

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO DE SALUD PUBLICA

MAESTRIA EN SALUD PUBLICA

SISTEMAS DE SALUD PARA EL SIGLO XXI

TESIS DE GRADO

**PREVIA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA CON
MENCIÓN EN INVESTIGACIÓN DE SERVICIOS Y SISTEMAS DE SALUD**

**“La Memoria Colectiva en el Adulto Mayor y su influencia en el Acceso
Socio Cultural al Subcentro de Salud Luluncoto”**

Ps. CI. Cárdenas Ortega Javier

Quito, a Mayo del 2011

Dedicatoria

A mi madre Inés que con su ejemplo siempre guía mi vida, al igual que mi padre, mis hermanas; a mis queridas sobrinas. A mis cuñados y en especial a Manuel, a quien siempre lo tenemos presente.

A mi compañera Esperanza que con su paciencia y amor me ha apoyado mucho en estos años de estudio.

Y sobre todo a una niña, a quien amo por encima de todas las cosas. A Jorma, mi hija.

Agradecimientos

Quiero expresar mi agradecimiento a todas aquellas personas que participaron en esta investigación, y en especial a:

Los adultos mayores del barrio de Luluncoto y Pérez Pallares por la apertura y colaboración durante este trabajo.

A todo el personal de salud de Luluncoto que me proporcionaron las facilidades para cumplir con este objetivo.

A mi tutora metodológica Karen Pesse por sus correcciones y paciencia al leer los varios borradores de mi tesis.

Como olvidarme de mis queridos compañeros de la maestría: a Janet, Angel, Rosario, Angie, Olger, Andrés, José Luis, a todos; y en especial a quien con su risa inundaba de alegría toda el aula: Cristina.

Y a los profesores del Instituto de Salud Pública de la Pontificia Universidad Católica que supieron transmitir muy bien sus conocimientos.

TABLA DE CONTENIDO

Listado de abreviaturas	4
1.RESUMEN.....	5
SUMMARY.....	7
2.INTRODUCCIÓN.....	9
3.ANTECEDENTES.....	10
4.PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	12
5.JUSTIFICACIÓN.....	13
6.MARCO DE REFERENCIA	15
6.1 Accesibilidad Socio Cultural en los Servicios de Salud	15
6.1.1 Calidad de la atención.....	15
6.1.1.1 Continuidad de la atención.....	15
6.1.1.2 La Integración de la atención	15
6.1.1.3 Globalidad de la atención	16
6.1.2 Calidad del Servicio de Salud	16
6.1.2.1 Accesibilidad.....	16
6.1.2.2 Permanencia	17
6.1.2.3 Polivalencia	17
6.1.3 Calidad del Sistema de Salud	17
6.1.3.1 Complementariedad	18
6.1.3.2 Optimización de recursos.....	18
6.1.3.3 Referencia y Contrarreferencia	18
6.1.4 Definición de accesibilidad.....	18
6.1.5 Modelos de Acceso a la Atención en Salud.....	18
6.1.6 Modelos de acceso a servicios de salud.....	19
6.1.7 Barreras de Acceso a los Servicios de Salud	20
6.1.8 Accesibilidad Socio Cultural.....	21
6.1.9 Factores socioculturales que dificultan el acceso a la atención.....	22
6.1.10 Restricciones en la accesibilidad socio cultural	23
6.1.11 Estudios descriptivos relacionados al mejoramiento del acceso socio cultural.....	23
6.2 Memoria Colectiva	26
6.2.1 Definición de memoria	26
6.2.2 Memoria individual	26
6.2.3 Memoria colectiva	27
6.2.4. Los marcos sociales de la memoria.....	28
6.2.4.1. Marcos Sociales Específicos.....	28
6.2.4.2 Marcos Sociales generales	29
6.2.5 Factores que contribuyen /modelan la construcción de la memoria colectiva .	32
6.2.6. Importancia de la memoria colectiva como un determinante de la accesibilidad sociocultural a los servicios de salud.....	33
6.3 Adulto Mayor.....	35
6.3.1 Definición	35
6.3.2 Características del Adulto Mayor	35
6.3.3 Envejecimiento.....	36
6.3.3.1 Tipos de envejecimiento	37
6.3.4 La Salud en el Proceso de Envejecimiento.....	38
6.3.4.1 Vulnerabilidad en el adulto mayor	39
6.3.5 Propuesta de Modelo Ideal de Acuerdo a Necesidades de Atención en Salud del Adulto Mayor	40
6.3.6 Situación de Salud del Adulto Mayor en el Ecuador	42
6.3.6.1 Oferta de Atención en Salud para los Adultos Mayores.....	43
6.3.7. Oferta de servicios para Adulto Mayor del SCS Luluncoto	45

6.3.8. Experiencias de otros países en cuanto a la disminución de barreras socioculturales con adultos mayores	47
7.OBJETIVO GENERAL.....	48
ESPECÍFICOS	48
8.METODOLOGÍA	49
9.PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	55
9.1 Acceso del Adulto Mayor al Subcentro de Salud Luluncoto	55
9.1.1 Barreras de acceso funcional.....	55
9.1.1.1 Ausencia de respuestas del personal de salud frente a limitaciones auditivas del Adulto Mayor como barrera de acceso funcional	56
9.1.2 Barreras de acceso Socio Culturales.....	56
9.1.2.1 Auto percepción de su condición de Adulto Mayor	56
9.1.2.2 Escaso cumplimiento del criterio de globalidad de la atención que influye en el acceso socio cultural.	57
9.1.2.3 Percepción de calidad de la atención de salud por parte del adulto mayor	58
9.1.2.4 Preferencia de la atención especializada por el adulto mayor	59
9.2 Memoria Colectiva del adulto mayor	59
9.2.1 La Familia como marco social general de la memoria colectiva.....	59
9.2.2 La clase social como marco social general de la memoria colectiva.....	60
9.2.3 El lenguaje como marco social específico de la memoria colectiva	61
9.3 Reconocimiento de las expresiones de la Memoria Colectiva del Adulto Mayor, y respuesta por parte del personal de salud	62
9.3.1 Percepción del Adulto Mayor sobre la población a la que está dirigido el servicio del SCS Luluncoto	62
9.3.2 Desconocimiento sobre existencia de servicios de salud públicos en el sector	63
9.3.3 La atención de salud como acto de buena voluntad que como un derecho en el Adulto Mayor	63
10.DISCUSIÓN.....	65
10.1 Acceso del Adulto Mayor al Subcentro de Salud Luluncoto	65
10.2 Memoria Colectiva del Adulto Mayor.....	67
10.3 Reconocimiento de las expresiones de la Memoria Colectiva del Adulto Mayor, por parte del personal de salud	68
11.CONCLUSIONES.....	70
11.1 Acceso del adulto mayor al Subcentro de Salud Luluncoto	70
11.2 Memoria Colectiva del Adulto Mayor	70
11.3 Reconocimiento de las expresiones de la Memoria Colectiva del Adulto Mayor, por parte del personal de salud	71
12.RECOMENDACIONES.....	72
12.1 Factores internos presentes en el Adulto Mayor	72
12.1.1 Campaña informativa sobre el Adulto Mayor.	72
12.1.2 Proyecto de mantenimiento de la memoria colectiva en la PAM “Juglares”.	73
12.1.3 Proyecto de Colonias Vacacionales de Promoción de la Salud en la PAM.	73
12.1.4 Conformación de grupos de adultos mayores en la comunidad, basados en trabajo de pares.....	73
12.2 Factores externos, provenientes del personal y del servicio de salud	74
12.2.1 Escaso cumplimiento del criterio de globalidad de la atención al adulto mayor.....	74
12.2.2 Barreras de acceso funcional al Subcentro de Salud de Luluncoto	75
12.2.3 Barreras de acceso socio cultural al Subcentro de Salud de Luluncoto	75
13.BIBLIOGRAFÍA.....	77
ANEXOS.....	80

ANEXO 1. Guía de entrevista a Adulto Mayor.....	80
ANEXO 2. Guía de entrevista a personal del Subcentro de Salud.....	81
ANEXO 3. Guía para grupo focal sobre memoria colectiva en adultos mayores	83
ANEXO 4. Estrategias para el abordaje del adulto mayor durante la entrevista y Decálogo de las personas Adultas mayores	84
ANEXO 5 Formularios para registro de citas por teléfono.....	87
ANEXO 6 Procedimiento para recepción de citas por teléfono	91
ANEXO 7 Modelo de volantes y afiches de promoción de actividades para adulto mayor.....	93

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Modelo de Acuerdo a Necesidades de Atención en Salud del Adulto Mayor	40
Tabla 2. Información de Adultos Mayores entrevistados.....	51
Tabla 3. Información de Personal de Salud entrevistado	52
Tabla 4. Información de Adultos Mayores que participaron en grupos focales	53

Listado de abreviaturas

PAM	Población Adulta Mayor
CEAM	Centro del Adulto Mayor
IESS	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
INEC	Instituto Nacional de Estadísticas y Censos
ISSFA	Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas
ISSPOL	Instituto de Seguridad Social de la Policía
MIES	Ministerio de Inclusión Económica y Social
MSP	Ministerio de Salud Pública
OMS	Organización Mundial de Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
SCS	Subcentro de Salud Luluncoto
SSC	Seguro Social Campesino

1. RESUMEN

“Un muerto nunca está muerto mientras haya un vivo que lo recuerde”.
Frederic Bartlett.

Antecedentes

El Subcentro de Salud de Luluncoto cuenta con una población importante de adultos mayores en su área de influencia, los cuales no pueden acceder al servicio por razones que van desde dificultad para obtener un turno, barreras físicas de acceso y otras, tales como percepción negativa que tiene el adulto mayor sobre la calidad de la atención de los servicios y programas de salud pública, así como del desempeño del personal que labora en ellos; además de la autopercepción de salud del adulto mayor, que se construye y reconstruye a través de conversaciones, recuerdos y comparaciones de sus problemas de salud entre pares, y en la interacción con quien los atiende. Estos encuentros y desencuentros entre el personal de salud y los adultos mayores quedan grabadas en la memoria colectiva de este grupo y se expresan en la utilización o no de los servicios. Razón por lo cual se decidió profundizar en este tema, ya que son escasos los estudios que analizan el acceso desde esta perspectiva.

Objetivos

General

Establecer cómo las expresiones de la memoria colectiva del adulto mayor influyen en el acceso socio cultural de este grupo al Subcentro de Salud Luluncoto

Específicos

Establecer la situación actual del adulto mayor en cuanto al acceso socio cultural del Subcentro de Salud Luluncoto.

Describir las expresiones de la memoria colectiva del adulto mayor en relación al acceso sociocultural

Identificar las respuestas del personal del servicio respecto del acceso sociocultural, frente a las expresiones de la memoria colectiva del adulto mayor.

Metodología

Se trata de un estudio cualitativo, exploratorio y descriptivo basado en entrevistas y grupos focales a adultos mayores de 65 años, y el personal del Subcentro de Salud Luluncoto.

La unidad de análisis para esta investigación fue la unidad operativa mencionada; el universo fueron los adultos mayores de 65 años que utilizan o no los servicios de la unidad, y que viven en los cinco subsectores que comprenden el barrio de Luluncoto. Se excluyeron a todas las personas menores de 65 años de edad y que no vivan de forma permanente en el barrio. Para la selección del personal del subcentro se utilizaron dos criterios: tiempo de trabajo en la unidad y regularidad en la atención del adulto mayor. Se realizó una interpretación cualitativa de contenidos.

Resultados

Se pudo reconocer que existe dificultad en el acceso socio cultural al servicio por parte del adulto mayor, por las percepciones que este grupo presenta, como: auto percepción de vulnerabilidad por su condición de AM, percepción negativa de la calidad de la atención, preferencia por la atención especializada. Así como en el personal de salud se evidencia escaso cumplimiento del criterio de globalidad en la atención que afecta el acceso socio cultural; y la escasa respuesta que tiene respecto

de limitaciones propias del adulto mayor, lo que a su vez limita el acceso funcional al servicio.

En los informantes AM se pudo identificar las expresiones de la memoria colectiva, insertas en sus marcos sociales como la familia, clase social y el lenguaje. Y cómo éstas influyen en el acceso al servicio.

En el personal de salud entrevistado se pudo reconocer que existe dificultad para reconocer las expresiones de la memoria colectiva y por consiguiente no conceden las respuestas adecuadas a los AM en cuanto a la organización del servicio.

Conclusiones

El acceso socio cultural al Subcentro de Salud de Luluncoto por parte del adulto mayor depende mucho de las percepciones que tiene este grupo respecto de la atención que se ofrece en los servicios públicos de salud. Percepciones que han sido construidas a través de sus experiencias en los servicios así como de la interacción con el personal. Éstas tienen su asidero en los marcos sociales de la memoria, en especial en la familia a través de las personas que en su momento brindaron atención al AM, como el curandero al inicio, para luego ser el médico de la familia y posteriormente el especialista. Elección que es definida por la imposición del discurso tecnológico científico en las sociedades modernas. La preferencia del especialista así como del servicio privado, se sustenta también en el marco de clase social: en el caso de los informantes AM, el servicio de Luluncoto está dirigido a personas de escasos recursos económicos. En este sentido, los pocos AM entrevistados no reconocen la atención de salud como un derecho, sino como una dádiva que reciben y que se expresa en prácticas (presentes y regalos al personal) para obtener una mejor atención.

Algunos de estos factores que forman parte de la memoria colectiva de los AM son reconocidos por el personal de la unidad, pero aún no se los ha considerado para organizar el servicio.

Palabras clave. Memoria Colectiva, Acceso Sociocultural, Adulto Mayor

SUMMARY

“Un muerto nunca está muerto mientras haya un vivo que lo recuerde”.
Frederic Bartlett.

History

The Luluncoto Health Sub center has an important population of elderly people in its area of influence, who can not get attention for different reasons: difficulty to obtain a turn, physical access barriers and others like a negative perception that elders have about the quality of the attention in the public health services and programs, as well as the performance of the staff working there. Furthermore the health self perception of the elderly, that is built and re-built through conversations, memories and comparisons of the health problems among peers, and the interaction with the staff that attend them. Regarding the latter, these encounters and disagreements between the health staff and the elderly stay recorded in the collective memory of this group and it is spoken in the use or not use of the services. This is the reason why it was decided to deepen in this subject, of the elderly collective memory, since the studies that scrutinize the access from this perspective are scarce.

Objectives

General

Establish how the expressions of the elderly collective memory influence the socio cultural access of this group to the Luluncoto Health Sub center.

Especifics

Establish the actual situation of the elderly in terms of the socio cultural access to the Luluncoto Health Sub center.

Describe the collective memory expressions of the elderly in relation to the sociocultural access.

Identify the answers of the service staff regarding the sociocultural access, in front of the expressions of the elderly collective memory.

Methodology

It was a qualitative, exploratory and descriptive study based on interviews and focal groups of 65 years old elderly, and the Luluncototo Health sub center staff.

The analysis unit for this research was the mentioned operative unit; the universe was 65 years old elderly that use or not the units services, and live in the five subsectors that include the Luluncoto neighborhood. All under 65 year's old people were included and those who not live permanently in the neighborhood. For the sub center staff selection there were two criteria used: working time in the unit and regularity in the attention of the elderly. For the interpretation of the data it was used the narrative content analysis.

Results

It was recognized that there is difficulty in the socio cultural access to the service by the elderly, originated by the perceptions this group presents, such us: self-perception of

vulnerability for their elderly condition, negative perception of the attention quality, preference for specialized attention. As well as the health staff it is evident the lack of accomplishment of the global attention criteria that affects the socio cultural access; and the reduced response having regard to limitations characteristic of elderly, which in turn limits the functional access to the service.

In the elderly informants could be identified the collective memory expressions, insert in their social marks such as family, social class and language, and its influences in the service access. In the health staff interviewed it was recognizable that there is a difficulty to recognize the collective memory expressions and therefore give them an appropriate answer by service organization.

Conclusions

The socio cultural access to the Luluncoto Health Sub center by elderly depends heavily on perceptions that this group has about the attention that is offered in the public health services. Perceptions have been constructed through their experiences in services as well as interaction with staff. Besides, they have their grip in the social frameworks of memory, especially in family through people that in their moment provided care for the elderly, like the healer at the beginning, and then be the family doctor and later the specialist. Election is defined by the imposition of scientific technological discourse in modern societies. The preference of the specialist as well as private service it is built on the framework of social class, that in the case of the elderly informants, the Luluncoto service is aimed to people with limited economic resources. In this sense, the few elderly interviewed do not recognize the health care as a right, but as a free gift to be received from staff, expressed in practice to obtain a better attention from the staff.

Some of these elements are part of the elderly collective memory are recognized by the unit staff, but they are not even taken into account.

Key words. collective memory, elderly people, socio cultural access

2. INTRODUCCIÓN

La vejez, como una etapa del ser humano que se caracteriza por la sabiduría y acumulación de conocimiento, ha sido relegada por la sociedad en conjunto, y en parte también por los servicios de salud. La Constitución del Ecuador establece al adulto mayor como grupo prioritario de atención, sus actividades de protección se inscriben en el Programa de Atención Integral al Adulto Mayor, aunque la mayor parte de ellas está enfocada en el tratamiento de enfermedades crónicas.

El cuidado, la adaptación del sistema familiar a las enfermedades que se presentan en esta etapa, y el gasto que éstas significan en alimentación, medicamentos y controles; además del costo para los servicios de salud, implican un elevado gasto social para el Estado.

Se evidencia que un envejecimiento sin apoyo, cuidado e información; y sobre todo, sin un acceso real a los servicios de salud, provoca sufrimiento no solamente en la persona que padece, sino también en su familia.

El presente estudio se realizó en el Subcentro de Salud Luluncoto, unidad de primer nivel del Ministerio de Salud Pública donde el año anterior se implementó un proyecto de mejoramiento en el acceso funcional al servicio a este grupo, con iniciativas como: evaluaciones periódicas de salud -cada quince días en el espacio de la casa barrial-; y visitas domiciliarias -una vez por mes- de favorable acogida en la población.

Si bien estos fueron pasos importantes, es necesario dar continuidad al trabajo realizado, por ello se plantea desarrollar una investigación que permita obtener bases para el diseño de estrategias de acceso socio cultural.

Para que esto resulte efectivo, es importante que se identifiquen las prácticas culturales (principio genésico, relación con los demás y su entorno), de estilos de vida (nutrición, consumo de alcohol, tabaco), modo de vida (sedentarismo, aislamiento social), y auto percepción sobre su estado de salud; igualmente no se debe descuidar los marcos sociales de referencia de la memoria colectiva del grupo, así como del personal de salud, respecto de su percepción en la atención que brindan a los adultos mayores.

La presente investigación contribuirá a que las intervenciones iniciadas en el Subcentro de Salud sean más acordes a los intereses y cultura del Adulto Mayor.

3. ANTECEDENTES

El barrio de Luluncoto, se encuentra ubicado al sur oriente de la ciudad de Quito, limita al norte y al este con la Vía Oriental, al sur con la Ciudadela México y al oeste con los barrios Unión de Ciudadelas y Monjas Alto.

Está conformado por cinco subsectores que incluye las edificaciones: Multifamiliares Pierre Hitti, Luluncoto, San Pedro. Torres de Aranjuez.

Comprende una población de 11.176 habitantes¹ de la cual el grupo con mayor porcentaje es de 20 a 64 años con el 57,4%, y adultos mayores de 65 años 7%, que es similar al porcentaje nacional (7% nacional - INEC, 2002).

El 13% poseen estudios primarios, 36% secundarios, el 16% con estudios superiores completos y 6% de analfabetismo.

El 84% de la población económicamente activa del sector está empleada, de éstos el 35,5% son profesionales (de la salud, educación, abogados, arquitectos), 20,7% son empleados privados, el 17,9% comerciantes; mientras que el 13% recibe una pensión jubilar, y el 3% se encuentra entre el subempleo y el desempleo².

El 58% de la población tiene casa propia, el 39% arrendada, el 2% prestada y el restante 1%, dada en anticresis.

El barrio dispone de vías de acceso pavimentadas, servicios de alcantarillado, agua, luz, teléfono, recolección de basura de manera habitual; aunque un 4% de los habitantes no disponen de línea telefónica fija ni móvil, específicamente en el subsector cinco del lado oriental del barrio.

Cuenta con el Subcentro de Salud Luluncoto (SCS Luluncoto) que pertenece al Área de Salud N° 4 de Chimbacalle, que a su vez forma parte de la Red Centro de la Dirección Provincial de Pichincha del Ministerio de Salud Pública.

Esta es una unidad operativa del primer nivel de atención, que funciona desde hace 26 años y parte de una iniciativa de los moradores del sector que realizaron gestiones en la Dirección Provincial de Salud de Pichincha, solicitando la presencia de personal que cubra las demandas de salud de la comunidad.

El sector de influencia del Subcentro de Salud de Luluncoto tiene una población de 745 adultos mayores de 65 y más años. De los cuales, el 57% son mujeres y el 43% hombres; por estado civil, el 56% son viudos, separados, solteros y/o divorciados³; mientras el 41% viven con sus hijos y el 18,3% viven solos.

El 64% no tienen trabajo, 13% están jubilados y 3% reciben el Bono de Desarrollo Humano. El 82% no realiza ninguna actividad física⁴.

Las enfermedades más frecuentes atendidas a la población adulta mayor en la unidad de salud son: infecciones respiratorias agudas sin neumonía con el 58%, artritis, 19%, diabetes 7% e hipertensión arterial con el 5%⁵. Además se logró identificar que el 10% presenta depresión en alguno de sus estadios⁶.

¹ Área de Salud N° 4. Departamento de Estadística Año 2010

² SCS Luluncoto Departamento de Psicología Año 2007

³ SCS Luluncoto Guía de observación Año 2009

⁴ SCS Luluncoto Encuesta Adulto Mayor Año 2010

⁵ SCS Luluncoto Estadística Año 2010

⁶ SCS Luluncoto Servicio de medicina Año 2007

Servicios de salud

Lo que respecta al sector privado, el barrio cuenta con un Centro Gineco Obstétrico, una Clínica de Atención Médica Integral y una Farmacia.

En el sector público, la oferta de servicios del Subcentro de Salud Luluncoto es de consulta externa con: Medicina General, Obstetricia, Odontología y Psicología.

