipo básico de salud para evaluar a los ancianos, considerando los aspectos sociales, funcionales, psicológicos y biomédicos; por ello, son preocupantes los resultados obtenidos en el presente estudio. La evaluación multidimensional permite, además, valorar precozmente cualquier cambio que se produzca en el anciano, y si no se realiza con la calidad requerida repercute negativamente en un diagnóstico posterior.

El interrogatorio, tan fundamental para el diagnóstico de cualquier situación de salud, alcanzó una evaluación muy por debajo del estándar, seguido en orden decreciente del cumplimiento de los procesos de atención específicos —que requieren prioridad en el consultorio o el domicilio—, del examen físico y los exámenes complementarios, todos con evaluación de regular. Sin embargo, estos son elementos muy importantes e indispensables para poder complementar el diagnóstico o determinar posibles complicaciones; la ausencia de estos datos en las historias clínicas indica la necesidad de concientizar a los profesionales de la salud sobre la importancia de este sistema de registro, por su relación con la calidad de la atención médica (Crespo Toledo Y. Evaluación de la calidad del proceso de atención a los adultos mayores en el nivel primario de salud [trabajo para optar por el título de Especialista de I Grado en Organización y Administración en Salud]. 2016. Escuela Nacional de Salud Pública, La Habana).

En el consultorio del médico de la familia es donde se debe lograr 70 % de resolución de los problemas de salud en los pacientes; no obstante, existe un nivel bajo de interconsulta con otras especialidades no relacionadas con la atención geriátrica que, conjuntamente con el mal seguimiento médico y las malas orientaciones sobre el problema de salud denotan una inadecuada atención y una pobre remisión de los ancianos al grupo básico de trabajo, lo que afecta todo el seguimiento clínico en general y refleja debilidades en el programa.

Las evaluaciones relacionadas con la esfera psicosocial, la evaluación funcional, el examen de la esfera cognitiva, con resultados concordantes con el estándar establecido, denotaron una mejor calidad de la consulta cuando esta es realizada por el equipo multidisciplinario, lo que demuestra la importancia de que el anciano sea evaluado por un personal especializado.

Es el binomio del médico y la enfermera de la familia, que labora en un consultorio médico ubicado en la comunidad, el que brinda atención médica integral y dispensarizada al individuo, la familia, la comunidad y el medioambiente.⁽¹⁰⁾

Cabe referir que la ruta crítica no es más que el proceso de remisión por parte del médico de la familia al GBT de aquellos ancianos que poseen elementos de fragilidad o que por la complejidad y magnitud de sus problemas (biomédicos, psicológicos, sociales) necesiten una evaluación más especializada; sin embargo, en esta variable el resultado fue muy malo, en correspondencia con lo obtenido en la evaluación del proceso de atención en el CMF, donde se evaluó de mal la remisión al GBT.

El seguimiento médico debe expresar la conducta a seguir de manera diferencial con cada paciente; esta variable también obtuvo resultados muy desfavorables, lo que condujo a la pérdida de la atención continuada a este paciente y quedó a la libre planificación del médico de la familia sin llegar a una conclusión, cuando uno de los objetivos del Programa de Atención Integral al Adulto Mayor es garantizar la atención escalonada, oportuna y eficaz, y lograr que todos los pacientes mayores de 70 años sean evaluados periódica y exhaustivamente.^(5,8)

Todo esto evidencia la falta de competencias para brindar una atención de calidad, así como el desconocimiento de lo establecido para la atención al anciano.

En la medida que las personas viven más años, lo cual es un logro, aparecen determinadas condiciones que convierten el envejecimiento en un gran desafío, pues existe una doble carga de enfermedad y discapacidad.⁽¹¹⁾

El alcance de las oportunidades de una mayor longevidad dependerá, en gran medida, de un factor clave: la salud. Si las personas viven esos años adicionales en buen estado de salud, su capacidad para hacer lo que valoran será apenas diferente de la de un individuo más joven. Pero si esos años adicionales se caracterizan por una disminución de la capacidad física y mental, las consecuencias para estas personas y para la sociedad serán negativas.

La mayoría de los problemas de salud que enfrentan las personas de edad avanzada están asociados con enfermedades crónicas, en particular enfermedades no transmisibles, muchas de las cuales pueden prevenirse o retrasarse con la adopción de hábitos saludables. De igual manera, algunos problemas de salud pueden tratarse con

eficacia, sobre todo si son detectados a tiempo; incluso las personas con disminución de la capacidad pueden vivir una vida digna y de permanente crecimiento personal en los entornos favorables adecuados. Con el envejecimiento de la población se exige, por consiguiente, una respuesta integral por parte del personal de salud pública.⁽¹²⁾

En 2017 la esperanza de vida en Cuba llegó hasta 79,92 años; en las mujeres fue de 81,93 años, mayor que en los hombres, que fue de 77,95 años.⁽¹³⁾

Cuba mantiene el puesto 34 en la lista de los 192 países que publican la esperanza de vida. Esto quiere decir que sus habitantes tienen una esperanza media-alta en lo que respecta al resto de los países. El aumento de la población de 60 y más años requiere una atención especial debido a que la fragilidad del anciano, en ascenso con la edad, daña su desempeño en las más elementales actividades de la vida cotidiana.⁽¹³⁾ Un diagnóstico y el seguimiento oportunos elevarían la calidad de vida de los ancianos en todo su desempeño.