Los recursos humanos con los que cuenta son: dos médicos generales, una obstetriz, dos odontólogos, un psicólogo, una enfermera, una auxiliar de odontología, y una persona encargada de archivo y limpieza. El horario de los profesionales es de cuatro horas, excepto el de la enfermera que es de seis horas y el de la auxiliar de ocho. Este personal funciona como un equipo básico de salud (EBAS) para el trabajo comunitario.

El barrio se encuentra a cinco minutos de la jefatura del Área de Salud N° 4, a media hora el hospital de referencia Enrique Garcés, así como los hospitales de Especialidades Eugenio Espejo y Gineco Obstétrico Isidro Ayora; además en quince minutos está el dispensario N° 14 del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

Respecto a la participación individual y social en salud, las instituciones y organizaciones presentes en el sector son: el Comité Barrial Federico Páez, el grupo de la Tercera Edad del CEAM⁷, la Unidad de Policía Comunitaria, las escuela fiscales: Jesús M. Yépez y Luis Ribadeneira.

El grupo de la tercera edad y el comité barrial están organizados en menor grado en el proceso de planificación y, en mayor grado, en la ejecución y control social del SCS Luluncoto.

Perfil de Morbilidad General

Los diez problemas de salud más frecuentes por los que la población en general acude al subcentro son: caries dentales (40%); Infecciones respiratorias agudas sin neumonía (16%), parasitosis intestinal (13%), gingivitis (9%), vaginitis inespecífica (8%), absceso dental (3%), candidiasis (2%) y enfermedades diarreicas agudas sin deshidratación, pañalitis, enfermedad ácido péptica, todas con el 1%. El 6% restante corresponden a otros problemas de salud, entre los que constan diabetes, hipertensión y depresión⁸.

⁷ Municipio de Quito. Centro del Adulto Mayor. Proyecto Adultos Mayores Año 2010

⁸ SCS Luluncoto, Sala situacional Año 2009

4. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo influyen las expresiones de la memoria colectiva del adulto mayor en el acceso sociocultural de ese grupo etario al Subcentro de Salud Luluncoto?

En este punto es importante anotar las siguientes definiciones:

- Envejecimiento: Serie de modificaciones morfológicas, psicológicas, funcionales y bioquímicas que origina el paso del tiempo sobre los seres vivos, una vez ha finalizado el proceso de desarrollo.
- Vejez: Vejez es la cualidad de ser viejo y hace referencia a la senectud o edad senil. Otros autores la consideran como una construcción social como lo es la adolescencia.
- Senilismo: Aversión por las personas ancianas
- Viejo: Alguien de edad avanzada o algo antiguo y que no es nuevo o reciente. Palabra que casi siempre tiene connotaciones negativas, y que se la relaciona con otros términos tales como discapacidad o demencia.
- Adulto mayor o Anciano sano: Es aquella persona de 60 años o más que no presenta patología problemática funcional, mental o social.
- Memoria: La memoria puede ser entendida como la ideación del pasado, en contra posición con la conciencia y la imaginación prospectiva o utópica del porvenir.
- Memoria Colectiva: Es un proceso psicosocial, que consiste en la trasmisión de un conjunto de recuerdos, dejados por los acontecimientos que han afectado al curso de la historia de los grupos.
- Acceso socio cultural: Es aquella que considera la diversidad de la comunidad según su origen, prestando atención a sus múltiples diferencias como son el idioma, los estilos de vida, la religión, la cultura, las tradiciones, los códigos de salud, la alimentación y el entorno, entre otras

5. JUSTIFICACIÓN

El Subcentro de Salud de Luluncoto cuenta con una población asignada de 745 personas adultas mayores (PAM), de los cuales el 18% utiliza los servicios de la unidad, el 13% acude a los servicios de su seguro social; de estos últimos el 16% son jubilados del ISSFA, el 75% del IESS, y otros en el sector privado 9%, porcentaje que está por debajo del nacional que alcanza el 31.7%. El 35% se hacen atender con médicos particulares, y el 4% se auto medica⁹. El porcentaje de utilización de servicios de salud privados en la población mayor de 65 años del sector se acerca a los datos nacionales, que se ubican en el 38,6%; pero no así de los servicios públicos que está por debajo del 30% del nivel nacional.¹⁰

De acuerdo a esto, existen razones por las cuales los adultos mayores no acceden al servicio de salud de Luluncoto, desde dificultad para obtener un turno, barreras físicas de acceso y otras, tales como percepción de “baja calidad” que tiene el adulto mayor (AM) de Luluncoto sobre los servicios públicos.¹¹ Como se menciona en un estudio realizado por el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), *“la calidad de la atención es la principal barrera para no utilizar los servicios públicos...se la menciona en el 73,7% de encuestados adultos mayores con mejores condiciones sociales”*¹²

Adicionalmente, se evidencia la percepción negativa que tienen la PAM sobre los programas de salud y en particular, sobre los profesionales que los llevan a cabo: *“solo se acuerdan de los viejos cuando están en apuros por entregar un trabajo...solo vienen a tomar fotos y se van...”*¹³

Otra de las razones es la auto-percepción del adulto mayor sobre su estado de salud; ya que, de acuerdo al mismo estudio, a nivel nacional el 15,8% del grupo de PAM manifestó que no padeció de alguna enfermedad y por lo tanto no buscó atención.¹⁴ Esto a pesar que el 58,7% de adultos mayores del sector urbano con una o más limitaciones en sus actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) expresa que su estado de salud es malo.¹⁵

Igualmente, se identifica resistencia de PAM a participar en actividades de salud que integren a miembros de su comunidad. A decir de un morador del barrio existe: *“cierta vergüenza de participar con otros vecinos con los que nunca ha habido la oportunidad de conversar, sino solo de saludar y ya...”*¹⁶

Se considera que la atención es un espacio para el encuentro y desencuentro entre el personal de salud y la población; por ello, con frecuencia aparecen fenómenos transferenciales en la comunicación, principalmente la resistencia; además los Servicios de Salud también son productores de subjetividad ya que sus acciones e inacciones construyen ideas o creencias sobre ellos en la población: *“la obstetrix vino*

⁹ SCS Luluncoto, Encuesta Adulto Mayor. Año 2009

¹⁰ MIES, Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento. SABE I Ecuador. Año 2009 2010

¹¹ SCS Luluncoto, Entrevista PAM afiliado al ISSFA Año 2009

¹² Ibid 9

¹³ SCS Luluncoto, Extracto de entrevista a PAM Luluncoto. Año 2010

¹⁴ Ibid 9

¹⁵ AIVD. Conjunto de actividades que facilitan al individuo adaptarse a su entorno para poder llevar una vida independiente en la comunidad. Incluyen: tomar transporte, comprar, manejar la medicación.

¹⁶ SCS Luluncoto, Entrevista a morador PAM del sector. Año 2009

a hacer papanicolaos y nunca más regresó ni entregó los resultados, también la enfermera y la médica que vinieron a hablar bonito y nunca más regresaron”¹⁷

Por último está la idea en la PAM que la atención que ellos necesitan se la encuentra en los hospitales y/o clínicas de especialidades: *“qué puede ofrecer el SCS, si lo que se necesita aquí es un médico internista, un endocrinólogo, un cardiólogo, porque ese médico de abajo (refiriéndose al subcentro de salud) no puede tratar diabetes”¹⁸*

Ahora bien, la percepción negativa que tiene el adulto mayor sobre la calidad de la atención de los servicios y programas de salud pública, así como del desempeño del personal que labora en ellos, parte de juicios asimilados en algún momento en la vida, tanto del individuo como del grupo y que siguen reproduciéndose a manera de prejuicios; ya sea porque las condiciones de los servicios no han cambiado, o porque existen organismos internacionales, instituciones privadas o públicas que les interesa que así permanezcan. Situación parecida se observa en relación a la capacidad de resolver problemas de salud por parte del personal de primer nivel, con respecto de los especialistas de los hospitales, lo cual produce problemas de saturación de pacientes, disminución de experticia del personal en el segundo y tercer nivel de atención por atender morbilidad de primer nivel, iatrogenias¹⁹, baja cobertura de pacientes en centros de salud, entre otros.

En cuanto a la autopercepción de salud del adulto mayor, se podría decir que esta también se construye y reconstruye a través de conversaciones, recuerdos y comparaciones de sus problemas de salud: diálogos que se llevan a cabo en reuniones, encuentros de grupo, salas de espera de los servicios, y en la interacción con el personal que lo atiende. Éstas últimas a su vez, construyen su imagen del adulto mayor mediante estos encuentros, lo que afectará positiva o negativamente en la consulta.

En resumen, en base a estas consideraciones es importante profundizar en los elementos culturales que determinan el acceso de los adultos mayores al servicio de salud, los cuales pueden ser explicados mediante los marcos sociales que componen la memoria colectiva.

¹⁷ SCS Luluncoto, Entrevista Adulto Mayor grupo Luluncoto Año 2010

¹⁸ Ibid

¹⁹ Iatrogenia es un concepto de uso común en la teoría y la práctica médica. Se refiere, en términos generales, a los posibles daños que un paciente pueda sufrir como consecuencia de la prescripción y la aplicación de tratamientos para curar alguna enfermedad. En particular, desde el punto de vista de la ética, se refiere a la responsabilidad del médico al tomar la decisión para prescribir y aplicar tales tratamientos.

6. MARCO DE REFERENCIA

6.1 Accesibilidad Socio Cultural en los Servicios de Salud

Para entender el concepto de accesibilidad sociocultural, se iniciará con la especificación de criterios básicos que deben regir en la organización de los sistemas y servicios de salud. Los cuales se clasifican en criterios de calidad de la atención, del servicio y del sistema de salud y apuntan a proveer a la población de atención continua, integrada y comprensiva.

Previamente, es importante aclarar que por atención se entiende al contacto que llevan a cabo individuos, familia y comunidad con los servicios de salud, los cuales están organizados sistemáticamente.

6.1.1 Calidad de la atención.

Tomaremos la propuesta hecha por Mercenier y Van Valen (1983), los cuales incluyen como parte de la calidad de la atención, los criterios de continuidad, integración y globalidad.

6.1.1.1 Continuidad de la atención.

Se define como la atención que no se limita exclusivamente al momento de la consulta: el servicio de salud asume la responsabilidad por el individuo hasta que finalice el episodio de enfermedad o el riesgo, es decir hasta la recuperación total, o hasta que haya desaparecido el riesgo. El servicio de salud se responsabiliza de la salud de los individuos, idealmente desde la gestación hasta la muerte. La ruptura de continuidad pone a quien debe realizar la atención en una situación desfavorable: falta de información fiable sobre los antecedentes sanitarios del individuo, su estado de salud, su enfermedad, exámenes y terapias anteriores.

La falta de continuidad impide al responsable de la atención conocer el resultado de su intervención; es decir, imposibilita la evaluación necesaria a la calidad de atención.

La continuidad trata de prevenir las situaciones en las que el individuo por falta de información, por incompreensión, o eventualmente por rechazo, no comprende o no acepta seguir en contacto con el personal sanitario. Asegurar y mejorar la continuidad es también comprender los obstáculos. Eso requiere capacidad de empatía: ponerse en el lugar del otro, entender su sufrimiento.

6.1.1.2 La Integración de la atención

Se refiere a la atención integrada con actividades de tipo curativa, preventiva, de promoción y rehabilitación, que deben hacerse idealmente por el mismo personal de salud.

Mercenier concibe dos formas de integración de la atención: en el tiempo o a nivel del personal.

En el tiempo, se refiere a brindar la atención curativa y preventiva inmediatamente, aprovechando de la consulta curativa como oportunidad para brindar la atención preventiva.

En cuanto al nivel del personal, es tener un equipo de personal pequeño y poco diversificado realizando todos los tipos de actividades, pero a menudo en otro momento de la atención. O a su vez, contar con un equipo amplio de personal, polivalente, para realizar cada tarea diferente que le fue asignada en el mismo momento.

6.1.1.3 Globalidad de la atención

Este criterio manifiesta que los individuos deben ser comprendidos²⁰ en su totalidad, tomando en cuenta tanto sus preocupaciones individuales (aspectos psicológicos) como la situación de la comunidad en la que viven (aspectos socio-económicos y culturales). No basta curar un cuerpo enfermo, es necesario tomar en cuenta su contexto. Para ello es necesario que el enfermo perciba en el personal una respuesta a su sufrimiento, alguien que sienta su problema como él mismo. Esto se denomina EMPATÍA. La empatía implica conocer y escuchar a la población. Para ello es necesario que el personal de salud salga de sus muros para las visitas a domicilio, reuniones de barrio o del pueblo; en fin, que tenga contacto con la comunidad.

Sin globalidad se compromete la continuidad de la atención. La no integración de la atención limita las elecciones.

6.1.2 Calidad del Servicio de Salud

Para poder asegurar la calidad de atención de salud, el servicio debe tener tres características: accesibilidad, permanencia y polivalencia.

6.1.2.1 Accesibilidad

Mercenier también la denomina *descentralización*, y se refiere a que los servicios deben situarse lo más cerca posible de la población sobre el plano geográfico. Esto es muy importante en cuanto a la selección del personal, porque es preferible utilizar aquellos a los que les interesa este trabajo en la periferia. La disponibilidad del personal en la periferia es más importante que el nivel de formación profesional.

Existen límites en la descentralización. Uno de ellos es el económico, y es que por razones de costo, no todos los equipos pueden ser descentralizados. Otro límite es el técnico, que es la dificultad que presentan los profesionales para ejercer sus habilidades por las pocas ocasiones que tienen para ello. Esto es particularmente cierto para las enfermedades poco frecuentes pero importantes, que se convierten en raras y por lo tanto hay una pérdida de competencia del recurso humano para el diagnóstico y tratamiento. Para evitarlo es necesario hacer un balance de la cantidad mínima de enfermos para mantener la competencia y la accesibilidad del servicio.

²⁰ Comprensión: Término que hace referencia a que las personas deben ser consideradas en todas sus dimensiones; incluyendo las socioeconómicas y culturales; y no sólo como clientes privados ó usuarios estatales de atención médica, afectados por enfermedades. Mercenier, Van Balen, Base de organización de los Servicios de Salud, Instituto de Medicina Tropical Príncipe Leopoldo, Amberes-Bélgica, 1997

Un tercer límite se produce en el plano político y se refiere a decidir qué atención será aceptable para la población, tomando en cuenta sus características, y no lo que se hace en otros lugares.

Así como existen límites para la descentralización, también hay barreras para que la población acceda a los servicios descentralizados, las cuales profundizaremos más adelante.

6.1.2.2 Permanencia

Se dice que un servicio es permanente, cuando está abierto todos los días. Es decir, que la unidad de salud debe funcionar con un equipo disponible en forma permanente, de manera de ser accesible en el tiempo, y estar disponible cuando la gente lo necesita.

Esto es importante en relación a la atención curativa, en especial las urgencias; pero es también válido para las actividades comunitarias que son organizadas en forma independiente por la gente

La permanencia se opone a la periodicidad; sin embargo, las actividades preventivas pueden organizarse de forma periódica, a condición de que se mantenga la continuidad.

6.1.2.3 Polivalencia

Se refiere a que el personal debe responder a los problemas presentados por la población, aún en el caso de que se necesite la referencia a un nivel más especializado. Para ello es necesaria la coordinación con el siguiente nivel de referencia, en cuyo caso el rol del especialista en este nivel es definir lo que es posible realizar a nivel periférico y encargarse de las referencias.

La polivalencia en el personal implica a su vez la síntesis de la información de los problemas del paciente. Esta información no puede ser perdida, será necesaria para su uso futuro y debe ser registrada en una ficha de síntesis (historia clínica) en los servicios de salud de primer nivel.

6.1.3 Calidad del Sistema de Salud

Un sistema de salud es un complejo de servicios en el cual interactúan unidades operativas de los diferentes niveles de atención, y se complementan unos con otros; evitando en lo posible la duplicidad de funciones y optimizando al máximo los recursos con los que dispone.

Un sistema de salud integrado, según Mercenier, es un sistema organizado como un conjunto, es decir donde todos los elementos están dispuestos, organizados y coordinados en función de un objetivo común: la responsabilidad sobre de la salud de una población. El nivel de atención para cada caso en particular dependerá de los recursos disponibles y de las prioridades.

Para que un sistema sanitario pueda ser considerado como integrado, debe responder a tres condiciones de organización y funcionamiento: complementariedad, optimización, referencia y contrarreferencia.

6.1.3.1 Complementariedad

Todas las situaciones están cubiertas. La continuidad de la atención solo es posible si no hay huecos en las funciones aseguradas por el sistema. Las funciones, tareas y técnicas realizadas por el sistema deben representar un conjunto coherente.

6.1.3.2 Optimización de recursos.

Cada elemento del sistema tiene un rol específico, sin superposiciones. Al lograr esto, se evita la duplicación, tanto de funciones como de actividades. A cada uno de los elementos se les asigna la función más apta a desarrollar, de acuerdo a sus propias características.

6.1.3.3 Referencia y Contrarreferencia

El flujo de pacientes entre los diferentes elementos del sistema debe ser apropiado. El sistema debe ser organizado de forma tal que cada persona, cualquiera sea su puerta de entrada, o el lugar del sistema donde se encuentre, sea finalmente atendida y tratada por el elemento del sistema cuyas funciones específicas respondan mejor a sus necesidades y problemas. Las referencias y transferencias de enfermos e informaciones, deben por lo tanto ser organizadas por el sistema en el marco de la atención.

Revisados en forma muy general los criterios de calidad, nos detendremos en uno de ellos referidos a los servicios de salud: el de **accesibilidad** que forma parte de los criterios de calidad del servicio.

6.1.4 Definición de accesibilidad

Se define a la accesibilidad como un vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios. Este vínculo surge de una combinatoria entre las condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos y se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios.

Para el desarrollo de esta investigación se tomaron en cuenta dos dimensiones del acceso: una relacionada al acceso al servicio y otra a la atención. Por lo cual, de manera sucinta se detallarán los respectivos modelos y sus características más generales.

6.1.5 Modelos de Acceso a la Atención en Salud

Se han considerado cuatro modelos de acceso a la atención, corresponden a una clasificación desde un punto de vista económico.

a) Modelo Universalista

Es aquel que plantea un acceso universal de la población a los servicios, en su mayoría suministrados por el Estado. Este modelo se financia con recursos procedentes de impuestos y otras fuentes como pago directo de los usuarios y de aportes de organismos internacionales. La provisión de servicios las hacen trabajadores profesionales y no profesionales que dependen del Estado, con gran responsabilidad en la organización, conducción y gestión del sistema.

b) Modelo del Seguro Social

Este modelo en cambio cubre solamente a las personas que aportan, ya sea a través del patrono o de manera voluntaria, y la cobertura de servicios puede extenderse al grupo familiar. Su financiación es por aportes y contribuciones de los empresarios y de los trabajadores. Estos aportes son por lo general obligatorios y los administran los propios interesados.

La gestión de los recursos, y la organización de los servicios, la efectúan entidades intermedias no gubernamentales que contratan servicios con proveedores privados o públicos. Se caracteriza por un menor protagonismo estatal, una gestión mucho más descentralizada y una organización basada más en la regulación que en la planificación.

c) Modelo de Seguros Privados

Éste se caracteriza por la ausencia del sector público, tanto en las funciones de financiador como de prestador. Tiene una organización típicamente fragmentada, descentralizada y con escasa regulación pública. Este modelo de seguros privados limita la acción del Estado a una escasa regulación. El acceso a sus servicios es limitado porque depende de la capacidad de pago de la persona.

d) Modelo Asistencialista

Plantea a la salud como cuestión individual; no corresponde al Estado asumir funciones relativas ni a la prestación, ni al financiamiento, ni a la regulación sectorial. Desde esta óptica, la salud no es un derecho, sino una obligación de los ciudadanos. En este sentido, el Estado sólo se ocuparía de brindar asistencia a aquellas personas incapaces de asumir la responsabilidad individual de cuidar de su salud. Por lo tanto, las acciones estarían focalizadas hacia los grupos más vulnerables y carenciados; serían limitadas en su variedad y cantidad, puesto que, de lo contrario, el simple acto de su provisión por parte del Estado podría constituir un incentivo para que las personas no se hagan responsables por su propia salud.

6.1.6 Modelos de acceso a servicios de salud

Se ha incluido cinco modelos de acceso a los servicios. El primero planteado por Andersen, R. y Aday (1973), los cuales consideran tres dimensiones del proceso de acceso:

- Dimensión política. Se refiere a las acciones planeadas y dirigidas por el Estado para mejorar el acceso a los servicios de salud, que incluye la organización del sistema de prestación, la asignación de recursos y la definición de criterios de elegibilidad.
- Acceso potencial. Busca crear condiciones de uso de los servicios mediante la disponibilidad y organización de la oferta a las características de la población; dentro de estas se destacan creencias, información, dotaciones y necesidades y,
- Acceso real. Se refiere a la utilización efectiva de servicios, asociada además a la percepción de calidad y satisfacción del usuario

El segundo modelo corresponde al propuesto por Penchansky y Thomas (1981) quienes incluyen cuatro dimensiones en su análisis de la accesibilidad:

- Disponibilidad percibida. Indica si el individuo estima que existen servicios dentro de una zona geográfica razonable.
- El acceso. Mide el tiempo efectivo (o la distancia) de viaje entre el lugar de domicilio de los individuos y el servicio de salud. El acceso también comprende la capacidad de conducir (licencia de conducir y vehículo disponible) o locomoción colectiva accesible sin dificultad.
- La solvencia. Es un constructo que se calcula a partir de ingresos, seguro médico (particularmente la cobertura) y costo del tratamiento o del servicio.
- La aceptación. Comprende la estigmatización, pero también puede abarcar otros aspectos, como la preocupación por la confidencialidad.
- La adaptación. Si el programa se adapta a las necesidades del individuo según consta, por ejemplo, en las listas de espera, horarios adecuados, servicios diferenciados por sexo y por etnia.

Un tercer modelo lo plantea Barrenechea (1987) y contiene las siguientes categorías:

- Distancia-tiempo. La existente entre la población que constituye la demanda y las instituciones prestadoras del servicio que conforman la oferta;
- Oportunidad. Referida a que la prestación del servicio tenga concordancia con la demanda y el tiempo;
- Funcionalidad. Referida a la capacidad de atención y eficacia para resolver el problema;
- Costo del servicio. El cual incluye además del precio directo, los relacionados con medicamentos, transporte hasta el lugar de la atención y salario no percibido o generado mientras se espera o se recibe la atención;
- Aceptación por el usuario. Es el modo o característica con que se brinda la atención.

Otro modelo es el visto por Julio Frenk (1985), el cual explica que el acceso abarca tres conceptos:

- Accesibilidad: Grado de ajuste entre las características de la población y las de los recursos de atención a la salud;
- Disponibilidad: Presencia de los recursos para la atención en salud y su capacidad de producir servicios; y
- Acceso: Conjunto de características de la población que le permiten buscar y obtener la atención.

Y por último, el propuesto por Mercenier P, y H. Van Balen (1983), que sirve de base para este trabajo de investigación; éste manifiesta que la accesibilidad es uno de los criterios de calidad del servicio dentro de la organización de los sistemas y servicios de salud, y se refiere al conjunto de factores que eliminan las barreras geográficas, temporales, psicológicas, económicas y socioculturales. Es decir, de acuerdo a esta definición los servicios de salud deben situarse lo más cerca posible de la población, sobre el plano geográfico, pero también en el plano socio cultural.

6.1.7 Barreras de Acceso a los Servicios de Salud

Además, Mercenier plantea que un servicio es accesible y aceptable²¹, cuando hay una interacción óptima entre el servicio de salud y la población. Entonces la

²¹ El término aceptabilidad se utiliza para referirse a la accesibilidad psicológica y sociocultural.

accesibilidad real de los servicios va a traducirse por la utilización del mismo por la población. Sin embargo, la accesibilidad es entendida como un problema de la oferta y es necesario, desde la óptica de estos autores, analizar las barreras que pudieran dificultar el acceso a los servicios. Identifican cuatro tipos de barreras:

- **Barreras geográficas.** Se entiende a la imposibilidad de acercar los servicios a la población por un accidente geográfico, o una barrera construida por el hombre (por ejemplo, una autopista).
- **Las barreras económicas.** Son aquellas que aluden a la imposibilidad de acceso por motivos de falta de dinero, tanto para el transporte como para la compra de medicamentos.
- **Las barreras administrativas o funcionales.** Expresan la dificultad que impone la organización de los servicios, por ejemplo los horarios de atención o los turnos.
- **La cuarta barrera es definida como socio cultural.** Las diferentes culturas entre el personal de los servicios y la población también pueden constituirse en una dificultad de acceso. Comes (2007) también la denomina como *barrera simbólica* en tanto consideramos que el imaginario social y las representaciones también pueden constituirse en barreras.

En base a esta última barrera, definiremos la accesibilidad socio cultural, tema de la presente investigación.

6.1.8 Accesibilidad Socio Cultural

La accesibilidad sociocultural es aquella que considera la diversidad de la comunidad según su origen, prestando atención a sus múltiples diferencias como son el idioma, los estilos de vida, la religión, la cultura, las tradiciones, los códigos de salud, la alimentación y el entorno, entre otras. Estas diferencias determinarán la adaptación de algunas de las intervenciones a desarrollarse en la población, con el objetivo de favorecer la accesibilidad del servicio y garantizar una asistencia de calidad.

El problema de definir la accesibilidad desde la oferta, es que queda invisibilizado el hecho de que los sujetos también son constructores de accesibilidad. Es así que a la propuesta de Mercenier, se debe incorporar una dimensión que obliga a pensar este concepto desde otra perspectiva. Si se considera que se trata de un problema de oferta, las representaciones, discursos y prácticas de la población no son necesariamente considerados por los servicios a la hora de dar respuestas para mejorar la accesibilidad. Al pensarlo como un problema de encuentro/desencuentro entre la población y los servicios de salud, es ineludible la inclusión de las prácticas de vida y salud de la población en cada estrategia para mejorar el acceso. En este sentido, la accesibilidad puede ser entendida como una relación entre los servicios y los sujetos en la que, tanto unos como otros, tienen la posibilidad o no de encontrarse. Esto nos lleva a considerar la dimensión racional del concepto.

Se hace necesario pensar en la relación que mantienen la población y los servicios de salud. Estos últimos como productores de discursos que se entran en representaciones y prácticas de la población, que dan como resultado distintos modos

de acercamiento y utilización. Dicho esto, definimos accesibilidad socio cultural como el vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios.

Adicional a esto, los servicios de salud también son productores de subjetividad, ya que sus acciones e inacciones producen efectos subjetivos en la población y ofrecen indicios para construir ideas o creencias sobre ellos mismos. (Solitario Romina, 2007).

6.1.9 Factores socioculturales que dificultan el acceso a la atención

En la literatura disponible se observan diversas interpretaciones sobre el acceso a servicios de salud y los diferentes factores socioculturales que lo dificultan; no obstante, parece haber algunos de ellos comunes y probados de acuerdo a investigaciones realizadas en este tema. Que son los que se detallan a continuación:

- **Percepción de la atención como un acto de buena voluntad.** A partir un estudio realizado en un Centro de Salud en Argentina (Solitario, 2007), se observó que los usuarios, en general, vivencian la atención como consecuencia de la buena voluntad y predisposición de los trabajadores de salud, y no como un derecho que les es propio por ser ciudadanos. Esto limita el acceso por considerar que la atención es una ayuda más que un derecho universal.
- **Ubicación social y status del médico.** Las personas prestadoras interactúan con los usuarios en función de su propia pertenencia de clase e intereses respecto de sus propias aspiraciones, ya sean estas académicas, profesionales y económicas, lo que también afecta la accesibilidad de las personas a los servicios, puesto que se ha comprobado que la atención cambia por la clase social a la que pertenece el paciente y en relación a la que pertenece o aspira pertenecer el médico.
- **Las diferencias culturales entre los distintos grupos étnicos y los proveedores de servicios de salud.** Entendiéndose éstos como: el idioma, dialectos, prácticas relacionadas a salud, costumbres. De acuerdo a estudios sobre accesibilidad en grupos étnicos minoritarios en Estados Unidos se ha podido identificar que existen temores hacia las instituciones públicas, sobre la base de experiencias con la discriminación.
- **Las personas con diferentes opciones sexuales.** Tienen menos posibilidades, tanto de buscar atención de salud como de ser atendidas (Ros Collado, 2005).
- **La escasa formación de los profesionales en competencia cultural.** En la actual organización asistencial, la falta de tiempo para una atención y escucha de la demanda adecuada y también en ocasiones, la poca sensibilidad hacia la población adulta mayor, pueden contribuir a distanciar a la población de los servicios de salud.
- **Dificultades en la comunicación médico – paciente durante la entrevista.** Se refiere a los obstáculos que se presentan en la consulta y que derivan de tres elementos: de la personalidad del profesional de salud o interrogador (tímido, dificultad para dialogar), del usuario o interrogado (limitaciones auditivas, visuales, personalidad), y del medio, como falta de tiempo y espacios adecuados para la entrevista (López Hernán 2010). Estas dificultades, aunque se podrían referir más a barreras de acceso de tipo funcional, también incluyen

percepciones respecto del otro, que generan a su vez resistencia y falta de empatía en la relación.

6.1.10 Restricciones en la accesibilidad socio cultural

Existen dos tipos de restricciones o limitantes que relacionaremos con el acceso socio cultural y éstas son:

- **Restricciones internas.** Son las que provienen del propio individuo, las que denominamos auto restricción primaria, que consistirían en una serie de factores de carácter interno que influyen en la toma de decisión de la persona para acudir al servicio de salud. A partir de la percepción que la persona tiene de su situación y en función de lo que define como "actuación normal" puede darse una discrepancia con lo que los servicios de salud consideran necesario que hiciera. Esta diferencia de criterios se origina, entre otros factores, sobre la definición del proceso salud/enfermedad que tienen los individuos que acuden en busca de atención, así como de su experiencia previa ligada a sistemas de salud. Es importante tener en cuenta que en este primer caso, la persona no tendría una vivencia de dicha restricción, porque todavía no acude al servicio. (Bada, 1998).
- **Restricciones externas.** Se manifiestan cuando ya se ha tomado la decisión de acudir a los servicios de salud. Las restricciones externas pueden ser generadas por dificultades de carácter legal-administrativo (no tiene historia clínica), estructurales (concertación de visita, pruebas complementarias, visitas de control), desconocimiento del sistema sanitario, socio económicos (precariedad laboral, vivienda), culturales (creencias, religión), de comunicación (idioma, lenguaje no verbal, interpretaciones) o de relación con el personal del centro (actitudes, estereotipos). Todos estos factores externos pueden generar a su vez un efecto de feedback negativo que provoque la aparición de una restricción de carácter interno, que también puede ser provocada por factores externos al sistema sanitario: la auto restricción secundaria. En este caso la persona sí define la necesidad de acudir a los servicios de salud, pero la experiencia previa (sea por razones objetivas o subjetivas) hace que decida no acudir (Collado, 2006)

6.1.11 Estudios descriptivos relacionados al mejoramiento del acceso socio cultural.

Existen algunos estudios descriptivos realizados en servicios de salud, enfocados en disminuir las barreras de acceso socio cultural. Uno de ellos, fue el llevado a cabo por Comes Yamila (2006), en un centro de salud en Buenos Aires, Argentina. El objetivo del estudio era conocer la situación de accesibilidad a los servicios de salud, desde la perspectiva de los trabajadores del sector salud y otros de programas sociales vinculados a la situación de jóvenes y adolescentes del área seleccionada. Según esta investigación, los usuarios adolescentes no lograban entablar una buena relación con los médicos a pesar que consideraban útiles los servicios de salud. Una de sus tesis fue, que a medida que crecen, los adolescentes y en especial los varones, se van distanciando del sistema de salud, al reemplazar las citas de control, por el uso del sistema solamente ante la urgencia. Encontraron que la mayoría de los jóvenes desconocía la existencia de servicios especializados para adolescentes dentro del

sistema público de salud. Y que, en general, los adolescentes no accedían espontáneamente a los servicios, y que en su mayoría accedían por la preocupación de la madre frente a situaciones específicas de su salud.

En respuesta a esto, plantearon una estrategia, la cual fue la captación del adolescente, justo en el momento en que requería la prestación de servicios en el Centro de Salud, para sí mismo o para otros miembros de su familia. Esta atención incluía ser revisados por un clínico en salud.

Esto posibilitó que los jóvenes sean entrevistados por los profesionales e indagados sobre otras problemáticas o situaciones. Lo que permitió al profesional brindar una mejor orientación y sobre todo, no desaprovechar oportunidades que pueden ser únicas.

Otra estrategia que favoreció y fortaleció el vínculo de accesibilidad de este grupo a los servicios de salud, fue articular en forma sistemática las acciones de salud con otros programas (educación, bienestar social). Aunque se pusieron en evidencia dificultades concretas para su realización, como la falta de circuitos y redes sociales instaladas, que hubieran posibilitado una intervención conjunta de las diferentes instituciones barriales que trabajan con esta población.

A pesar de que los profesionales se vincularon con las organizaciones de modo personal y lograron articular algunas acciones conjuntas esporádicas y puntuales, estas se mostraron insuficientes en relación a las políticas en salud, necesarias para brindar respuestas sistemáticas y específicas a las particularidades de la población joven y adolescente.

Otro estudio relacionado al tema de acceso socio cultural, es planteado por Comes Yamila (2004) en su proyecto de Investigación, que consistió en describir la accesibilidad simbólica de las mujeres pobres a los servicios asistenciales, en la ciudad de Buenos Aires Argentina, bajo el concepto de gratuidad de la atención.

Los resultados fueron que las mujeres entrevistadas utilizan el hospital, al que consideran con calificativos positivos a la hora de resolver los problemas de salud, y en esta relación ellas tienen claro el significado de la idea de derecho; sin embargo, cuando se indagó sobre el ejercicio de tales derechos en relación a salud, se observó que sus actos tienen más que ver con alcanzar una buena atención, que garantizarse una gratuidad absoluta o una semigratuidad.

Comes plantea que existirían barreras simbólicas a la accesibilidad a los servicios de salud por parte de las mujeres pobres y éstas estarían dadas por la falta de ejercicio de la salud como derecho.

Un tercer estudio es el realizado por Marisa Ros Collado (2005), quien analiza el tema de acceso socio cultural a los servicios de la población inmigrante en España. Destaca que las situaciones de desigualdad que vive la población inmigrada como el desconocimiento, el déficit o la ausencia de derechos, las condiciones laborales precarias, la carencia de apoyo social y/o familiar, la dificultad para acceder a los recursos preventivos, el desconocimiento del sistema sanitario local, favorecen una mayor vulnerabilidad en su salud.

Esta autora identifica sentimientos como miedo, desconfianza y soledad que con frecuencia se expresan entre la población inmigrante y dificultan el acceso al sistema sanitario; igualmente identifica barreras culturales, como los problemas de

comunicación en un sentido amplio, más allá del idioma (dificultad para establecer relación empática con el paciente), que favorecen que las demandas a los servicios de salud por parte de la población inmigrada sean inespecíficas, a menudo expresadas en forma de somatización y realizadas en los servicios de urgencias de asistencia primaria y hospitalaria, de forma recurrente e incluso itinerante.

Por otra parte, pone en evidencia la escasa formación de los profesionales en competencia cultural, la falta de tiempo para una atención y escucha de la demanda adecuada y también en ocasiones, la poca sensibilidad hacia esta población. Esto puede aumentar la disconformidad en la persona atendida, la impotencia del profesional, el aumento de costos y la frustración mutua.

Como conclusión, Ros Collado plantea que las dificultades para acceder a los servicios de salud y las dificultades en la comunicación repercuten en la salud de la población, en la calidad de la asistencia y en la utilización de los recursos sanitarios. Propone acciones básicas para disminuir las barreras socio culturales, como formación en competencia cultural y medicina de la inmigración de los profesionales en activo y de los que se encuentran en período de formación; servicio de traductores-intérpretes, mediadores y agentes de salud comunitarios, integrados a los equipos de salud; acciones específicas conjuntas para inmigrantes llegados recientemente, además de programas de salud comunitaria, y de información sanitaria.

6.2 Memoria Colectiva

6.2.1 Definición de memoria

Según el enfoque sociológico de Durkheim (1965), la memoria puede ser entendida como la ideación del pasado, en contra posición con la conciencia –ideación del presente– y a la imaginación prospectiva o utópica –ideación del futuro–, del porvenir. En este sentido, el término “ideación” pretende subrayar el papel activo de la memoria en el sentido de que no se limita a registrar, a recordar o a reproducir mecánicamente el pasado, sino que realiza un verdadero trabajo sobre el pasado, un trabajo de selección, de reconstrucción y, a veces, de transfiguración o de idealización. La memoria no es sólo representación, sino construcción; no es sólo “memoria constituida”²², sino también “memoria constituyente”²³.

6.2.2 Memoria individual

De acuerdo a lo que plantea Bartlett (1930), la memoria individual es una facultad mental caracterizada por procesos de recuperación, reconocimiento y recuerdo; es el resultado de una serie acumulativa de estímulos y situaciones precedentes. Agrega que cuando un observador entra en una situación experimental, lleva consigo una serie de propensiones, tendencias, modos característicos de responder, que son resultado de la historia de discriminaciones que el sujeto ha tenido que realizar.

Adicional a esto, Vygotsky (1979) explica que la esencia de la memoria humana reside en que las personas recuerdan activamente con la ayuda de signos. Al emprender una narración se utilizan recursos externos, que están presentes en la sociedad, es decir, el lenguaje, lugares y fechas. Incluso califica como paradójico llamarles recuerdos propios, ya que estos se reconstruyen, pero esa reconstrucción se opera según líneas ya marcadas y dibujadas por nuestros otros recuerdos, o por los recuerdos de los demás.

En la memoria individual habría que distinguir entre el tiempo histórico y el tiempo del psiquismo. Por tiempo histórico nos referimos en este caso, a la sucesión cronológica de acontecimientos que se van dando a lo largo de la vida de cualquier persona. En cambio, el tiempo del psiquismo es un tiempo sin tiempo, es decir, una sucesión de imágenes en el espacio de la memoria, y es así como podemos tener una vivencia de presente en determinados momentos, correspondiendo en realidad a situaciones del pasado y viceversa (Giménez, 2009).

Uno y otro tiempo en los seres humanos están imbricados, pero no existe una correspondencia exacta entre ellos, puesto que la memoria individual se va conformando a partir de una estratificación en el aparato psíquico de huellas mnémicas²⁴, y cada acontecimiento se registra con determinada característica de

²² La Memoria Constituida supone la capacidad de almacenar información y su función es codificar, registrar, buscar y recuperar dicha información

²³ La Memoria Constituyente es constructora de la realidad social, que participa de los modos de constitución de la realidad subjetiva.

²⁴ La huella mnémica es un trazo que inscribe una vivencia y que puede ser reactivado por nuevas excitaciones. Se encuadra más bien dentro de una concepción neurofisiológica de la memoria, permite entender a la memoria como formada por engramas e introduce en la psicología la dinámica del recuerdo y la evocación. Se encuentra en los sistemas inconsciente y pre-consciente.

afecto, con determinada representación. La memoria siempre es equívoca como registro de los hechos, por la distorsión de las fuerzas inconscientes.

6.2.3 Memoria colectiva

La memoria es un hecho y un proceso colectivo. La existencia de un lenguaje y significación común a los miembros de un grupo hacen que éstos vuelvan a su pasado de manera colectiva, es decir dotando de un sentido compartido a los eventos que los han constituido como una entidad.

Es así que la memoria es un proceso social de reconstrucción del pasado vivido y experimentado por un determinado grupo, comunidad o sociedad. Cualquier recuerdo, aunque sea muy personal, existe en relación con un conjunto de nociones que dominan más que otras, con personas, grupos, lugares, fechas, palabras y formas de lenguaje. Incluso con razonamientos e ideas; es decir con la vida material y moral de las sociedades de las que se forma o ha formado parte. Por ello, resulta inadmisibles la existencia de una memoria pura individual.

Los primeros recuerdos encontrados en el camino son los recuerdos compartidos, esos recuerdos son comunes, porque nunca estamos realmente solos. No hay pues, para Halbwachs (1968), dos memorias, sino una y ésta resulta de una articulación social. Los recuerdos más significativos se dan en los espacios que son más frecuentados por la colectividad. Los ámbitos colectivos más relevantes implicados en la construcción de la memoria son: la familia, la religión y la clase social; así los individuos articulan su memoria en función de su pertenencia a cada una de ellas.

Referirse a la memoria colectiva implica el reconocimiento de aspectos básicos como la temporalidad y la espacialidad, los objetos, las relaciones y los significados que emergen entre los actores, es decir, comprenderla como un proceso de construcción social. Se trata de un proceso que involucra todos los mecanismos propios de la memoria como los recuerdos, el olvido, la selección de acontecimientos y la construcción de versiones acerca de aquellos acontecimientos que son objeto de la memorización: una memorización compartida y que no emerge necesariamente en el mismo espacio ni en el mismo momento.

Para Halbwachs, la memoria colectiva asegura el valor y la identidad de un grupo; cuando los hechos que se recuerdan, forman parte de la vida de todo el grupo y son compartidos por sus miembros. La memoria no existe sin el lenguaje y recoge las experiencias que cambian la vida de un grupo, es decir, que conserva del pasado, solamente aquello que permanece vivo en las mentes de un grupo.

De esta manera podemos entender que la memoria contribuye a construir o revalorizar la identidad de un grupo excluido, porque según Cabrera (2005): *“le dice a las personas quiénes son, permitiéndoles así construir sus identidades, actuar en consecuencia y comprender sus acciones”*. Si lo que se recuerda tiene que ver con aquello que afecta la vida del grupo, entonces esa experiencia queda inscrita como huella y como cambio en la memoria del grupo.

A decir de Ricoeur (2003), la memoria colectiva es un proceso psicosocial, que consiste en la trasmisión de un conjunto de recuerdos, dejados por los acontecimientos que han afectado al curso de la historia de los grupos implicados. Tales grupos tienen la capacidad de poner en escena esos recuerdos comunes con motivo de las fiestas, los ritos, celebraciones públicas. Así como también, expresar

imágenes acerca de las relaciones construidas con las instituciones, una de ellas pueden ser las de salud y sus servicios.

Hablar de esta memoria es hablar de colectividades y, para Halbwachs, autor que más ha profundizado en el tema, la colectividad comprende sociedades, grupos, individuos, clases sociales, corrientes de opinión, porque la colectividad es un pensamiento o una oleada de corrientes de pensamiento: *“es el punto de encuentro de varias corrientes de pensamiento colectivo que se cruzan en nosotros, se producen estos estados complejos donde uno ha querido ver un estado único, que no existe sino gracias a nosotros”* (Halbwachs 1950). Por eso la memoria es colectiva, porque en nuestro pensamiento se cruzan en todo momento multitud de corrientes que van de una conciencia a la otra, y donde el pensamiento es el lugar de encuentro; de tal suerte que, se argumenta que la conciencia individual no es más que el lugar de paso de estas corrientes: el punto de encuentro de los tiempos colectivos.

En definitiva, la memoria colectiva es una especie de pensamiento continuo, que no tiene nada de artificial, ya que no retiene del pasado sino de lo que todavía está vivo o es capaz de permanecer vivo en la conciencia del grupo que la mantiene.

6.2.4. Los marcos sociales de la memoria

La investigación de los elementos que en los diversos ámbitos sociales permiten la construcción de la memoria, tanto individual como colectiva, establece la existencia de marcos sociales de la memoria. Dichos marcos, según Halbwachs, son:

- a. Específicos como la familia, la religión y las clases sociales; y
- b. Generales como el tiempo, espacio y lenguaje.

6.2.4.1. Marcos Sociales Específicos

La Familia. El marco colectivo se ordena según un criterio genealógico²⁵ que permite la reconstrucción de una memoria familiar en la que está incluido el individuo. El medio mnemotécnico fundamental que utiliza la familia es el nombre de pila que, por un lado, reenvía al individuo aludido, en su frecuente repetición, a la trama genealógica y, por otro lado, instala la imagen de una persona particular.

En la familia, una buena referencia son los recuerdos de la niñez, ya que ésta transcurre en lugares marcados socialmente: la casa, la habitación, el patio, etc. La imagen se desplaza en el marco de la familia; desde el principio, siempre estuvo en ella y nunca salió de ella. El individuo no recuerda solo, para acordarse, debe colocarse en el punto de vista de uno o varios grupos y situarse en una o varias corrientes de pensamiento. Halbwachs hace la denuncia de una atribución ilusoria del recuerdo a nosotros mismos, ya que pretendemos ser sus poseedores originarios, pero hay que estar del lado de las representaciones colectivas para poder entender y explicar la coherencia que rigen la percepción del mundo.