Tomando como referencia lo obtenido en esta investigación, pudo concluirse que la calidad del proceso de atención médica que se brinda al anciano en el consultorio del médico y la enfermera de la familia y en el grupo básico de trabajo del Distrito de Salud 26 de Julio era mala, con resultados más desfavorables en el CMF en cuanto a la evaluación de estos pacientes y su remisión al grupo básico de trabajo.

Los autores recomiendan capacitar y adiestrar a todo el personal relacionado con la atención médica en el conocimiento y manejo del Programa de Atención Integral al Adulto Mayor, así como aumentar la formación de geriatras, a fin de elevar la calidad de vida de este importante grupo de la población.

Referencias bibliográficas

1. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. Modelos de Atención Gerontológica. Ciudad de México: INAPAM; 2016 [citado 22/11/2019]. Disponible en: [http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/Documentos_Inicio/Libro_Modelos_de_Atencion_Gerontologica_\(web\).pdf](http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/Documentos_Inicio/Libro_Modelos_de_Atencion_Gerontologica_(web).pdf)
2. Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud. La 69a Asamblea Mundial de la Salud culmina sus sesiones. Washington, D.C: OPS; 2016 [citado

- 22/11/2019]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12115:69-world-health-assembly-closes&Itemid=135&lang=es
3. Amaro Cano MC. El envejecimiento poblacional en Cuba, desde el prisma de la epidemiología social y la ética. Revista Anales de la Academia de Ciencias de Cuba. 2016 [citado 22/11/2019];6(2). Disponible en: <http://www.revistaccuba.cu/index.php/revacc/article/view/340/340>
4. Envejecimiento en Cuba: principal reto demográfico (+ Infografía). CUBAHORA. 2019 May [citado 22/11/2019]. Disponible en <https://www.cubahora.cu/sociedad/envejecimiento-en-cuba-principal-reto-demografico>
5. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa de Atención Integral al Adulto Mayor. La Habana: MINSAP; 2015 [citado 22/11/2019]. Disponible en: <http://files.sld.cu/redenfermeriacomunitaria/files/2015/01/programa-de-atencion-integral-al-adulto-mayor.pdf>
6. Lilia Turquina González Cárdenas, Leonardo Cuesta Mejías, Lizette Pérez Perea, María Clarivel Presno Labrador, Ivonne Elena Fernández Díaz, Teresa de la Caridad Pérez Díaz, Sarah Elisa Guerrero Chacón, Caridad Pérez Charbonier. El Programa del médico y enfermera de la familia: desarrollo del modelo de atención médica en Cuba. Rev Panam Salud Publica. 2018 [citado 22/11/2019];42. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34902/v42e312018.pdf?sequence=5>
7. Pons Raventos ME, Rebollo Rubio A, Jiménez Ternero JV. Fragilidad: ¿Cómo podemos detectarla? Enferm Nefrol. 2016 [citado 22/11/2019];19(2):170-3. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842016000200010&lng=es
8. Moliner Molins C, Gardeñes Morón L, Herrera García A, Pérez Centelles MC, Reig Calpe P, Sans Corrales M. Ancianos frágiles: ¿cuántos y por qué? SEMERGEN. 2007 [citado 22/11/2019];33(6):287-92. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-ancianos-fragiles-cuantos-por-que-13108197>

9. Ignacio Aladre ¿Qué es ser un anciano frágil? Universidad Maimónides. 22 Jul 2016 [citado 22/11/2019]. Disponible en: <https://gerontologia.maimonides.edu/2016/07/que-es-ser-un-anciano-fragil>
10. De Hombre Cabrera E. Grupo Básico de Trabajo [citado 22/11/2019]. Disponible en: <https://instituciones.sld.cu/puplaza/grupo-basico-de-trabajo>
11. Sánchez Barrera O, Martínez Abreu J, Castel Florit-Serrate P, Gispert Abreu EA, Vila Viera M. Envejecimiento poblacional: algunas valoraciones desde la antropología. Rev Med Electrón. 2019 [citado 22/11/2019];41(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242019000300708
12. Chan M. Organización Mundial de la Salud, 2015. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra: OMS; 2015 [citado 22/11/2019]. Disponible en https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186471/WHO_FWC_ALC_15.01_sp_a.pdf;jsessionid=FD9A4EE2E6A359D127AF7B04F3D513F3?sequence=1
13. Datosmacro.com. Cuba-Esperanza de vida al nacer. 2017 [citado 22/11/2019]. Disponible en: <https://datosmacro.expansion.com/demografia/esperanza-vida/cuba>

Conflictos de intereses

Los autores declaran que no presentan conflictos de intereses. Todos están de acuerdo con el orden de autoría.

Contribución de los autores

Giselle Bouza Plasencia: Gestora del trabajo investigativo; además, desarrolló y organizó la mayor parte de la información y búsqueda bibliográfica sobre el tema. Redacción del informe. Contribución: 60 %.

Rolando Villoch Bonet: Colaboró con el análisis estadístico de la información y la metodología de la investigación. Contribución 20 %.

Osvaldo Plasencia Domínguez: Asesoró en la parte metodológica de la investigación. Contribución: 10 %.

Ismelis Sosa Tejeda: Colaboró con la búsqueda bibliográfica sobre el tema y en la revisión final del informe. Contribución: 10 %.