²⁵ Criterio que tiene por objeto la búsqueda del origen y el estudio de la composición de las familias, en cuanto a sus raíces, historia, condiciones de vida, oficios, religión de sus antepasados.

La memoria familiar no es solo familiar, sino que refleja y construye la memoria colectiva, la cual es a su vez, en palabras de Ricœur, *“el confidente apropiado de la historia”*.

La Religión. Ordena el marco colectivo de la memoria según un dogma o conjunto de dogmas que le permiten diferenciarse claramente de otras religiones y de otras memorias colectivas no religiosas. El dogma resulta de la superposición y fusión de una serie de capas sucesivas de pensamientos colectivos. El pensamiento teológico construye el edificio de las verdades religiosas. En este sentido, la memoria religiosa pretende integrar todas las memorias colectivas en su interior, con su propio lenguaje, con su propio criterio, con sus propios símbolos.

La Clase Social. Halbwachs (1950) afirma que, en cada sociedad la clase dominante genera una memoria colectiva que constituye el soporte de la memoria colectiva de toda la sociedad. Los grupos sociales -en su diversidad- construyen sus propias imágenes del mundo, estableciendo una versión tácitamente acordada del pasado. En este sentido, Halbwachs advierte que la memoria de clase es considerada como una memoria de jerarquía y prestigio dentro de una escala de valores siempre cambiante. De esto se desprende que la memoria se convierte en una herramienta indispensable para el control social. Para confirmar esto, añadimos lo que manifiesta al respecto Baczkó (1991): *“La gestión de la memoria y la administración de la información han sido, efectivamente, piezas claves en los intentos de mantener el orden social instituido”*.

6.2.4.2 Marcos Sociales generales

Además de los marcos sociales de la memoria ya mencionados, que son más específicos, existen otros de carácter más general, que son el espacio, el tiempo y el lenguaje.

El Lenguaje. Es el marco a la vez más elemental y más estable de la memoria, y esto es así, hasta tal punto que podría decirse que la memoria en general depende de él. Esta dependencia de la memoria respecto del lenguaje constituye, además, la prueba manifiesta de que se recuerda por medio de constructos sociales, pues el lenguaje no se puede concebir sino en el seno de una sociedad. Es decir, con el lenguaje se construyen, mantienen y comunican contenidos y significados de la memoria colectiva. En tanto que espacio social de las ideas, el lenguaje como entidad y sistema que permanece, que dura, que tiene cierta fijeza, concede que los recuerdos fluyan por él.

El lenguaje como sistema de comunicación, es una construcción social de la que hacen uso las personas, las colectividades. Los hombres que viven en sociedad usan palabras de las cuales comprenden el sentido: ésta es la condición del pensamiento colectivo y del recuerdo. Para Halbwachs, ciertamente las palabras que se comprenden, se acompañan de recuerdos, y no existen recuerdos a los que no se pueda hacerles corresponder palabras. Hablamos de nuestros recuerdos para evocarlos; ésa es la función del lenguaje, y de todo el sistema de convenciones que lo acompaña, lo cual nos permite, a cada instante, reconstruir el pasado. Eso mismo, pero con otras palabras manifiesta Bartlett (1930), para quien, la organización social aporta un marco persistente en el que debe encajar toda evocación, e influye muy poderosamente tanto en la forma como en el fondo del recuerdo. Una de esas organizaciones sociales fuertes, también denominada marco social por Halbwachs y signo por Vygotsky, es el lenguaje.

Por ello, las formas de guardar los recuerdos proviene del lenguaje, y éste aumenta la amplitud de la memoria. Un conjunto de experiencias se sedimentan y objetivan a través del lenguaje, incorporadas a un conjunto de tradiciones. Justamente, la memoria se encuentra unida al lenguaje, lo cual se debe a que las convenciones verbales constituyen el marco más elemental y estable de la memoria colectiva. Es el sitio donde se contienen y delimitan.

Ciertamente, las palabras que la sociedad nos presenta, tienen un poder evocador y proporcionan el sentido de lo evocado: *“la memoria depende de la palabra”*, en tanto que la palabra sólo es posible en el marco de una sociedad, porque al alejarse del grupo o de la colectividad se aleja del lenguaje que posibilita narrar lo acontecido tiempo atrás.

Puede, asimismo, aducirse que el cómo recordamos es social; cómo se fija la experiencia y cómo es reconstruida en forma de recuerdo. Porque la experiencia, para que se signifique, hay que fijarla lingüísticamente mediante el uso del lenguaje.

Por lo demás, la vivencia de la gente no se presenta de forma aislada práctica y comunicativamente, sino que se comparte a través de la participación. De esta forma, los distintos grupos van generando, a lo largo del tiempo, un pasado significativo, siempre abierto a reelaboraciones atentas a las solicitudes del presente. Y de ellas se nutren las personas.

Con el lenguaje se reconstruye pasado, los recuerdos. Cómo conectamos los distintos acontecimientos que se muestran como dispersos en el tiempo y en el espacio y podemos atribuirles significados, depende en buena medida de nuestro uso del lenguaje; y ese lenguaje, también en buena medida, nos antecede.

La memoria, en consecuencia, es lingüística, verbal. A decir de Vygotsky (1998): *“una palabra nos hace pensar en su significado, igual que un objeto cualquiera puede recordarnos otro”*. La memoria se encuentra mediada con ayuda de los signos. Y no podía ser de otra forma toda vez que no hay memoria por fuera del lenguaje, o al menos se ve de alguna manera imposibilitada. O a su vez, su reconstrucción se dificulta, porque la memoria se abre paso a través de la verbalización, en tanto que las palabras son sociales, y constituyen la forma más directa de comunicar significados.

Es la misma reflexión de Paul Ricoeur (2003) quien manifiesta, que la memoria alude siempre a algo, y añade: *“Decir que nos acordamos de algo, es declarar que hemos visto, escuchado, sabido o aprehendido algo, y esta memoria se expresa en el lenguaje de todos, insertándose, al mismo tiempo, en la memoria colectiva”*.

Puede argumentarse que no sólo con lenguaje se comunican los recuerdos, puesto que también se reconocen, y del mismo modo por el lenguaje se identifican y se nombran para uno mismo, a lo cual se le denomina pensamiento. Pero para ubicar una sensación como recuerdo hace falta pensarla, pues si es mera sensación aún no se le ha vestido con significado (palabras) y no se le reconoce como recuerdo. Por eso se ha dicho que para recordar hay que pensar. En el lenguaje, en todo caso, sea externo (de palabras) o interno (de pensamiento) se contiene lo social, se posibilitan los recuerdos, las representaciones, las imágenes, las ideas sobre el presente, pero también sobre el pasado.

Ahora bien, la comunicación es expresión e interpretación de lo ocurrido tiempo atrás. Logra que el pasado esté en el presente o, más exactamente, que eventos del pasado tengan determinados significados en el presente. Por consiguiente, si se quieren

mantener los recuerdos hay que pensarlos o expresarlos. Recuerdos que no se piensan o se comunican tienden a perderse. Se vuelven olvido social. Y la sociedad, comunicativamente hablando, se achica, se encoge, porque entonces su pasado se ve empobrecido, por ejemplo, si un ritual religioso que es parte de la cultura de una comunidad, ya no se lo celebra, la historia de esa comunidad para las futuras generaciones carecerá de toda una serie de representaciones ligadas a ese ritual. Así vista, la memoria conforma el pensamiento de la sociedad. Una amplia memoria es pensamiento vasto y lenguaje extenso. Una memoria empobrecida es pensamiento arremangado y lenguaje diluido.

El Espacio y el Tiempo. Entendidos como cuadros sociales de la memoria, sitúan los recuerdos distinguiéndolos de las imágenes de los sueños, que carecen de toda referencia espacio-temporal.

El marco social espacial tiene privilegio sobre el cuadro social temporal en el proceso de rememoración, ya que el espacio, en razón de su estabilidad, nos da la ilusión de no cambiar en absoluto a través del tiempo y poder durar sin envejecer ni perder ninguna de sus partes.

El marco social espacial permite además articular y ordenar la rememoración por medio de una realidad no-discursiva que facilita en gran medida su simbolización.

Si bien la memoria no se centra sólo en datos, sí se alimenta de ellos. Por lo cual, a decir de Halbwachs (1950) respecto de los componentes de temporalidad y espacialidad, el tiempo no es real más que en la medida en que tiene un contenido, es decir, en que ofrece una materia de acontecimientos al pensamiento. Es limitado y relativo, pero tiene una realidad plena; y lo bastante extenso para ofrecer a las conciencias individuales un cuadro suficientemente amplio, para que puedan disponer de él y reencontrar sus recuerdos.

El tiempo existe en la medida que es recordado, en el espacio que es narrado; es la objetivación de las transformaciones de la experiencia y los objetos a través de la palabra. Sabemos de él en tanto que se puede proyectar el cambio en coordenadas de pasado, presente y futuro.

Al igual que el tiempo, el espacio contiene acontecimientos y construye recuerdos; puesto que es en los lugares donde las experiencias se guardan, sea en los rincones, en los parques, en los cafés o en cualquier otro sitio donde los grupos viven su realidad y allí dan significado a sus experiencias. De ahí que no resulte gratuito enunciar que *los lugares traen recuerdos*, porque exactamente así sucede, esto lo saben perfectamente los grupos que demandan o levantan monumentos o *placas conmemorativas* en lugares significativos. Razón por la que se habla de *lugares de la memoria*, porque en los lugares se configuran y almacenan los recuerdos.

En cualquier caso, tanto los marcos sociales generales como los específicos son constructos sociales que no son estrictamente, ni conceptos ni imágenes: son nociones. Es decir combinaciones de conceptos o ideas e imágenes, o si se quiere, representaciones en las que interviene una parte sensible y otra más o menos abstracta.

Esta dimensión de los marcos sociales de la memoria es fácilmente perceptible cuando se trata de marcos de carácter general -- en la familia, por ejemplo, el padre representa la imagen de un padre específico y también la figura ideal o conceptual del "padre", pero no ocurre así con los cuadros específicos.

Así, según Halbwachs se puede explicar la propensión a confundir el lenguaje con el lenguaje articulado y éste con el discurso lógico-conceptual, a pesar de que en la rememoración la dimensión significativa del lenguaje posee enormes virtualidades y de que, en el caso de la memoria de los músicos por ejemplo, un lenguaje no-discursivo puede perfectamente operar como marco social de la memoria.

6.2.5 Factores que contribuyen /modelan la construcción de la memoria colectiva

Para comprender las transformaciones que se han producido en las prácticas, conocimientos y creencias de las fases del curso de vida, es importante considerar los cambios que han ocurrido a través del tiempo en los elementos que conforman la estructura del universo simbólico, y cómo estos influyen en la construcción de la memoria colectiva de los grupos.

Por universo simbólico se entiende la estructura de significados, que intentan explicar porqué el mundo es tal como es y no conviene que sea de otro modo. Los universos simbólicos dotan a la realidad socialmente construida de legitimidad. Por ejemplo, los roles de hombre -mujer, padre - hijo, enfermo – sano, que han surgido en la interacción social tal cual, son justificados por un universo simbólico que los dota de necesidad. Se entiende entonces, por ejemplo, que el rol de la mujer en las sociedades patriarcales queda legitimado por explicaciones simbólicas del tipo de Adán – Eva. Estos mitos, a su vez, se integran en un sistema de símbolos que pretenden explicar no solo los roles de hombre – mujer sino todos los demás roles y patrones de conducta socialmente aceptados como válidos.

Cuando el universo simbólico legitima la realidad social admitida, es una legitimación de primer orden; una legitimación de segundo orden es cuando ese mismo universo simbólico precise ser legitimado. Solo es posible que nazca esa necesidad de legitimar el universo simbólico, cuando este se ha explicitado en un sistema ordenado y jerarquizado. En un momento de su desarrollo, este universo ordenado se vuelve problemático.

La simple necesidad de transmisión de ese universo simbólico lo convierte en problematizable. La transmisión nunca es fidedigna, porque los hombres no están contruidos por moldes, por lo que cada uno está dotado de rasgos diferentes que influyen en cómo conciben ese universo simbólico, y por lo tanto, en el modo como lo transmiten. Si este problema se acentúa, puede llegar a crearse un grupo dentro de la sociedad que tenga una versión diferente del universo simbólico hegemónico. Si se piensa en el nacimiento de todas las religiones y movimientos políticos, vemos que se ajustan a ese patrón: la transmisión del universo simbólico hegemónico se degrada en transmisiones sucesivas hasta que un grupo dentro de la sociedad llega a vivir en un universo simbólico diferente al que el grueso de la sociedad considera el “auténtico”.

Estos grupos son una amenaza para el universo simbólico, y sobre todo, para el orden social e institucional que esos universos simbólicos hegemónicos legitiman. Otra amenaza para esos universos es el contacto con otros universos simbólicos diferentes, que es un riesgo grave para ambos universos. El defender el universo simbólico hegemónico requiere de la utilización de la fuerza en muchos casos, o sino de un mecanismo argumentativo sofisticado.

El primer intento de legitimar los universos simbólicos es la mitología. Con ella se pretende ordenar las diferentes narraciones en un orden que se interrelaciona. Cuando

las mitologías se hacen más y más complejas y abstractas, nacen las teologías; la teología se diferencia de la mitología por su mayor grado de sistematización teórica.

La teología que pertenece a una élite de teorizadores, mientras que la mitología es conocida por todo el cuerpo social; la teología distingue entre el profano y el especialista. Esta distinción entre profano y élite teorizadora la comparte la teología con otros sistemas de legitimación de universos simbólicos como pueden ser la filosofía o la ciencia (Berger, Luckman, 1968).

En este punto Berger coincide con lo propuesto por Halbwachs (1950) en la religión como marco general de la memoria colectiva, el cual, manifiesta que “el pensamiento teológico construye el edificio de las verdades religiosas sobre numerosos planos que se esfuerza en hacer concordar”

Estos conceptos también se acercan al de religión de Durkheim (1965), quien agrega, que el mundo y la vida se explican a través de elementos mitológicos y/o mágicos, religiosos. Los elementos de su universo simbólico emergen en un discurso hegemónico, y como consecuencia tenemos una memoria colectiva determinada.

Durkheim agrega que ha habido un desplazamiento en el eje del universo simbólico, pasando de lo sagrado en sociedades primitivas a lo profano en sociedades modernas; en las cuales los elementos con los que se trata de explicar el mundo van a estar influenciados por la ciencia y la tecnología.

El rasgo que caracteriza a las sociedades modernas, es que surgen bajo apariencias de racionalidad económica, cuyos elementos son: el predominio de la racionalidad instrumental²⁶, de lo técnico burocrático como elementos moldeadores del comportamiento humano. Y estos van a intervenir en los diferentes ámbitos de la vida, y de la cultura; es decir, intervienen en estilos de vida, en las identidades, e influyen en la construcción y/o moldeamiento de las memorias colectivas de los grupos (Rojas 1995).

6.2.6. Importancia de la memoria colectiva como un determinante de la accesibilidad sociocultural a los servicios de salud

No se dispone de muchas evidencias acerca de cómo la memoria colectiva influye en el acceso sociocultural a los servicios de salud; sin embargo, se ha podido encontrar un estudio realizado por Vásquez Celmira (2009), sobre memoria colectiva y cuidados para la salud en una población de la selva colombiana, afectada por el conflicto armado que sufren desde algún tiempo en esa región.

Esta investigación tiene la finalidad de comprender los cuidados de la salud en el contexto de las dinámicas culturales, sociales, económicas y políticas de esa población, para aportar a la construcción de los procesos de empoderamiento de la salud y consolidación de la identidad de una población rural. En su conformación, han influido diferentes acervos culturales y condiciones sociopolíticas y económicas: producto del desplazamiento forzado por la violencia y el conflicto social y armado que se desarrolla en esa región de Colombia.

²⁶ Según Weber, es aquella que se ocupa de elegir los medios más adecuados para fines ya dados. La sociedad pasa entonces a estar dominada por tecnócratas expertos en aplicar los medios y evaluar las consecuencias.

La autora plantea que la memoria colectiva, entendida como la capacidad de individuos y pueblos de actualizar y de maniobrar con el pasado a partir de sus luchas cotidianas, define en cierta medida la posibilidad de alcanzar un empoderamiento real y no impuesto por otros. Proceso necesario para que las comunidades rurales participantes en este estudio, puedan analizar críticamente sus condiciones objetivas y subjetivas de vida y tomar decisiones frente a los problemas de salud generados por el abandono estatal, la ausencia de políticas sociales y el conflicto social y armado. Cabe aclarar que por tratarse de una propuesta investigativa a mediano plazo, y aún en desarrollo, no se dispone de resultados definitivos.

6.3 Adulto Mayor

6.3.1 Definición

En América Latina, se considera adulto mayor a las personas de 65 años y más, pero cada país puede adoptar el límite. Por iniciativa de la Organización Panamericana de la Salud la expresión “adulto mayor” sustituye las denominaciones de “anciano”, “persona de edad” o “persona de la tercera edad” y designa a las personas de 60 años y más. Plantea la siguiente clasificación:

- El Adulto Mayor (Anciano) sano es aquella persona de 60 años o más que no presenta patología problemática funcional, mental o social.
- El Adulto Mayor Enfermo es aquel que padece alguna enfermedad (aguda o crónica) pero que no cumple criterios de adulto mayor frágil.
- Adulto Mayor con dismovilidad es aquel que pasa la mayor parte de su tiempo en la cama (que sólo puede abandonar con la ayuda de otra persona) y personas con dificultad importante para desplazarse.
- Adulto Mayor Frágil o de Alto Riesgo, según Suay Cantos (2009) es aquél que presenta uno o más de los siguientes factores:
 - Mayor de 80 años,
 - Vive solo
 - Pérdida reciente de su pareja (menos de 1 año).
 - Patología crónica invalidante, fundamentalmente: accidente cerebro vascular, enfermedad de Parkinson, artrosis y déficit auditivo o visual importantes.
 - Caídas
 - Consumo de más de tres medicamentos simultáneamente (Polifarmacia).
 - Ingreso hospitalario en el último año
 - Demencia u otro deterioro cognitivo o depresión.
 - Deficiencia económica.
 - Insuficiente soporte social.

6.3.2 Características del Adulto Mayor

Las personas mayores de 65 años poseen características propias, diferentes a los de menor edad, lo mismo que las mujeres respecto a los hombres de la misma edad. Éstas se incluyen en tres componentes principales: baja probabilidad de padecer enfermedades o invalidez, elevada capacidad funcional física y cognitiva, y mantenimiento de una vida activa en la sociedad.

La baja probabilidad de enfermar se refiere a la ausencia o bajo nivel de gravedad de los factores de riesgo de padecer una enfermedad.

Respecto al elevado nivel funcional, éste incluye lo físico y cognitivo, éste último vinculado al aprendizaje; puesto que el ser humano, como ser social, en todas las etapas de su vida está intercambiando experiencias y conocimientos con su medio, los adultos mayores de igual forma continúan en este proceso de aprendizaje, pero la perspectiva desde la cual aprenden es diferente, esto es, se adecúan a las características personales por las que está atravesando en esta etapa de su vida; por tanto el aprendizaje no es algo exclusivo de los grupos jóvenes de la población.

El mantenimiento de una vida activa está vinculado a las relaciones interpersonales y la actividad productiva. Las relaciones interpersonales engloban los contactos con otras personas, es decir, intercambio de información y soporte emocional. En cambio la actividad productiva, su característica definitoria es la creación de valor social, tanto

si es remunerada como si no. Por ejemplo, una persona mayor que cuida a un miembro discapacitado de su familia o trabaja como voluntario en una iglesia u hospital está siendo productiva, aunque no sea pagada por su trabajo.

6.3.3 Envejecimiento

Para iniciar, cabe hacer una diferenciación entre envejecimiento como proceso individual y el envejecimiento como situación demográfica poblacional. Se considera envejecimiento poblacional al incremento de individuos con edades que superan los 60-65 años de edad. Los factores más influyentes en este proceso son la disminución de la fecundidad, los acontecimientos históricos (guerras, catástrofes), los factores sociales (migraciones) y los progresos médicos. El envejecimiento poblacional es parte del proceso de transición demográfica, que implica un descenso de niveles altos a moderados en la mortalidad y fecundidad. Situación que conlleva importantes consecuencias en materia de salud por tratarse de un grupo de edad con mayor vulnerabilidad.

Ahora, el envejecimiento como proceso individual es el conjunto de cambios morfológicos, funcionales y psicológicos, que el paso del tiempo ocasiona de forma irreversible en los organismos vivos.

Estas modificaciones no se presentan de forma repentina y conjunta en una persona por el mero hecho de alcanzar una determinada edad, o cambiar de situación laboral o administrativa. De hecho, aunque el envejecimiento es un proceso universal, porque afecta ineludiblemente a todos los seres vivos, presenta una gran variabilidad individual, ya que no todos envejecen al mismo tiempo, ni de la misma forma.

Así, el hecho fundamental del proceso de envejecimiento, es la baja progresiva de la capacidad de adaptación del organismo a circunstancias anómalas, debido a la disminución de la reserva funcional de los distintos órganos y sistemas. Esto supone que en las condiciones habituales, la persona mayor, con sus características físicas, psíquicas y funcionales, podrá tener un buen nivel de adaptación al medio que la rodea, pero será muy sensible a circunstancias como enfermedad, estrés de diverso tipo, que le exijan un sobreesfuerzo. Con frecuencia, muchas de las modificaciones que se achacan al envejecimiento son determinadas por factores intrínsecos como enfermedades e intervenciones quirúrgicas previas; o consecuencia de las malas condiciones que les ha tocado vivir a los adultos mayores, como situaciones socio económico y sanitario previas desfavorables (factores extrínsecos).

Es importante señalar que existen una serie de tópicos sobre el envejecimiento que la mayoría de las veces son erróneas y profundamente injustas, y que contribuyen a alimentar los prejuicios sobre los adultos mayores en nuestra sociedad. Uno de ellos es cuando una persona se jubila o cumple 65 años, ya se le considera vieja, y se le carga de pronto con todos los estereotipos al uso; sin reflexionar que con mucha frecuencia las personas a esa edad se encuentran en mejores condiciones físicas, psíquicas y funcionales, y mantienen un gran nivel de exigencia propia y con los demás.

Otro hecho a destacar es el identificar vejez con enfermedad, invalidez y dependencia. Aunque a decir de Marín (2003) hay algunas enfermedades claramente ligadas al hecho de envejecer (demencias y enfermedades degenerativas en general), la mayoría de las enfermedades o limitaciones que se encuentran en los adultos mayores dependen, como ya se dijo, de situaciones socioeconómicas o sanitarias previas, y sus consecuencias podrían mitigarse con un adecuado control. Al respecto, según el mismo autor, se ha demostrado que la mayoría de los mayores viven de

forma autónoma, con un adecuado grado de salud, tendiendo a agruparse los síndromes discapacitantes en los muy mayores (80 años o más).

Otro punto de discusión es el de considerar a los mayores como una carga para la economía del Estado, por la gran cantidad de gastos que supuestamente ocasionan (prestaciones sanitarias, pensiones). En este sentido, es injusto pensar que personas mayores, en circunstancias socio ambientales bastantes peores a las actuales, hayan conseguido el desarrollo del que se disfruta con su trabajo, y que actualmente puedan verse acusadas de ser una carga para el país, por el hecho de percibir una pensión (en ocasiones insuficiente), o por tener acceso gratuito al sistema sanitario, de asistencia geriátrica especializada y de recursos socio sanitarios para las personas dependientes.

6.3.3.1 Tipos de envejecimiento

Existen algunas clasificaciones sobre los tipos de envejecimiento; una de ellas la que consta en el Plan Nacional de Desarrollo Adultos Mayores del Ecuador (2007), que incluye²⁷:

Envejecimiento Fisiológico. Proceso en que los parámetros biológicos son normales y se conserva la posibilidad de relación con el medio en que se mueve.

Envejecimiento Patológico. Presencia de enfermedades que pueden alterar el curso normal del envejecimiento fisiológico.

Envejecimiento Activo: Es el proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable²⁸, la productividad y la calidad de vida²⁹. Esta última determinada en gran medida por su capacidad para mantener su propia autonomía y funcionalidad en la vejez.

En este sentido, el término envejecimiento activo, según la Organización Mundial de la Salud (2002) se refiere a un proceso de continua implicación social, económica, espiritual, cultural, y no simplemente a la capacidad de permanecer físicamente activo. Para este enfoque, mantener la independencia es el principal objetivo para los individuos, y la salud que posibilita esta independencia es la llave o el medio para envejecer activamente. Además está basado en el reconocimiento de los derechos humanos de las personas mayores y los principios de participación, dignidad, cuidado y autorrealización. En definitiva, la salud del anciano se define por su capacidad para funcionar, y no por las limitaciones, discapacidad o enfermedad que presente.

Cabe indicar que el envejecimiento activo se aplica tanto a los individuos como a los grupos de población. Permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico,

²⁷ Otros autores proponen los siguientes tipos de envejecimiento: a) Patológico; b) Promedio y c) Exitoso. Que corresponderían a la clasificación descrita.

²⁸ Se utiliza como sinónimo de esperanza de vida libre de discapacidad, y esta se define como el número medio de años de vida que un individuo miembro de una población determinada viviría sin discapacidad, si se mantuvieran las tasas de mortalidad y de discapacidad por edad observadas en dicha población.

²⁹ Es la percepción individual de la propia posición en la vida, dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive, y en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones.

social y mental a lo largo de todo su ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus deseos y capacidades. En este sentido, se sustituye la planificación desde un planteamiento basado en las necesidades (que contempla a las personas mayores como objetivos pasivos) a otro, como ya se dijo, basado en los derechos de los adultos mayores a la igualdad de oportunidades y de trato en todos los aspectos de la vida a medida que envejecen.

6.3.4 La Salud en el Proceso de Envejecimiento

Como se anotó anteriormente el envejecimiento es un proceso con una gran variabilidad individual y, por tanto, no se debe esperar encontrar en todos los adultos mayores las mismas características. Además, el envejecimiento no es un proceso sincrónico o uniforme en un mismo organismo, es decir, no todos los órganos o sistemas envejecen al mismo ritmo y, por consiguiente, en una misma persona no aparecerán todas estas características de forma conjunta.

Es así que los cambios asociados al envejecimiento han sido estudiados bajo modelos deficitarios para pasar a modelos funcionales en la actualidad. De estos últimos, los principales puntos en los que hay acuerdo se refieren a los cambios anatómicos en todos los órganos, tejidos y sistemas del cuerpo humano. Algunos de estos cambios van acompañados de cambios fisiológicos como las alteraciones del sistema inmune y del aparato digestivo.

No nos detendremos en este campo de lo biológico, y más bien se dará énfasis a los cambios psicológicos y su influencia en la salud del adulto mayor, dividiéndolos a su vez en cognitivos y de personalidad.

- A nivel cognitivo. Según Sánchez Ayala (2007) no parece haber un patrón de declive universal; mientras unas se deterioran, otras pueden mantenerse o incluso aumentar. Entre las alteraciones de las funciones cognitivas se encuentra el caenlentecimiento global de los procesos mentales, que se refiere al tiempo de recuperación de datos desde la memoria primaria o secundaria³⁰ que se incrementa a partir de los 70 años. Además se presenta una disminución de la capacidad de aprendizaje, fundamentalmente por dificultad en realizar operaciones necesarias para un buen funcionamiento de la memoria secundaria en especial. Marín (2003) por su parte sostiene que suele haber una disminución de la actividad psicomotriz, disminuye la velocidad de procesamiento de información, existe dificultad para solucionar problemas abstractos o complejos y suele disminuir la memoria reciente o de corto plazo.
- Respecto de la inteligencia, a decir de Sánchez Ayala, el cociente intelectual no parece disminuir con la edad, aunque se considera que hay una alteración de la inteligencia fluida (resolución de nuevos problemas) conservándose la inteligencia cristalizada (vocabulario, conocimientos generales). El lenguaje, en cuanto a capacidad fonética, sintáctica y comprensión del mismo permanece estable.

³⁰ La memoria primaria se refiere a la información consciente o del presente psicológico; la memoria secundaria se refiere a la información que ya no está presente y, que por ende, forma parte del pasado psicológico. También llamadas memoria de corto y largo plazo respectivamente. Cabe resaltar que existen tantas categorías como tipos de memorias: Algunas de ellas: Procesal, Declarativa, Episódica, Semántica.

- En cuanto a la personalidad, Sánchez A. afirma que esta se mantiene a lo largo de la vida del individuo, y que los cambios, más que propios del envejecimiento corresponden a situaciones adaptativas según la personalidad previa del sujeto. Desde esta perspectiva, no se podría hablar de una modificación de la personalidad con el envejecimiento, pero sí parece que durante esta etapa son más frecuentes una serie de rasgos, como las quejas hipocondríacas³¹. En este sentido, hay que tener en consideración la íntima relación entre lo psíquico y lo somático en este grupo poblacional, puesto que podríamos afirmar que la enfermedad psíquica predispone a la enfermedad somática y ésta a su vez en el pronóstico y apareamiento de enfermedades psiquiátricas.

A su vez, Marín sostiene que en la personalidad del adulto mayor, suele aumentar el interés por lo propio, se toma el pasado como referencia principal, no entendiéndose bien las actitudes de las nuevas generaciones. Se tiende a conservar y almacenar cosas en un intento de asegurar el futuro. Hay una cierta resistencia al cambio, a lo nuevo, y cuesta trabajo decidir entre varias opciones; todo esto sin entrar en el terreno de lo patológico. Puesto que, a manera de conclusión se envejece tal y como se ha vivido, y que los comportamientos que se observan en esta etapa no son más que exacerbaciones de los rasgos de personalidad previos.

6.3.4.1 Vulnerabilidad en el adulto mayor

La población adulta mayor enfrenta una serie de factores de riesgo que potencian su vulnerabilidad social como individuos. El primer factor es su edad. Desde el punto de vista fisiológico, los individuos con la edad acumulan situaciones que los van haciendo gradualmente dependientes; por ejemplo la disminución de la fuerza física, la disminución de algunas capacidades como la visual, auditiva, cognitiva; la disminución de habilidades que les impiden tener una vida independiente, desde alimentarse y vestirse por sí mismos, hasta saber orientarse en la vía pública.

Desde el punto de vista económico, las personas adultas mayores son poco hábiles para enfrentar un mercado laboral caracterizado por salarios precarios, largas jornadas de trabajo y lo que es peor, seguridad social baja o nula. La disminución o pérdida de un ingreso, tiene como consecuencia la pérdida de la capacidad de respuesta a cualquier contingencia, hasta la más básica como lo es comer y vestir, o más grave como pagar medicamentos en caso de enfermedad.

Desde el punto de vista antropológico, el ser viejo en las sociedades modernas es casi sinónimo de pérdida. La sociedad reconoce y valora lo joven, la estética, lo material; el adulto mayor tiene, por tanto, un lugar misericordioso, despierta sentimientos de pena e incluso de culpabilidad.

³¹ De manera general se refiere a las pseudo sensaciones peculiares que tienen un efecto directo sobre los órganos corporales, y por las cuales no se puede hacer responsable a ninguna enfermedad orgánica.

6.3.5 Propuesta de Modelo Ideal de Acuerdo a Necesidades de Atención en Salud del Adulto Mayor

Como un modelo ideal de atención al adulto mayor, se plantea el propuesto por la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

El objetivo principal de modelo es garantizar una atención de salud integral, completa y continua a los adultos mayores. Además de:

- Prevenir o retardar la presentación de enfermedades y de las discapacidades que éstas pudieran originar. Mediante:
 - Promover cambios en el estilo de vida.
 - Promover medidas de prevención primaria, secundaria y terciaria
 - Facilitar la realización del examen periódico de salud
 - Capacitar a los profesionales de salud, a los propios adultos mayores, a sus familiares y cuidadores en temas relacionados con el envejecimiento.
- Proveer atención médica oportuna
- Proveer coordinación entre los niveles de atención
- Favorecer la investigación encaminada a identificar y corregir los principales problemas en la atención de salud de las personas adultas mayores
- Prevenir la hospitalización innecesaria
- Prevenir la pérdida de autonomía y la institucionalización de las personas adultas mayores

Esto a través del siguiente modelo:

Tabla 1. Modelo de Acuerdo a Necesidades de Atención en Salud del Adulto Mayor

<p>Educación y Comunicación Social</p> <ul style="list-style-type: none"> • Constituir agrupaciones • Capacitar a promotores • Realizar charlas educativas periódicas • Preparar campañas nacionales de información • Promulgar programas de envejecimiento activo • Fomentar la responsabilidad individual • Organizar actividades culturales y recreativas • Educar a la población en general con respecto al envejecimiento. 	<p>Examen Periódico de Salud (EPS)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formato de historia clínica del AM • Detección oportuna de enfermedades • Detección oportuna de deterioro funcional físico y cognitivo • Exámenes de laboratorio e imágenes pertinentes • Consejería individual 	<p>Evaluación Geriátrica Integral (75+)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Funcionalidad • Estado Mental • Estado Anímico • Marcha y Balance • Polifarmacia • Estado Nutricional • Abuso y maltrato • Socio familiar
<p>Inmunizaciones Programa</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anti-influenza -- Una vez al año 	<p>Tamizaje Cáncer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frotis de Papanicolau: Cada 3 años hasta los 	<p>Apoyo social y comunitario Favorecer accesos a servicios</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Anti-neumococcica -- Cada 5 años ³² - Td Toxoide tetánico y diftérico -- No inmunizado: 2 dosis (1 mes de intervalo) -- Cada 10 años. 1 dosis si herida contaminada y última dosis > 5años 	<p>70 años. Nunca realizado 2 exámenes con un año de intervalo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mamografía: Cada 2 años hasta los 75 años de edad, posteriormente cada 3 años (si esperanza de vida es mayor a 4 años) • Sangre oculta en heces: Cada año • Tacto rectal: Anual >50 años (Si esperanza de vida es mayor a 10 años) <p>Pruebas de función tiroidea Realizarlas por lo menos en la primer consulta y posteriormente según condiciones de cada paciente</p> <p>Hipertensión y Diabetes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Toma anual de Tensión Arterial - Glucemia cada 3 años > 45 años • Visión • Examen oftalmológico anual <p>Audición</p> <ul style="list-style-type: none"> - Examen anual • Cavidad bucal - Examen anual <p>Tuberculosis</p> <ul style="list-style-type: none"> • PPD dos pasos: Cuidados prolongados • BAAR en tosedores crónicos³³ 	<ul style="list-style-type: none"> • Búsqueda de casos • Medios de transporte accesibles y adecuados • Cuidados y apoyo domiciliario • Consulta domiciliaria • Cuidados de enfermería • Cuidados personales • Apoyo a la familia <p>Creación de grupos de apoyo</p>
<p>Atención Médica</p> <ul style="list-style-type: none"> -Manejo de enfermedades agudas -Control de enfermedades crónico degenerativas 	<p>Rehabilitación</p> <ul style="list-style-type: none"> -Rehabilitación del ambiente -Programas específicos -Rehabilitación de la 	

³² “Se recomienda una sola dosis de la vacuna neumococcica de polisacáridos (PPSV) después de los 65 años. La vacuna conjugada (PCV) no ha sido aprobada por la FDA para uso en ancianos”. García Carlos. Algunas estrategias de prevención para mantener la autonomía y funcionalidad del adulto mayor. Rev. Med. Clin. Condes. Chile 2010

³³ PPD. Siglas en inglés: Derivado Protéico Purificado; BAAR. Bacilos Ácido Alcohol Resistentes.

-Evaluación y manejo de los síndromes geriátricos -Asesoría por, y capacidad de referencia al 2º y 3er nivel de atención	marcha -Rehabilitación neurológica -Manejo no farmacológico de dolor crónico -Rehabilitación neuropsicológica -Asesoría y entrenamiento	
---	---	--

Elaborado por: Cárdenas O. Javier

Fuente: OPS (2005) Atención Integral en Salud para las Personas Adultas Mayores

6.3.6 Situación de Salud del Adulto Mayor en el Ecuador

En el siglo XXI la población mundial envejecerá más aún, pues se prevé que la natalidad siga descendiendo y que la mortalidad continúe siendo baja. Por lo tanto, habrá menos niños y la gente vivirá más años; tal vez en el año 2050 el número de adultos mayores en el mundo alcance el 22%. Si se cumplen las predicciones, uno de cada cinco habitantes del planeta tendrá más de 65 años a mediados del siglo XXI. (Zavala, 2005).

En el Ecuador, según datos y proyecciones del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), en el año 2007, existe una población de 13'574.918 habitantes, de los cuales 987.279 son personas de 65 años y más, lo que representa el 7,27 % del total de la población, con un alto índice de pobreza extrema: 42,02%. Además, existen en el país 1'600.000 personas con discapacidad, lo que representa el 13,3 % de la población ecuatoriana, de los cuales 550.000 son personas de 65 años y más.

El 40% de las personas adultas mayores reside en las áreas rurales, situación que es desventajosa porque limita su acceso a los servicios básicos, incluidos los de salud.

La incidencia de la pobreza en este grupo poblacional, en el caso particular de la provincia de Pichincha es menor en la zona rural de (44,9 %) que en la urbana (71,8%); sin embargo, la provincia de Guayas con el mayor porcentaje de adultos mayores pobres en zonas urbanas de todas (81,8%), muestra también una alta incidencia de pobreza rural; superior al promedio nacional (74,4%). De todas maneras se aprecia que la pobreza estructural, en general, se encuentra en las poblaciones de todas las provincias.

Si se compara con otros grupos de edad es evidente que el nivel de analfabetismo de la población adulta mayor en nuestro país es alto, y corresponde al 26,9%, seis veces más que la tasa encontrada entre los más jóvenes. Esto obedece a la mayor cobertura del sistema educativo en estos grupos.³⁴

Respecto de las enfermedades más frecuentes en los adultos mayores, las crónico-degenerativas son las que ocupan los primeros lugares, tanto entre las enfermedades como entre las causas de muerte. La prevalencia de estas enfermedades en el grupo de 65 a 74 años alcanza el 46.2% en hipertensión arterial y 13.8% en diabetes, la cual afecta más a mujeres. En cuanto a deterioro cognitivo, en el grupo de 60 a 64 años, su

³⁴ Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Normas y Protocolos de Atención Integral de Salud de las y los Adultos Mayores. MSP Ecuador 2010

prevalencia es del 8.8%, mientras que en el grupo de 75 y más es cuatro veces mayor, y se presenta con mayor frecuencia en mujeres y en la región sierra.

Además, en cuanto a personas con alguna discapacidad permanente, 170.549, que representan el 21% del total, son adultos mayores de 65 años.³⁵

En cuanto al acceso a servicios de salud, aproximadamente un 30% de los adultos mayores son afiliados a algún seguro de salud (IESS, SSC, ISSFA, ISSPOL o un seguro privado)³⁶. En relación al otro grupo de no afiliados, el 70% no se conoce qué porcentaje es atendido en el Ministerio de Salud y cuántos se encuentran marginados de la atención médica; aunque estos últimos probablemente serán los adultos mayores de escasos recursos de las zonas rurales y urbano-marginales, incluyendo los que pertenecen a los pueblos indígenas.

El acceso a los Servicios de Salud por parte del Adulto Mayor es limitado y restringido por varias condiciones:

- Acceso físico, por distancia, discapacidad y por horarios de atención.
- Medicalización y visión curativo-paliativa de la Atención al Adulto Mayor, sin considerarla integralmente.
- Poco conocimiento y habilidades por parte del personal médico para el manejo de la dieta de pacientes adultos mayores
- Formación en pregrado de profesionales médicos no incluye geriatría.
- Desconocimiento por parte del personal de salud y de la población, de las etapas del envejecimiento, tomando en cuenta que estos cambios empiezan alrededor de los 40 años.

6.3.6.1 Oferta de Atención en Salud para los Adultos Mayores

Por el momento las acciones conjuntas entre el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) y el Ministerio de Salud Pública (MSP), que permitan mejorar y mantener las condiciones de salud de los adultos mayores, en especial de los más excluidos y vulnerables, han sido enfocadas en el acceso a través de la provisión de una atención integral, continua y de calidad adecuada a sus necesidades de salud y expectativas de atención: que prevea riesgos, recupere y rehabilite el daño, además de promover factores de protección, el auto cuidado y el reconocimiento de sus derechos y deberes en salud. Además de estrategias de envejecimiento con seguridad³⁷.

Respecto a las políticas de protección en salud, dirigidas a este grupo, en el año 2007, mediante Acuerdo Ministerial, se autorizó la publicación de las “Políticas Integrales de Salud para el Adulto y Adulto Mayor”, documento producido por la Dirección de Normatización del Sistema Nacional de Salud y la Micro-Área de Adulto y Adulto Mayor. Para continuar con el proceso de implementación de estas políticas, se aprueba y autoriza la publicación, en el año 2008, del Programa Nacional de Atención Integral del Adulto Mayor.

³⁵ MIES, Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento. SABE I Ecuador. Año 2009

³⁶ Ibid

³⁷ Como dotación de alimentos al adulto mayor, a través del programa Aliméntate Ecuador; Programas de erradicación de la violencia y la mendicidad; Centros de atención integral diurna. MIES. Presentación Buen Vivir. Ecuador 2009

Finalmente, en el año 2010, en el Sistema Nacional de Salud se publica e implementan las Normas y Protocolos de Atención Integral de Salud de los Adultos Mayores

Para este grupo existe un paquete de prestaciones distribuidas de la siguiente manera:

En Promoción

Prestación 1. Comunicación, educación y consejería en:

- Derechos y deberes del adulto mayor
- Seguridad alimentaria: alimentación, nutrición y micronutrientes
- Ejercicio físico y utilización del tiempo libre de acuerdo a contexto urbano rural
- Salud sexual y reproductiva
- Salud mental
- Salud buco-dental integral
- Información y preparación para retiro y jubilación
- Seguridad familiar y comunitaria
- Seguridad vial
- Importancia del examen preventivo de cáncer
- Mejoramiento de la calidad de vida
- Hábitos y estilos de vida saludables
- Ambientes saludables
- Uso indebido de drogas, alcohol y tabaco

En Prevención Primaria

Prestación 2. Control de salud

- Prevención de riesgo cardiovascular y metabólico (osteoporosis y malnutrición)
- Prevención de complicaciones en enfermedades agudas y crónicas, transmisibles y no transmisibles
- Prevención de cáncer y sus complicaciones
- Prevención de problemas de salud mental
- Prevención de violencia: maltrato y abuso sexual
- Prevención de deficiencias sensoriales, discapacidades y minusvalía
- Prevención de uso indebido de sustancias tóxicas y psicotrópicas o estimulantes

Prestación 3. Inmunizaciones (vacunación)

Prestación 4. Salud buco-dental integral

Prestación 5. Prevención de accidentes

Prestación 6. Preparar planes de contingencia y evacuación ante desastres

En Prevención Secundaria (Recuperación)

Prestación 7. Atención de la morbilidad general y por especialidad de las principales patologías atendidas a nivel ambulatorio.

- Atención y tratamiento del trauma
- Atención de infecciones de transmisión sexual
- Atención de enfermedades transmisibles y no transmisibles
- Atención de trastornos de salud mental e integración social
- Detección de deficiencias auditivas y visuales
- Atención de discapacidades
- Tratamiento de tumores de piel y colágeno
- Atención de menopausia y andropausia

Prestación 8. Atención odontológica

Prestación 9. Atención de emergencias

Prestación 10. Atención a pacientes crónicos víctimas de violencia y accidentes

Prestación 11. Atención en desastres naturales

Prestación 12. Referencia y contrarreferencia

En Prevención Terciaria (Rehabilitación)

Prestación 13. Rehabilitación y terapia de base comunitaria y con grupos de apoyo

Prestación 14. Dotación de órtesis, prótesis³⁸ y ayudas técnicas

Prestación 15. Rehabilitación psicofísica y ocupacional

Prestación 16. Rehabilitación con prótesis, órtesis y ayudas técnicas

Prestación 17. Capacitación al adulto y su familia para manejo de discapacidades y reinserción social

Prestación 18. Integración familiar e inclusión social

Prestación 19. Rehabilitación oral

En la atención por motivo de consulta se incluyen las siguientes actividades

- Valoración Clínica y Laboratorio.
- Plan de tratamiento de acuerdo al caso.
- Aplicación de valoraciones geriátricas específicas, según caso y situación.
- Post consulta.
- Referencia al nivel superior, si el caso amerita.
- Control y seguimiento.

Como responsables de estas actividades son: el médico, la enfermera y el equipo interdisciplinario, con un tiempo estipulado para la atención, de 30 minutos por consulta.

6.3.7. Oferta de servicios para Adulto Mayor del SCS Luluncoto

El Subcentro de Salud de Luluncoto, es una unidad del primer nivel de atención, que funciona bajo los lineamientos del Modelo de Atención Integral Familiar y Comunitario, en el cual se enfatizan las actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades, así como de recuperación y rehabilitación de personas que atraviesen problemas de salud.

³⁸ Las prótesis son aquellos aparatos cuya función es la de reemplazar una parte anatómica ausente de la persona; las ortesis son aparatos aplicados a una parte del cuerpo para soportar, inmovilizar, corregir o bien prevenir una deformidad.

Respecto de la atención a la población adulta mayor, se rige por los lineamientos del Programa Nacional de Atención Integral de Salud del Adulto Mayor,³⁹ pero incluye además, actividades de prevención y atención de enfermedades crónicas. También aplica las Guías Clínicas Geronto-geriátricas de Atención Primaria de Salud⁴⁰ y las Normas y Protocolos de Atención Integral de Salud de los y las Adultas Mayores⁴¹, cuyo enfoque central es el modelo continuo, asistencial y progresivo, que permite adaptar el Sistema de Salud a las necesidades y condiciones de fragilidad y dependencia de la población adulta mayor.

Su paquete de actividades consta de:

En Promoción

- Actividades extramurales de promoción de la Salud Mental con el grupo de adulto mayor.
- Examen preventivo de cáncer (toma de papanicolao)
- Hábitos y estilos de vida saludables (grupo de ejercicios físicos y canto)

En Prevención Primaria

- Prevención de riesgo cardiovascular (evaluación periódica de presión arterial)
- Prevención de complicaciones en enfermedades agudas y crónicas, transmisibles y no transmisibles (evaluación periódica para prevención y control de Diabetes e hipertensión)
- Prevención de cáncer y sus complicaciones
- Prevención de problemas de salud mental
- Inmunizaciones (vacunación contra influenza)
- Visitas domiciliarias de prevención y control de enfermedades en el adulto mayor

En Prevención Secundaria (Recuperación)

Atención de la morbilidad general en los servicios de:

- Medicina general
- Obstetricia
- Odontología
- Psicología

En lo que respecta a actividades de rehabilitación dirigidas a adultos mayores, el SCS Luluncoto no dispone de ellas, excepto talleres sobre salud mental que se da cada quince días en la casa barrial del sector y una “colonia vacacional de adulto mayor”, cuya primera experiencia positiva se la llevó a cabo el año 2010, como parte del proyecto de reducción de las barreras de acceso funcional para este grupo etario en la mencionada unidad. Actividad que sirvió de base para este estudio, como parte de una estrategia para identificar las barreras socio culturales que impiden el acceso de los AM del sector.

³⁹ Acuerdo Ministerial N° 0000000415. Año 2008

⁴⁰ Acuerdo Ministerial N° 0000000498. Año 2008

⁴¹ Acuerdo Ministerial N°000000132. Año 2010

6.3.8. Experiencias de otros países en cuanto a la disminución de barreras socioculturales con adultos mayores

Como una experiencia interesante, se puede citar el trabajo realizado por Comes Yamila (2006) con adultos mayores y su acceso a un hospital de la ciudad de Buenos Aires – Argentina. Se trata de un estudio realizado bajo un modelo de investigación acción participativa, puesto que fue la misma población, usuaria del hospital, quien demandó su realización. Según ellos existían problemas de accesibilidad. La necesidad surgió desde la población y no desde los servicios: pudieron constatar que el encuentro entre población y servicios no presentaba las dificultades que inicialmente se suponían.

El eje central del trabajo fue la participación de los actores involucrados en el campo de estudio, basado principalmente en la idea de acción transformadora de las prácticas. Para esto, se hizo necesaria la participación de todos los actores implicados en el problema de investigación, en sus distintas fases: en su delimitación, en la realización del trabajo de campo y en el análisis y discusión de los resultados. El supuesto en el cual se basó esta estrategia, era que el clima participativo no sólo posibilitaría una mejor definición de los problemas a ser investigados, sino que también implicaría el compromiso de aquellos no directamente ligados al área de investigación y además, ayudaría a superar las barreras que normalmente impiden el uso de sus resultados.

El equipo fue convocado por el director del hospital quien transmitió una demanda de investigación que surgió en las llamadas “*reuniones con la comunidad*”. Éstas se realizaban regularmente, en ellas participaban el director, los trabajadores del hospital y gente de la comunidad. La demanda se orientaba a rastrear la existencia, en el área programática del hospital, de adultos mayores que no estuvieran afiliados a algún sistema de atención de la salud, para poder indagar características de la accesibilidad al subsector estatal.

En cuanto a la metodología, se consensuaron algunas características como:

- Criterios de inclusión de edad (entrarían los de 60 años y más);
- El área geográfica, que fue señalada por quienes participaron de los encuentros como “*el área más crítica*”;
- La técnica que aplicaron fue la encuesta, cuya construcción se la hizo de manera conjunta entre los actores.
- Para el tamaño de la población se decidió realizar un censo; en el cual participaron: residentes y profesionales de hospital, representantes de la comunidad, de las delegaciones locales del Gobierno, del Programa de Adultos Mayores del gobierno local y miembros del equipo de investigación. La construcción del instrumento también se llevó a cabo de manera conjunta.

Esta investigación fue necesariamente participativa dada la meta que perseguía, y consistió en la utilización práctica del conocimiento, para tomar la mejor decisión y así introducir los cambios necesarios para reorientar los problemas de salud existentes y superar los obstáculos que aparecieron en la implementación de tales cambios. No obstante, durante todo el proceso de investigación, los niveles de participación variaron de acuerdo a la posición de los distintos actores, la responsabilidad e interés en juego en el campo, y el poder con que contaban o creían contar.

Los resultados que obtuvieron fueron contrarios a lo que se pensaba en un inicio, porque los hombres y mujeres mayores de 59 años de este barrio cuentan con accesibilidad a los servicios de salud en las cuatro dimensiones en la que adhiere este

trabajo (acceso funcional, geográfico, económico y simbólico). En general, no encontraron una situación de exclusión del sistema de salud como pensaban a priori de comenzado el estudio, lo que motorizó el mismo. La realidad mostró, una vez finalizado el estudio, que la magnitud que esperaban encontrar, de adultos mayores sin accesibilidad, no fuera tal en los hechos. Es significativo considerar que estos resultados no se hubieran obtenido, sin la participación de los adultos mayores, desde la construcción de las herramientas y el trabajo en terreno, hasta la interpretación de los datos.

Se tomó esta experiencia de accesibilidad en adulto mayor por cuanto se da énfasis en las percepciones que parten tanto de este grupo como de los proveedores de salud, y cómo estas definen su encuentro o desencuentro en los servicios.

7. OBJETIVOS

GENERAL

Establecer cómo las expresiones de la memoria colectiva del adulto mayor influyen en el acceso socio cultural de este grupo al Subcentro de Salud Luluncoto

ESPECÍFICOS

- Establecer la situación actual del adulto mayor en cuanto al acceso socio cultural del Subcentro de Salud Luluncoto.
- Describir las expresiones de la memoria colectiva del adulto mayor en relación al acceso sociocultural
- Identificar las respuestas del personal del servicio respecto del acceso sociocultural, frente a las expresiones de la memoria colectiva del adulto mayor.

8. METODOLOGÍA

Se trató de un estudio cualitativo, exploratorio y descriptivo basado en entrevistas y grupos focales a adultos mayores de 65 años, y al personal del Subcentro de Salud Luluncoto ubicado en el barrio del mismo nombre.

Este estudio procuró aportar información que apoye en el diseño de estrategias para mejorar el acceso socio cultural del adulto mayor al servicio de salud, sobre la base del reconocimiento de las expresiones de la memoria colectiva de este grupo etéreo por parte del personal del subcentro. No pretendió la generalización de los resultados de una muestra a toda la población.

Se utilizó un enfoque de investigación cualitativo, porque éste permite identificar la naturaleza profunda de las realidades, su estructura dinámica; aquella que da razón plena de su comportamiento y manifestaciones. Aquí radica la importancia de este enfoque porque a diferencia del enfoque cuantitativo, que busca generalizar los resultados de una muestra para hacer inferencia a toda una población, el enfoque cualitativo en cambio, en palabras de Karl Popper (1995) *“busca explicaciones cada vez mejores”* sobre una realidad cambiante y dinámica. De aquí, que lo cualitativo es el todo integrado, no se opone a lo cuantitativo, sino que lo implica e integra; y es especialmente relevante: dado que existe poca o nula información sobre el tema objeto de estudio.

Razón por la cual, en este estudio se empleó una metodología de enfoque cualitativo: éste nos permitió estudiar el fenómeno a profundidad; tanto en el personal de salud, en el cual se exploró la forma cómo identifican las expresiones de la memoria colectiva en el adulto mayor y cómo reaccionan frente a ellas; así como en los adultos mayores, de quienes quisimos conocer su memoria colectiva y su construcción y reconstrucción sobre hechos relacionados a la utilización de los servicios de salud, para luego analizar cómo todo esto incide en su acceso al Subcentro de Luluncoto. De esta manera, buscábamos identificar qué pasa, y porqué, y a partir de allí generar nuevas teorías respecto del tema.

La unidad de análisis para esta investigación estuvo representada por la unidad operativa mencionada; el universo fueron los adultos mayores de 65 años que utilizan o no los servicios de la unidad, y que viven en los cinco subsectores que comprenden el barrio de Luluncoto, así como el personal de dicha unidad. Se excluyeron a todas las personas menores de 65 años de edad y que no vivan de forma permanente en el barrio. Para la selección del personal del subcentro se utilizaron dos criterios: tiempo de trabajo en la unidad y regularidad en la atención del adulto mayor. De esta manera, se incluyeron a la obstetrix, el médico y la odontóloga de la mañana, por ser los profesionales que más tiempo de trabajo tienen en la unidad y que atienden adultos mayores. También se entrevistó a la enfermera, quien lleva a cabo actividades regulares con la población adulta mayor del sector, si bien no tiene mucho tiempo en la unidad.

Se excluyó al médico y odontólogo de la tarde, por no cumplir con los criterios de selección, además del personal de servicios auxiliares, como son la auxiliar de odontología y la persona de limpieza; se incluyó más tarde a la auxiliar de odontología por razones que se anota más adelante. Se excluyó al psicólogo para evitar sesgos en la información, puesto que es la persona que realizó el estudio. En este punto, que el investigador sea parte del personal de la unidad, es un limitante, puesto que condicionó algunas de las respuestas, ya que las personas anteponían, en ciertos momentos, sus ideales de cómo atender a los AM, en vez del cómo son atendidos en

realidad. Además, el personal percibió este estudio como una oportunidad para justificar parte de un requerimiento de la programación anual de la unidad, y del desempeño del personal, que consistió en la implementación de un proyecto con adultos mayores, lo que favoreció el trabajo.

Para la recolección de la información se emplearon técnicas cualitativas: entrevistas semi estructuradas y grupos focales. Para la interpretación de los datos se utilizó análisis narrativo de contenidos. Además se presentan datos tomados de una revisión documental, obtenidos mediante una investigación realizada el año anterior en esta misma unidad de salud y enfocada al acceso funcional.

Los instrumentos utilizados fueron dos guías de entrevista semi estructurada para los adultos mayores, una individual sobre acceso socio cultural, y otra para el grupo focal acerca de memoria colectiva. Adicionalmente se elaboró y aplicó una **guía de entrevista semi estructurada** sobre memoria colectiva y acceso socio cultural del adulto mayor, dirigida al personal de salud del Subcentro de Salud Luluncoto. La **guía para entrevista individual** fue aplicada previamente a dos adultos mayores para probar la validez del instrumento. Así también se lo hizo con la **guía para profesionales**, que se aplicó a dos médicos del Área de salud No. 4 Chimbacalle. La **guía para grupo focal** se la validó con un grupo de adultos mayores de otro sector, pero de la misma área de salud. Antes de la aplicación se reformularon las guías para AM y el personal en dos ocasiones, se incluyeron preguntas que permitieron ahondar en el tema de memoria colectiva.

Se realizaron en total quince entrevistas individuales a adultos mayores de los cinco subsectores que comprenden el barrio Luluncoto, en razón de tres por cada subsector. La razón para este número de entrevistas fue que a partir de la décima, los datos se repetían y no aportaban aspectos nuevos, por lo cual, de acuerdo al criterio acumulativo⁴² en investigación cualitativa, se decidió llegar a quince entrevistas. La selección fue de manera aleatoria y consistió en recorrer las calles del sector. A cada adulto mayor que se encontraba de descanso fuera de su domicilio o caminando, se lo abordaba y explicaba sobre la entrevista. En dos subsectores no se tuvo esa ventaja, por lo cual se dispuso del mapa parlante del subcentro en donde están registrados los adultos mayores, a partir de esta información se eligió al azar a las personas que faltaban. Por lo limitado del tiempo del investigador y por la ventaja de encontrar a los adultos mayores en sus domicilios, se decidió hacer las entrevistas durante dos fines de semana.

Para el consentimiento informado de los participantes, al inicio de cada entrevista se procedió a explicar acerca de su objetivo y sus contenidos específicos. No se registró la firma de una autorización escrita por parte de los entrevistados, por cuanto este pedido generó desconfianza en la primera entrevista, por ello se actuó eliminando este paso. A partir de solicitar la autorización para la grabación, en un contexto de confidencialidad, se procedió. En dos entrevistadas hubo cierta resistencia a que sus entrevistas fueran grabadas, según ellas dijeron por temor a que sus opiniones sean escuchadas y reconocidas por el personal del subcentro, sumado a que el investigador es parte de ese personal. Se pudo superar ese inconveniente al enfatizar el principio de confidencialidad.

⁴² Acumulativo y secuencial. Se refiere hasta llegar a tener la información suficiente (saturación de la información) para responder a las preguntas que los objetivos del estudio pretenden alcanzar.

Durante las entrevistas se procuró crear y mantener un ambiente de confianza, mediante una conversación fluida sobre temas diversos al inicio, para luego ya abordar las preguntas de la guía, lo cual facilitó las respuestas. El tiempo de duración de cada entrevista fue de quince a treinta minutos.

El detalle de los entrevistados se ilustra en la tabla No. 2

Tabla 2. Información de Adultos Mayores entrevistados

N	Sexo	Edad	Asegurado	Ocupación previa	Ocupación actual	Código
1	F	91	IESS	Obrera textil	Sin ocupación	F,91,IESS,So
2	F	65	No	Aux enfermería	Negocio propio	F,65,no,Np
3	F	80	No	Obrera planchadora	Lavandera	F,80,no,Lv
4	F	70	IESS	Limpieza	Manualidades	F,70,IESS,MI
5	F	66	IESS	Quehaceres domésticos	Negocio propio	F,66,IESS,Qd
6	F	83	IESS EMI	Comerciante	Sin ocupación	F,83,Emi,So
7	F	75	ISSFA esposo	Quehaceres domésticos	Quehaceres domésticos	F,75,ISSFA,Qd
8	M	85	ISSFA	Militar retirado	Sin ocupación	M,85,ISSFA,So
9	F	70	No	Quehaceres domésticos	Quehaceres domésticos	F,70,no,Qd
10	M	67	No	Obrero fábrica	Sin ocupación I	M,67,no,So
11	M	87	IESS	Obrero fábrica	Sin ocupación	M,87,IESS,So
12	F	89	IESS	Obrera textil	Sin ocupación	F,89,IESS,So
13	F	82	IESS	Obrera fábrica	Sin ocupación	F,82,IESS,So
14	F	80	IESS	Obrera fábrica	Sin ocupación	F,80,IESS,So
15	F	77	No	Quehaceres domésticos	Sin ocupación	F,77,no,So

Elaborado por. Cárdenas O. Javier

Respecto de las entrevistas al personal de salud de la unidad, se las realizó con las cuatro personas mencionadas anteriormente. Al igual que se hizo con los adultos mayores, se procedió a una explicación previa sobre el objetivo de la entrevista, así como pedir la autorización para ser grabadas, con ello no hubo inconvenientes.

Tabla 3. Información de Personal de Salud entrevistado

No	Sexo	Edad	Función que desempeña en la unidad	Tiempo de trabajo en la unidad	Código
1	M	45	Médico- Director	17 años	M,45,Scs
2	F	41	Enfermera	5 meses	F,41,Scs
3	F	46	Obstetriz	20 años	F,46,Scs
4	F	53	Auxiliar de Odontología	12 años	F,53,Scs

Elaborador por: Cárdenas O. Javier

En lo que sí hubo dificultad, fue al realizar la entrevista a la profesional de odontología, por lo limitado de su tiempo. Aunque se emplearon algunas estrategias para poder entrevistarla no fue posible obtener un resultado favorable. Entonces se procedió a entrevistar, como recurso emergente, a la auxiliar de odontología, que cumplía con el criterio de tiempo de trabajo en la unidad.

En estos entrevistados se pudo observar una disposición favorable, así como una necesidad de evidenciar su trabajo y justificar supuestas omisiones en la atención del adulto mayor. Esta necesidad probablemente estaba dada por temor ante la posibilidad de que se demostraran deficiencias en cuanto a su desempeño laboral, animadversiones que fueron superadas conforme se explicaba la razón del estudio. La duración de cada entrevista fue de hasta veinte minutos.

En cuanto a los grupos focales, se llevaron a cabo dos sesiones, en cada una de las cuales participaron cinco personas, con características que se detallan en la tabla No.4

Resultó difícil conformar los grupos focales, por cuanto la mayoría de personas que participaron en ellos son del barrio y se conocen, situación que es contraria para la conformación de un grupo focal, cuya condición es que las personas no se conozcan entre sí. Esto pudo ser resuelto mediante la convocatoria para cada sesión, de personas que viven en diferentes subsectores del barrio, lo que se logró mediante la captación de pacientes en la sala de espera del SCS y principalmente, en las reuniones del grupo de adulto mayor con el que se trabaja quince días.

Durante el trabajo grupal se empleó como recurso visual el infocus para proyectar las preguntas, con el fin de que todos tengan la oportunidad de responderlas y evitar repetirlas, ya que esto resultaba incómodo para algunas personas que tenían problemas de audición. Al emplear este recurso favoreció la empatía y la integración en la actividad con los participantes.

Se procedió a explicar los aspectos generales ya mencionados en las anteriores entrevistas, así como pedir autorización para grabar la actividad. Hubo cierta dificultad en el primer grupo porque las intervenciones se tornaron bastante extensas, varias personas hablaban al mismo tiempo y algunas monopolizaban la palabra; esto, a pesar de que al principio se acordaron medidas que permitan la participación de todos. Se pudo manejar este inconveniente con la incorporación de un objeto (pelota de esponja) que se encargaba de asignar la palabra a quien deseaba intervenir, y ésta tenía que ser solicitada al facilitador. Entonces se pudo distribuir de mejor manera las intervenciones.

Tabla 4. Información de Adultos Mayores que participaron en grupos focales

N	Sexo	Edad	Asegurado	Ocupación previa	Ocupación actual	Código
1	M	79	IESS	Empleado ferrocarril	Sin ocupación	M,79,IESS,So
2	F	70	Montepío IESS	Quehaceres domésticos	Quehaceres domésticos	F,70,IESS,Qd
3	F	63	IESS	Obrera textil	Quehaceres domésticos	F,63,IESS,Qd
4	F	65	ISSFA esposo	Quehaceres domésticos	Quehaceres domésticos	F,65,ISSFA,Qd
5	F	77	ISSFA esposo	Quehaceres domésticos	Sin ocupación	F,77,ISSFA,Qd
6	F	69	No	Quehaceres domésticos	Quehaceres domésticos	F,69,no,Qd
7	F	68	No	Empleadas domésticas	Quehaceres domésticos	F,68,no,Qd
8	F	65	No	Empleadas domésticas	Quehaceres domésticos	F,65,no,Qd
9	F	66	No	Lavandera	Quehaceres domésticos	F,66,no,Qd
10	M	67	IESS	Obrero textil	Sin ocupación	M,67,IESS,So

Elaborado por. Cárdenas O. Javier

Para el registro de las entrevistas y grupos focales, que fueron transcritas por el investigador, se utilizó el diario de campo, que contenía un formato en donde se anotaron los siguientes aspectos:

- Actividad
- Momento de la actividad
- Descripción de la actividad
- Reflexiones acerca de la actividad
- Puntos a recordar, y
- Sentir del investigador

Para el análisis narrativo de contenidos de estas entrevistas y grupos focales se empleó otra matriz la cual consta de:

- Ideas núcleo
- Categorías encontradas en la narración
- Criterios de homogeneidad.

En la presentación de los resultados se incluyeron extractos de las entrevistas y grupos focales con adultos mayores, para lo cual se empleó los códigos anotados en las tablas anteriores:

Sexo: masculino (M); femenino (F).

Edad: la edad que corresponda.

Afiliación a seguro social: si está afiliado (IESS, ISSFA); si no está afiliado (no).

Ocupación actual: negocio propio (Np); quehaceres domésticos (Qd); sin ocupación (So).

Por ejemplo (M,73,IESS,So), que significa hombre de 73 años, afiliado al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, sin ocupación actual.

De igual forma, en las entrevistas a personal de salud se estructuraron códigos por:

Sexo: masculino (M); femenino (F).

Edad: la edad que corresponda.

Pertenencia a la unidad: (Scs)

Por ejemplo (F,45,Scs), que quiere decir mujer de 45 años, del Subcentro de Salud Luluncoto.

Por último, para la presentación, discusión y conclusiones se utilizó el género masculino. La razón para ello es por economía de tiempo, y comodidad en la lectura del lector o lectora de este estudio.

En esta investigación existe algo igual tan importante como lo son la utilización de técnicas e instrumentos específicos, y la presentación de los resultados y su discusión; y eso es lo referido a la motivación del investigador.

Es así que el año anterior como parte de la maestría en Salud Pública se realizó en el Subcentro de Salud Luluncoto, en el cual se implementó estrategias que tuvieron como finalidad mejorar el acceso funcional al servicio por parte de los AM del sector. Se establecieron algunas medidas que favorezcan el acceso y por cuanto la atención; algunas dieron resultados, otras no. Entonces la inquietud fue otra: ¿porqué no acuden al Centro de Salud, a pesar de sus necesidades?.

La imagen de un adulto mayor que acude al servicio para que se le solucione, no solamente su problema de salud, sino que se le escuche sobre sus problemas afectivos y familiares contrastaba con la realidad. En la cual el adulto mayor tiene derecho a estar enfermo y contar solo las historias respecto de su enfermedad; y al profesional de la salud solo se le asigna un breve espacio para su atención, suficiente para registrar sus datos, enviar medicamentos y romper esa relación de quince minutos.

De esta imagen y muchas otras, surgió la idea de estudiar y mejorar el acceso socio cultural al servicio de salud por parte de este grupo etáreo, relacionándolo con sus historias, las cuales construyen su relación con el personal y el servicio. Esa característica del adulto mayor, su necesidad de hablar, de recorrer su vida a través de su lenguaje y exponerla ante el personal de salud, es la base para este estudio. Para lo cual se utilizaron criterios de calidad del servicio, en el ámbito técnico del estudio: categorías para el análisis de la organización de los servicios y sistemas de salud. Criterios que fueron asimilados durante la Maestría de Salud Pública, la cual guió este trabajo y fue determinante para la comprensión de las relaciones existentes entre los servicios de salud y la población.

Es así que este estudio, si bien es cierto no plantea alternativas de cambio específicas a ser cumplidas dentro de un plazo de tiempo definido, como lo diseña el enfoque de una *investigación acción*, propone profundizar en el tema de la memoria colectiva como un elemento que incide en el acceso socio cultural de los adultos mayores al servicio, y cuya comprensión y reconocimiento por parte del personal, se espera ayude

a mejorarla. De esta manera, se logrará ser consecuentes con los principios éticos de equidad, solidaridad y justicia, necesarios para un sistema de salud de calidad.

9. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Para la presentación de resultados se inició con los factores que dificultan el acceso socio cultural, así como las afectaciones en la calidad de la atención que determinan este acceso. Para luego abordar lo de memoria colectiva en el AM e identificar sus expresiones, y como el personal de salud las identifican y reaccionan frente a ellas.

Para lo cual se creyó necesario clasificarlos en temas generales y subtemas. Así:

Acceso del Adulto Mayor al Subcentro de Salud Luluncoto, que a su vez incluye:

Barreras de Acceso Funcional

Ausencia de respuestas del personal de salud frente a limitaciones auditivas del AM como barrera de acceso funcional

Barreras de Acceso Socio Culturales

Auto percepción de su condición de PAM

Escaso cumplimiento del criterio de globalidad de la atención que influye en el acceso socio cultural.

Percepción de la calidad de la atención del SCS Luluncoto por parte del adulto mayor

Preferencia de la atención especializada por el PAM

Memoria Colectiva en el Adulto Mayor, que contiene:

La Familia como marco social general de la memoria colectiva

La Clase Social como marco social general de la memoria colectiva

El Lenguaje como marco social específico de la memoria colectiva

Reconocimiento de las expresiones de la Memoria Colectiva del Adulto Mayor, por parte del personal de salud:

Percepción del PAM sobre la población a la que está dirigido el servicio del SCS Luluncoto

Desconocimiento sobre existencia de servicios de salud públicos en el sector

La atención de salud como acto de buena voluntad que como un derecho en el PAM

9.1 Acceso del Adulto Mayor al Subcentro de Salud Luluncoto

Como parte de la calidad del servicio, se pudieron identificar barreras de acceso funcional y socio cultural. En ésta última se pudo ubicar la ausencia de respuestas frente a limitaciones auditivas, frecuentes en la PAM que afecta a su vez el acceso.

9.1.1 Barreras de acceso funcional

Se identificaron limitaciones físicas en algunos adultos mayores entrevistados, las cuales crean dificultades en su movilidad. Esto, sumado a la ausencia de rampas de acceso al SCS, y el tiempo de espera prolongado, impide que algunos adultos mayores puedan acudir al servicio; algo positivo que se percibe en las entrevistas es la asignación del turno para la atención dentro del mismo día.

Respecto de lo anterior y contrario a lo que dicen los adultos mayores, algunos profesionales de la unidad aseguran que persiste el problema en la asignación de turnos para PAM, a pesar de contar la unidad con un sistema para ello. Principalmente porque existen usuarios que llegan muy temprano y reaccionan de manera negativa si se asigna un cupo a un usuario que “no ha madrugado”. Hecho que es justificado por parte del personal entrevistado, y que se expresa en este fragmento: *“...para el personal de salud, hay gente que está desde las cinco de la mañana y está expuesta a riesgos de asaltos. Si es verdad que el adulto mayor se merece respeto y toda la accesibilidad, pero el otro se la jugó, estuvo afuera y al ser más joven es más agresivo su reclamo”*(M,47,Scs)

De acuerdo a esto, a más de no poder acceder a la atención, no existe una garantía sobre el derecho a la salud en la PAM, ya que ésta depende de lo que haga para poder obtener un turno.

9.1.1.1 Ausencia de respuestas del personal de salud frente a limitaciones auditivas del Adulto Mayor como barrera de acceso funcional

Las hipoacusias se convierten en un obstáculo importante para la interacción médico paciente y dificultan el acceso al servicio. Esto se expresa en la siguiente opinión de un adulto mayor: *“Habemos personas que no escuchamos bien, y yo por eso es que no me voy (al SCS) cuando tengo un dolor, porque el doctor habla bajito y yo no escucho y no entiendo”*. (F,70,no,Qd)

La PAM al tener dificultades auditivas y no encontrar respuesta del personal de salud, que no logra adaptarse y responder de manera adecuada a este problema, genera una serie de reacciones que van desde vergüenza respecto de su limitación, hasta molestia con el personal, ya que en algunas ocasiones siente que le agreden cuando le hablan más fuerte.

9.1.2 Barreras de acceso Socio Culturales

Se encontraron factores en los adultos mayores que condicionan su acceso al servicio, relacionados a la percepción que tienen sobre sí mismos, sobre la atención que reciben en los servicios de salud y la que deberían recibir. Se identificó, además, en el personal entrevistado, un escaso cumplimiento en el criterio de globalidad de la atención, que afecta el acceso al servicio.

9.1.2.1 Auto percepción de su condición de Adulto Mayor

Algunos adultos mayores describen quejas de maltrato, aunque éstas no se refieren exclusivamente a la unidad, sino más bien a las instituciones de salud en general, y más allá, en varios ámbitos de la sociedad. Esto se evidencia en la sugerencia, que de manera particular da uno de nuestros informantes: *“... les falta relaciones humanas (al personal) para tener un poquito de compasión a los viejos, no les gusta atender a viejitos, y tengo esa percepción no solo aquí sino en el bus al pagar, en todo lado mismo... y eso siento desde los 65 años, nos rechazan”* (F,70,no,Qd)

Al preguntárseles sobre qué acontecimientos son lo que han influido para que reciban este trato, muchos de los entrevistados manifiestan que la edad. El ingreso a los sesenta años marcó una diferencia tanto del trato que reciben como del que dan. A decir de algunos adultos mayores, su auto percepción cambió, se volvieron vulnerables; acontecimientos como pagar medio pasaje en el bus, significa para ellos que su valoración como persona ha disminuido. En este sentido, y relacionándolo con

el acceso a los servicios de salud, la PAM siente que existen otros grupos de edad que son más prioritarios, como lo señala un informante: *“La atención varía con la edad, porque un niño es atendido rápido. Uno no se puede hacer atender porque les dan prioridad a ellos”* (F,67,IESS,Qd)

Otro de los momentos en la vida de los adultos mayores entrevistados que ha modificado su relación con los demás y en especial con los servicios de salud, es su pérdida de autonomía económica. Si bien es cierto, según varios entrevistados del personal de salud, la PAM del sector son de clase media, la mayoría jubilados y con familiares con una situación económica estable; las personas que acuden al SCS son personas que no cuentan con recursos económicos, como se evidencia en un fragmento de entrevista: *“Los que vienen (al SCS) es porque tienen algún problema de salud o la familia les has dejado solos y carecen de recursos. Pero éste no es el caso en el barrio. (M,47”,Scs)*

Estos dos acontecimientos: tener más de sesenta años, la pérdida de autonomía económica, sumado a la pérdida de independencia (limitaciones auditivas y en la movilidad), inciden en la percepción de la calidad del servicio que tiene la PAM del sector.

9.1.2.2 Escaso cumplimiento del criterio de globalidad de la atención que influye en el acceso socio cultural.

Respecto del abordaje de los aspectos psicosociales, el personal de la unidad manifiesta que la PAM acude a la consulta más por problemas de: abandono y maltrato por parte de los hijos, responsabilidad de cuidar de los nietos, episodios de tristeza por atravesar una etapa en la cual experimentan sensaciones negativas relacionadas a su nuevo estatus social o al problema de salud. Como lo demuestra el personal de salud entrevistado: *“...les tienen como una piecita más en la casa, no desayunan por recelo de peleas con nueras y yernos”* (F,53,Scs)

Acuden al SCS para ser escuchados, a conversar, pero en la mayoría de casos esa demanda no puede ser satisfecha. Los profesionales aseguran no disponer de suficiente tiempo, puesto que deben atender el mayor número de pacientes, y cumplir su cuota, que en el caso del médico y la obstetrix es de cuatro por hora, en razón de un paciente por cada quince minutos. Lo que a decir de uno de ellos, *“el sistema de salud le pone a uno a atender tal cantidad de pacientes que no se puede darles la prioridad que se debe”* (M,47,Scs)

Esto es corroborado por la mayoría de los AM entrevistados quienes indican que el personal no asigna mucho tiempo en la consulta, sino el suficiente para preguntar sobre su problema de salud y prescribir el tratamiento: no se les realiza un examen físico completo.

Respecto a la interrelación entre el personal de salud y la población adulta mayor, en varias de las entrevistas con PAM, y de sus experiencias en la atención recibida en el SCS, se evidencia una escasa empatía. Lo que se pone de manifiesto en el extracto de una de ellas: *“falta caridad, no atienden bien a las personas...benevolencia del personal, que sepa de la necesidad de la salud de los adultos mayores...somos susceptibles”* (85,M,ISSFA,So)

Este sentir de algunos adultos mayores, difiere de lo que piensan la mayor parte de profesionales de la unidad entrevistados, que afirman que la interrelación con la PAM

es óptima. Como lo señala este fragmento de entrevista: *“Tienen una buena opinión del servicio, la mayoría son agradecidos”* (F,41,SCS)

Por otra parte, el no dar la importancia del caso a las limitaciones auditivas en la PAM, por parte del personal entrevistado, afecta la recepción de la información que le da el profesional, por medio de las prescripciones. Es así que algunos adultos mayores sienten vergüenza de decirle al médico que tienen este problema, o a su vez de que se le repita la información, porque tienen la idea de que el profesional se va a molestar por ello. Además no es de su agrado que la persona que le atiende, alce su voz para hacerse entender. Que es contrario a lo que manifiesta la mayoría del personal de salud, quienes aseguran que a la PAM no les molesta que se les alce la voz, aunque reconocen que no es lo más adecuado.

Esta situación da como resultado que el acceso al servicio por parte de la PAM se vea limitado, ya sea por falta de tiempo para la consulta, de empatía en la relación médico paciente o porque no se toma en cuenta las deficiencias auditivas de la PAM que influyen en esa relación.

9.1.2.3 Percepción de calidad de la atención de salud por parte del adulto mayor

La mayoría de PAM entrevistada manifiestan que, en caso de enfermedad, ellos lo que hacen es acudir al médico particular, seguido del Hospital Militar y las unidades de salud que pertenecen al IESS. Las razones por las cuales van al médico particular es la confianza en el profesional, ligada a la concepción que tienen respecto de una atención de calidad, en la cual el profesional debe realizarle un examen físico completo, y darle tiempo para entablar una relación de confianza, como se observa en el siguiente extracto de una entrevista: *“La doctora me examina hasta los ojos, los pulmones, la presión, me hace respirar, todo chequeo general, por eso no me importa pagar porque me atiende bien. Además es bien amable, conversa”* (F,91,IESS,So)

Esto concuerda con algunas opiniones del personal, en las cuales reconocen que la PAM desea se les haga una revisión física completa, pero refieren que es muy complicado para ellos por algunas de sus características como son: escasa movilidad y coordinación, que les impide subir a la balanza y a la camilla; pérdida de autonomía en sus actividades instrumentales de la vida diaria, una de ellas el vestirse, que se expresa en la consulta, como la dificultad para retirar su ropa y calzado para ser examinado. En consecuencia, esto restaría mucho tiempo al profesional para la atención; ante lo cual deciden que el adulto mayor les refiera básicamente motivo de consulta y sintomatología, y así evitar accidentes y llegar a una aproximación diagnóstica en menor tiempo. Todo esto se muestra en la opinión del personal entrevistado: *“Lo que sí tienen son problemas físico motores, porque ya no pueden subir a la camilla, y me da miedo de que se caigan”* (F,46,Scs)
“Con ellos hay que ser más directos: sintomatología, que le duele, donde, porque, anamnesis y llegar a un diagnóstico” (M,47,SCS)

La mayoría de PAM entrevistados también refiere experimentar esta práctica por parte del personal de salud, lo que no les agrada ni satisface, y en consecuencia, deciden ir a la consulta privada para ser atendidos. Esto lo registra el siguiente fragmento: *“...no me importa pagar, porque la gente le pregunta, le ve, y uno se sale sano, lo que es en ministerios no, que le duele, porque vino, siga, salga y ya”* (M,71,no,So)

9.1.2.4 Preferencia de la atención especializada por el adulto mayor

También está involucrada la percepción de los adultos mayores sobre la confianza que el personal médico tenga respecto de sus propias capacidades. Esto a su vez, incide en el proceso de su enfermedad, como se indica en la opinión de una informante: *"...la misma confianza del médico, le influye en la salud de uno"* (F,77,no,Qd)

Cabe indicar que esta percepción sobre la capacidad del personal del SCS, especialmente de los médicos, se relaciona con la concepción que tienen los adultos mayores de lo que puede considerarse como una atención de calidad. Para ellos, la mejor atención se encuentra en los hospitales, y clínicas, y con los especialistas. Como se observa en un extracto de participación de un adulto mayor, obtenida en un grupo focal: *"la mejor atención es en el especialista del hospital, porque ahí tienen equipos buenos y médicos con mayor experiencia, a una le hacen exámenes de todo...esa atención es mejor, la que una necesita"* (F,91,no,Qd)

Esta concepción, de cierta manera es compartida por algunos profesionales de la unidad, que manifiestan que la PAM, por la presencia de enfermedades y complicaciones propias de la edad, requiere de una atención más especializada. A decir de un informante: *"...el adulto mayor necesita un tipo de asistencia diferente, más elaborada y de mayor precisión"*. (M,47,Scs)

9.2 Memoria Colectiva del adulto mayor

Se identificaron algunas categorías relacionadas con memoria colectiva de al PAM, como son: familia, clase social y lenguaje. Estos marcos sociales son importantes porque permiten identificar el origen de las expresiones de la memoria colectiva, ya sea en la familia, en la clase social y principalmente el lenguaje, entendido éste como el sistema complejo de comunicación.

9.2.1 La Familia como marco social general de la memoria colectiva

Los adultos mayores entrevistados manifestaron que durante su infancia los problemas de salud más frecuentes fueron, en sus palabras: colerín, tifoidea, cólico miserere, resfriado de estómago, mal de ojo y espanto en niños. Estos problemas de salud eran atendidos por una persona de más edad en la familia, ya sean los padres, tíos/as o abuelos/as.

Estas maneras de curar se las transmitían de manera oral a las siguientes generaciones; es así que la mayoría de PAM todavía las recuerdan y en varios casos las utilizan para sanar males menores de sus nietos (mal de ojo, espanto). En algunos casos refieren que las generaciones actuales ya no les permiten hacerlo, porque la credibilidad en estas prácticas de curación no es reconocida. Como se sugiere en este testimonio extraído de un grupo focal: *"Para un resfriado del estómago utilizaba mi papá: pepas de manzanilla, vela de cebo, y ajo en emplasto...yo también utilizo eso con los nietos, siempre y cuando acepten las nueras"*. (F,66,IESS,Qd)

Además, de acuerdo a los entrevistados, no solo las generaciones actuales han disminuido o en algunos casos eliminado su credibilidad en esas prácticas; esto mismo sucede incluso entre la PAM. Confiesan que estas prácticas estaban bien hasta que apareció el médico en la familia, el cual desplazó al familiar o conocido del barrio que curaba. Esto porque el médico legitima sus estudios y no solo de la experiencia. Esto

se evidencia en este testimonio: *“Los curanderos quedaron en los recuerdos, en su tiempo si eran buenos...ahora ha cambiado, porque ahora hay más conocimiento de los médicos y una va donde ellos y se ha dejado las yerbas”*. (F,68,IESS,Qd)

Si bien es cierto, al inicio los curanderos, parteras y familiares con conocimientos sobre las propiedades de las plantas principalmente, que atendían los problemas de salud pasaron a ser reemplazados por el médico; también ocurrió otro hecho, las demás familias comenzaron a utilizar los médicos de cabecera. Según los entrevistados, las familias empezaron a tener médicos de cabecera, que se encargaba de atender a toda la familia y tenían que pagar por su atención. Al depender la atención de la capacidad de pago, generó cierto status; como se evidencia en un entrevista: *“Desde que yo me acuerdo siempre hemos tenido médico de cabecera. Mis papás siempre se preocupaban de llevarme al médico particular. Era de toda la familia. Las personas que no tenían dinero iban donde la partera”*. (F,69,IESS,Np)

Cuando ya aparecieron los servicios públicos de salud, según varios testimonios de PAM entrevistados, estos no resolvían sus problemas de salud, porque, entre otras cosas, no se les facilitaba la medicación, era muy difícil conseguir un turno, y si se lo hacía era a través de personas allegadas y que trabajaban o tenían algún contacto dentro del servicio. Además, un factor muy importante fue concebir al servicio como de beneficencia y destinado a personas de escasos recursos económicos: *“Antes no había centros de salud, y cuando ya hubo era mala la atención...y es que desde ahí, el servicio público ha sido realmente para personas que no tienen como pagar en el privado, para que se atiendan los pobres”* (F,77,no,Qd)

Idea que persiste en las familias de la mayoría de los adultos mayores entrevistados y es alimentada en la actualidad por los hijos, quienes en papel de proveedores de los recursos para la atención de la salud de los padres, les llevan a hacerse atender por el médico particular, y aseguran que la atención privada es mejor que la pública: *“Mi hijo es coronel del ejército, y nunca me ha dejado ir al SCS, siempre me ha llevado, ya sea al hospital (militar) o al particular, porque es mejor dice”*. (M,85,ISSFA,So)

Esta última parte tiene relación con lo que piensa el personal de salud entrevistado, en el sentido que los hijos de la PAM del sector, al haber accedido a estudios y trabajos bien remunerados tienen la posibilidad de llevarlos a hacerse atender en servicios privados; así lo demuestra este fragmento de entrevista: *“Su segunda y tercera generación han podido acceder a otro estatus social, razón por la cual se permiten llevarles a servicios e inclusive asegurarles en la privada”*. (M,47,Scs)

9.2.2 La clase social como marco social general de la memoria colectiva

La mayor parte del personal entrevistado, afirma que desde que inició el servicio en Luluncoto, las PAM del sector siempre han tenido una buena posición económica que les ha permitido acceder a la consulta privada. Percepción que sustentan en el hecho de que al realizar visitas domiciliarias observaron que los hogares disponían de lo básico e inclusive de servicios suntuosos en ese tiempo como teléfono, empleada doméstica. Esto a criterio de una entrevistada: *“No ha cambiado, la gente sigue yendo a la consulta privada. Utilizan alguna que otra vez (el SCS) para cuestiones muy puntuales: como para curarse gripes o que se les inyecte algún medicamento”*. (F,53,Scs)

Esto contradice lo que algunos de los adultos mayores entrevistados piensan respecto de otra PAM del sector, y mencionan que la mayoría no disponen de recursos para hacerse atender en forma privada. En reiteradas ocasiones emerge en ellos la idea de

que los servicios públicos de salud son para pobres. Idea que es compartida implícitamente por el personal de la unidad, quienes afirman: *“Los adultos mayores del barrio son gente de clase media, no se hacen atender aquí, como se esperaría. Aquí se hace atender solo el AM depauperado, pobre,”* (F,46,Scs)

Por lo tanto, en la PAM entrevistada se identifica una idea definida sobre los servicios de salud públicos, que concuerda con el personal de salud, en el sentido de que tales servicios son para personas pobres y de escasos recursos. Las fuentes de estas ideas varían; en el caso del adulto mayor podría ser la familia y sus pares, y en el personal de salud, el Estado. Ambas se ilustran en estos fragmentos de entrevista y grupo focal. *“Si conozco (el SCS), la verdad, por mis hijos no le he utilizado. Pero deberían ahí atender a tanto viejo pobre que hay en el barrio”* (F,75,no,Qd)

“Al ser una política de Estado, tenemos que atender a los adultos mayores, en especial a los más pobres” (M,47,Scs)

9.2.3 El lenguaje como marco social específico de la memoria colectiva

A través del lenguaje se construye y reconstruye la memoria de la PAM; en razón de ello se reconoció en los adultos mayores entrevistados sus concepciones respecto de su salud, la enfermedad y los servicios de salud públicos; mediante frases específicas que comprenden estos temas.

En cuanto a su salud, la consideran: *“frágil, vulnerable, débil; susceptibles, sensibles”*. (varios adultos mayores). Términos que a su parecer engloban su situación de salud, física y mental; y que difiere con las percepciones que tienen el personal de salud entrevistado, quienes agregan que son: *“recelosos, deprimidos, descuidados, agresivos, a la defensiva, perspicaces, incisivos”*; *“son como bebés, se alarman por cualquier cosita”*

En este sentido, se puede evidenciar que el personal de salud no logra entender la situación vital de la PAM, puesto que ellos al sentirse vulnerables y por los años vividos sienten que sus enfermedades son más graves, y por lo tanto exigen atención de manera más urgente. Esto se evidencia en la percepción que tiene el personal del SCS en el sentido de cómo se ven los AM, y es ilustrado con este testimonio: *“Quieren que les revisen a la mínima. Son más sensibles y se alarman por cualquier cosita y quieren que le vea el médico”*. (F,41,Scs)

En relación a los servicios públicos de salud, la PAM, como ya hemos visto, lo califican de: servicio para pobres, mala atención, de beneficencia (porque “ayudan” a los pobres y “regalan” medicina), relacionado a prácticas de corrupción (cuando se necesita un conocido en ellos para ser atendido). Concepciones que subyacen en el discurso del personal de salud, como vimos anteriormente, y como lo demuestran estos fragmentos de entrevistas: *“les gusta que (los servicios) sean asistenciales, y nosotros no los hacemos por falta de tiempo”*. (M,47,SCS)

“Falta caridad, benevolencia del personal, que sepa de la necesidad de la salud del AM”. (M,85,ISSFA,So)

En resumen, de lo identificado tanto en la PAM, como el personal de salud entrevistado, el lenguaje modifica la concepción que se tiene sobre la salud, la enfermedad y la relación con los servicios de salud. Tal es así, que la concepción que tienen los adultos mayores sobre los servicios, se ha visto en algo modificada actualmente, quizá por el lenguaje inserto en los mensajes transmitidos, ya sea a través de los medios de comunicación o del personal de salud, pero persisten las ideas básicas sobre la atención como una dádiva, caridad. Esto se pone de manifiesto

en los testimonios de algunas personas: *“Gracias al nuevo gobierno tenemos medicina, hospitales gratis. El ve por los viejitos, los afiliados, a los discapacitados”*. (F,69,no,Qd)

“En este gobierno, la medicina gratuita soluciona este problema, por ejemplo tenemos el Paracetamol”. (M,47,Scs)

9.3 Reconocimiento de las expresiones de la Memoria Colectiva del Adulto Mayor, y respuesta por parte del personal de salud

En este punto se pudo identificar las percepciones que tiene la PAM de la atención en el SCS, sobre la base de su memoria colectiva y la respuesta que da el personal de salud.

9.3.1 Percepción del Adulto Mayor sobre la población a la que está dirigido el servicio del SCS Luluncoto

Se pudo establecer que varios de los adultos mayores entrevistados coinciden en que la atención que brinda el SCS está dirigida o diseñada para personas con bajo nivel económico. Opiniones que, según ellos, también la tienen sus hijos al momento de elegir el servicio; porque muchos de ellos son quienes pagan la consulta privada. De esta manera se afianza la idea de que una buena atención, de calidad, necesariamente debe costar. Que se expresa en esta cita textual: *“Lo que no se paga no es bueno, el adefesio que es porque es gratuito, no es como uno cuando se paga, le atienden bien”* (F,91,IESS,So)

Esta apreciación de los servicios públicos de salud se basa en los marcos sociales revisados, específicamente los de clase social y familia, por cuanto la utilización del servicio es dependiente de los comentarios que hacen entre los AM y en la familia.

Otra situación es respecto de los adultos mayores que deciden ir al SCS, y lo hacen porque no tienen otra opción; por razones económicas principalmente. En ellos se observa una actitud de resignación respecto de la utilización del servicio y del trato que reciben del personal. Como se evidencia en estos fragmentos de entrevistas: *“Toca esperar para que me atiendan, y qué más puedo hacer. Toca aguantar porque no es pagado”* (F,69,no,Np)

“...la persona que va allá a hacerse atender (al SCS) tiene que acatar todo, no hay nada que hacer” (M,67,no,So)

Frente a esto, parte del personal de la unidad afirma que acuden al SCS los adultos mayores que realmente necesitan la atención y no disponen de seguro social o de recursos para hacerse atender en la consulta privada. Identifican la necesidad de la PAM de ser escuchados durante la consulta; también las percepciones desfavorables concebidas a raíz de las experiencias con el SCS y el personal, de los comentarios familiares; pero no se pudo identificar respuestas específicas en el personal de salud para tratar de manejar y/o aprovechar estas situaciones. Y más bien se asume una actitud de resignación, como lo evidencia este fragmento de entrevista: *“Yo creo que ha de ser negativa, (la percepción). Creo que hasta pensarán que el SCS no ha hecho nada por ellos.* (M,47,Scs)

9.3.2 Desconocimiento sobre existencia de servicios de salud públicos en el sector

La mayor parte de los adultos mayores del sector conoce el SCS Luluncoto, pero más de la mitad de ellos no sabe que es del Ministerio de Salud, ni que es público; tampoco sabe que la atención no tiene costo. Durante las entrevistas, el investigador mencionó estas tres opciones de respuestas para asignar al SCS la categoría de servicio donde pueda ser atendida toda la población y no se pague por ello.

En cuanto a si conocen otro(s) servicio(s) de salud pública que estén cerca, gran parte refiere conocer el Centro de Salud No. 4 Chimbacalle, al cual acuden principalmente por vacunas. En tercer lugar mencionan, pero sólo los entrevistados que son jubilados, el Dispensario No.14 del IESS. Ambos servicios se encuentran aproximadamente. A quince minutos del barrio en transporte público.

En relación a esto, de un fragmento de entrevista al personal, se explica la razón por la cual, muchos de la PAM del sector desconocen la existencia del SCS y su categoría de servicio público: *“El barrio es una población clase media y recurren al ISFFA, IESS, ISSPOL, seguros y médicos particulares. Los que acuden es un porcentaje bastante pequeño”* (F,53,Scs)

Pero este desconocimiento sobre servicios de salud públicos, no es reciente según los adultos mayores entrevistados, sino que se remonta al aparecimiento de los médicos en la vida de las personas. Según algunos adultos mayores, antes el acceso a estos profesionales era difícil, es más, era considerado un lujo junto a la obstetriz. El aparecimiento de los servicios públicos, según algunos entrevistados, no cambió mucho esa realidad, porque el acceso a los médicos siguió siendo difícil, ya no tanto por la cuestión económica, sino por lo complicado que era obtener un turno para la atención. Esto se evidencia de las participaciones en grupos focales: *“Yo confiaba en la partera del barrio, porque antes no había médico. Había parteras de los barrios y una que otra obstetriz, pero ella era un lujo en ese tiempo”*. (F,89,no,So)

“Había médicos pero habían pocos, había el Seguro, el Juan de Dios, el Eugenio Espejo...me atendían si ya mismo me moría. Si no tenía una palanca (persona conocida en el servicio), no me atendían”. (F,71,no,Qd)

Respecto de esto, el personal de salud desconoce si la PAM del sector reconoce al SCS como servicio público, o a su vez que no se cobra por la atención; pero admite que las personas no pueden reconocer aquello por falta de promoción del servicio, básicamente porque la mayoría de PAM se hace atender en la consulta privada.

9.3.3 La atención de salud como acto de buena voluntad que como un derecho en el Adulto Mayor

Se identificó, en la mayoría de adultos mayores entrevistados, la idea de la atención como un acto de beneficencia por parte del personal de salud. Idea que conlleva a ciertas prácticas relacionadas a la obtención de atención. Tal es así que se sirven de estrategias para disponer de un turno, para ser atendido más rápido, para ganar la confianza y consecuente mejor atención del profesional y para la entrega de medicamentos. Estrategias como ir a la consulta con alimentos o presentes de alguna clase, que no son recientes y que están grabadas en su memoria y obtenidas a través de experiencias con personal de salud en los servicios, no solo públicos sino también privados. Como lo muestra una entrevistada: *“Siempre voy cargando algo para mi doctor: huevos, pan. Para que me atienda con ganas”*. (F,68,IESS,Qd)

Sobre las medicinas, persiste la idea de que el medicamento se lo regala el facultativo, tal como lo demuestra este fragmento de un grupo focal: *“A mí el médico me regala las medicinas, y así la gente se cura porque le dan de corazón”*. (F,69,IESS,Qd)

Si bien es cierto el personal de salud entrevistado no comparte esto y se dice contrario a estas prácticas de recibir presentes por realizar su trabajo, se pudo conocer que existen momentos durante la consulta en los que se le comunica al paciente que se les regala la medicación prescrita. Hecho observado por el investigador al estar presente en la consulta de algunos de los profesionales.

En ningún momento durante las entrevistas con la PAM se mencionó que la atención que reciben es un derecho, lo que sí ocurrió con el personal de salud. No obstante, el personal de salud dice que por razones operativas (atención a otros grupos considerados por ellos más prioritarios), de producción (atender mayor cantidad de pacientes) y políticas (disposiciones del Ministerio de Salud de intervenir en varios programas simultáneamente) no se les permite atender, como deberían, a los adultos mayores.

10. DISCUSIÓN

En esta parte del estudio, los resultados obtenidos de las entrevistas y grupos focales se sometieron al análisis bajo los planteamientos teóricos propuestos en el marco referencial y de acuerdo a los objetivos planteados.

Es así que la discusión se la propuso en tres partes:

- Acceso del Adulto Mayor al Subcentro de Salud Luluncoto
- Memoria Colectiva en el Adulto Mayor
- Reconocimiento de las expresiones de la Memoria Colectiva del Adulto Mayor, por parte del personal de salud:

10.1 Acceso del Adulto Mayor al Subcentro de Salud Luluncoto

En relación al acceso funcional al servicio, se identifica en el servicio una escasa capacidad para adaptar la atención a las limitaciones auditivas, cognitivas y físicas de la PAM. Esto probablemente se debe, al menos en parte, a que todavía los servicios no miran a esta población como una de sus prioridades. Y también porque el personal carece de habilidades para la mejorar la comunicación con el adulto mayor durante la consulta.

En cuanto al acceso socio cultural, se inicia con la percepción de la calidad del servicio; la cual podemos abordarla desde lo que plantea Collado (2006) sobre la restricción interna, en la cual una experiencia previa, la de haber acudido al SCS y no haber sido examinado y escuchado sobre su problema de salud, genera una auto restricción interna en él, que a su vez forma la decisión de ya no acudir al servicio. Esta decisión también está influenciada por una restricción externa, es decir, por la necesidad del profesional de la unidad de ajustarse a su cuota de pacientes por hora, lo que limita el tiempo en el abordaje sobre problemas de otra índole que no sea el biológico.

En este sentido, reconocen que los adultos mayores requieren ser analizados en otros aspectos que no sea exclusivamente lo biológico, sino de manera más amplia los aspectos: psicológico y social; puesto que una demanda sentida de este grupo es ser escuchados. A decir del personal, lo que limita es el tiempo asignado para cada paciente de demanda espontánea en la consulta, que es de quince minutos por cada uno, cuatro por hora; con lo cual los profesionales de medicina y obstetricia deben atender diez y seis pacientes en cuatro horas que comprende su horario de trabajo en la unidad; sin embargo, existen tiempos establecidos para la atención de la PAM, que constan en las Normas y Protocolos de Atención Integral de Adultos Mayores, las cuales establecen que les corresponde una asignación de treinta minutos. Este tiempo no es respetado por el personal, y existen varias razones para ello, tales como:

- Presión por cumplir normas de producción del área de salud, de cuatro pacientes/hora.
- Molestias y posteriores reclamos de los demás usuarios porque se atiende primero a PAM que no han madrugado para coger el turno, y por el tiempo de demora en su atención.
- El personal de salud no concibe a la PAM como un sujeto de derechos y antepone el grupo de menores de cinco años como prioridad.

- Todo esto, a manera de hipótesis, puede ser entendido de acuerdo a lo que sostiene López Hernán (2010), el cual refiere que muchos profesionales de la salud sienten especial rechazo por atender a persona adultos mayores, o a su vez adoptan posiciones opuestas y se convierten en sobre protectores. Algo parecido ocurre con los otros grupos poblacionales respecto de la PAM.

De acuerdo a las normas de atención vigentes en el sistema de salud, el personal así como los usuarios y población en general, deberían regirse a lo que está establecido en ellas, y a lo que dice en la Constitución del 2008, en la que establece a la PAM como grupo vulnerable y de atención prioritaria en los servicios, no solo de salud. Esto no se cumple y afecta directamente al criterio de globalidad.

El adulto mayor y el personal de salud presentan dificultades que impiden una relación empática favorable durante la atención. Los adultos mayores entrevistados poseen restricciones, que en palabras de Bada (1998) son factores de carácter interno que influyen en la toma de decisión de la persona para acudir al servicio de salud; en este caso las deficiencias auditivas de la PAM generan supuestos negativos respecto de la respuesta del personal de salud, tales como: que el médico se moleste porque no le pueda escuchar y por ende no le va a entender las indicaciones que éste le dé. Esto hace que muchos de la PAM no acudan al servicio por temor a pasar por esa situación.

Por otro lado, el personal de salud refuerza esas dificultades al no contar con medidas que puedan facilitar esa relación con el paciente adulto mayor que padecen de limitaciones auditivas.

En este sentido, el personal de salud implícitamente delega la responsabilidad al paciente, en relación a la comprensión de las prescripciones médicas realizadas; ya sea a través de una referencia al especialista para que mejore su audición, o al recomendar que acuda con un acompañante para que él se encargue de recordar y seguir las indicaciones. Medidas que no están incorrectas, pero no se debe olvidar que la PAM acude al centro de salud para que se le resuelva su problema con prontitud, y lo hace solo, porque sus familiares trabajan y no pueden acompañarlos, o porque viven solos.

En definitiva, para el personal, abordar al adulto mayor de manera comprensiva, realizarle una revisión integral y darse cuenta si cumplió las indicaciones, es difícil por lo limitado del tiempo que refieren disponer; probablemente no es solo falta de tiempo, sino de formación y falta de actitud.

La percepción de los adultos mayores entrevistados sobre calidad de la atención, para ellos, la calidad se encuentra en los hospitales y especialistas, y está en íntima relación con la legitimación de los saberes. Esto concuerda con lo que manifiesta Durkheim (1965), el cual explica, que los elementos con los que se trata de explicar el mundo están determinados por la ciencia y la tecnología.

De acuerdo a esto, la PAM prefiere ser tratada por especialistas, porque al parecer sus problemas de salud son complejos, para lo cual requieren de otro tipo de atención. Esto es corroborado por una parte del personal de SCS quienes manifiestan que la PAM requiere de una atención más “precisa”. Cabe anotar que varios adultos mayores marcan una diferencia entre la atención que brinda el personal de hospital respecto del SCS y este a su vez del “curandero” y “partera”; en los dos últimos se nota una diferencia entre la medicina tradicional y la occidental⁴³. En la **tradicional**, el

⁴³ La Medicina Tradicional entendida como el conjunto de conocimientos, aptitudes y prácticas basadas en teorías, creencias y experiencias de los miembros de diferentes culturas, sean o no explicables. En cambio, la medicina Occidental como aquellas medicinas y prácticas que han cumplido con los requisitos de evidencia científica, seguridad y efectividad. OMS. Glosario de términos. Ginebra 2001

conocimiento sobre hierbas y elementos que se funden en rituales de sanación es lo que impera; en la **occidental**, el conocimiento más específico sobre enfermedades, adquirido ya no solamente en base a la experiencia y de manera oral por las generaciones anteriores, sino por la evidencia de estudios asimilados en la academia; y luego en el caso del especialista, el predominio de la tecnología más especializada, sustentada en los recursos tecnológicos.

A manera de hipótesis, se podría decir que entre el médico y el especialista se impone éste último por la tecnología que emplea: equipos sofisticados de diagnóstico (tomógrafos, equipos para cirugía), nuevos procedimientos clínicos, medicamentos. Es así que las sociedades modernas están dominadas por tecnócratas expertos en la utilización de los medios tecnológicos, pero que han olvidado al ser humano y que modelan su comportamiento, respecto de su salud. Sociedades modernas en las que el adulto mayor trata de asirse a su espacio, en donde se encuentran grabados eventos personales y compartidos con otros, y que generan rasgos de identidad propios, como por ejemplo lo que refiere una adulta mayor entrevistada: *“yo tengo especialista para todo: cardiólogo para mi corazón, endocrinólogo para mi diabetes, traumatólogo para mis huesos...”* (F,83,EMI,So). Y esto su vez, define sus respuestas frente a los servicios de salud.

10.2 Memoria Colectiva del Adulto Mayor

Si bien es cierto, la percepción sobre la calidad de la atención en los adultos mayores entrevistados del sector, tiene sus raíces en las experiencias previas con los servicios y los profesionales de la unidad; también lo está en su clase social. Esto está comprendido dentro del marco de clase social de la memoria colectiva, que a decir de Halbwachs (1950), es considerada como una memoria de jerarquía y prestigio dentro de una escala de valores siempre cambiante.

De acuerdo a los hallazgos obtenidos de las entrevistas con PAM, esta memoria se expresa en las opiniones de la mayoría de ellos que en relación a los servicios, los perciben como dirigido a personas de escasos recursos, que no pueden pagar una consulta privada.

Esta percepción se basa en imágenes que perduran en su memoria, a través de acontecimientos que los marcaron, como testimonios negativos en conversaciones con familiares y amigos acerca de la atención que brindan estas unidades, o experiencias propias al ser atendidos en servicios públicos, no necesariamente solo de salud.

Cabe indicar que los adultos mayores construyeron esa concepción, no solo del SCS sino del servicio público en general, a través de imágenes latentes en el espacio de su memoria, que no se relaciona con el tiempo de manera cronológica, es por eso que sus recuerdos carecen de fechas.

Además, esta percepción se alimenta por la influencia de varias personas que pueblan el espacio de la memoria de la PAM, y que la llenan con palabras y códigos, que al extraerlos de manera consciente, traen consigo todo un paquete complejo de interpretaciones sobre un tema. En este caso, sobre los servicios públicos de salud.

Estas personas, insertas en la trama familiar y social son: en primera instancia sus padres, abuelos, tíos como primer servicio de salud con que contaron; luego los médicos de la familia que de cierta manera los direccionaron hacia los servicios privados y públicos; sus pares que influyen en la elección del servicio o profesional. Mención especial merecen los hijos, quienes son ahora para la mayoría de PAM

entrevistados, los que deciden dónde hacerlos atender; y en el caso de la PAM de Luluncoto, la mayoría sostienen que los servicios de salud públicos son para pobres y, adicional a esto, de beneficencia.

Esto último permanece latente en la PAM, por las prácticas que persisten para acceder a la atención (regalos y presentes para el personal de salud), y por las respuestas del profesional, específicamente sobre la entrega de medicina, enunciada como un regalo y recibida como tal por el adulto mayor.

Como hemos visto, esta percepción se construye en el marco familiar y de clase social de la memoria colectiva de la PAM, pero también por los mensajes enviados a este grupo por las instituciones y personal de salud del sector público. Hecho que se evidencia en los resultados, con el discurso que maneja el médico y que ha calado en la PAM. El profesional de la unidad reconoce que los adultos mayores con recursos económicos acceden a servicios privados, mientras que quien no dispone de ellos, debe hacerse atender en el público. Si bien, se dice que las personas tienen el derecho de elegir el servicio que más les satisfaga, no es menos cierto que detrás de esto subyace una concepción del mismo profesional, acerca de lo público. A manera de hipótesis, esto se podría interpretar de la siguiente manera: si el usuario depauperado, pobre, acude a los servicios de salud públicos; entonces algo parecido ocurre con el profesional, que al verse limitado su campo de acción en lo privado, no tiene otra opción que trabajar en lo público.

En cuanto al lenguaje como marco social específico y su influencia en la auto percepción de vulnerabilidad de la PAM, ésta concuerda en ocasiones con la percepción que tiene del personal de la unidad respecto de ellos; sobre esto último, interfiere directamente en la comunicación durante la consulta, ya que en palabras de López Hernán (2010) algunos médicos adoptan una actitud sobreprotectora y utilizan términos como abuelitos o viejitos; además de considerar al adulto mayor como niños entrados en años. Esto hace tanto o más daño que la aversión a tratar a la PAM, porque no reconoce las características del proceso de envejecimiento, lo define como negativo y fortalece mitos respecto de este, uno de ellos: el creer que el adulto mayor va acompañado de enfermedades, discapacidades, o como una carga para sus familias y el Estado.

10.3 Reconocimiento de las expresiones de la Memoria Colectiva del Adulto Mayor, por parte del personal de salud

El hecho que la mayor parte de los adultos mayores entrevistados no conozca servicios públicos de salud en Luluncoto, se podría interpretar fácilmente que no existe una apropiada promoción del servicio por parte del personal, o que los términos de “servicio público”, “gratuito” o del “Estado” no son familiares para ellos. Pero al profundizar más sobre el asunto, encontramos que en la memoria de gran parte de la PAM entrevistada, no hubo, y no existe un servicio de salud pública o gratuita por parte del Estado. Esto se pone de manifiesto en relación a medicamentos que no dispone el SCS, así como en el pago por la atención. En este sentido, la mayoría de entrevistados aseguran no recibir el medicamento que requieren, o en el mejor de los casos les entregan pero a menor costo; en cambio, los medicamentos costosos deben comprarlos

Respecto del pago por la atención, a pesar de que ya no se cobra por ello en el SCS, permanece en su memoria como una imagen, no solo del servicio de Luluncoto, sino de todos los servicios a donde acude, ya sean del IESS, del ISSFA. Cabe decir que en esos sistemas los adultos mayores pagan a través de sus contribuciones por años de

trabajo realizado, los que son jubilados, y con más razón los que pagan directamente de su bolsillo. En este sentido, la ventanilla es el lugar donde confluyen imágenes en la memoria del adulto mayor, ligadas al cobro por la atención. Por ejemplo, al obtener un turno en el SCS, se tiene que dirigir primero donde “cobran”, o sea en ventanilla y luego esperar pacientemente hasta ser atendido.

En relación a esto, a decir de Halbwachs (1950), *“el espacio, al igual que el tiempo, contiene acontecimientos y construye recuerdos, puesto que es en los lugares donde las experiencias se guardan”*; en este caso un subcentro de salud en particular y las instituciones del sistema de salud en general. Imágenes guardadas en la memoria de gran parte de los adultos mayores entrevistados, que sugieren que no existió ni existe un servicio de salud gratuito para ellos.

Adicionalmente, en el personal de salud y la población en general persiste el no reconocimiento del adulto mayor como un sujeto de derechos y grupo de atención prioritaria en los servicios de salud, a pesar de que existen políticas, leyes, programas y protocolos que así lo determinan.

En resumen, la percepción de la PAM respecto de la calidad del servicio es construida por factores externos desfavorables, que a su vez se transforman en una restricción interna que impide la accesibilidad. A esto se suma la existencia de una memoria colectiva que comprende un marco de clase social, que ubica al grupo adulto mayor en una posición específica frente a los servicios de salud públicos. Y este marco social de la memoria es atravesado por los mecanismos de legitimación del universo simbólico, en este caso por medio de la ciencia y la tecnología. Adicionalmente, encontramos en la PAM ese desconocimiento, o mejor dicho el no reconocimiento de los servicios de salud pública como gratuitos.

Todo esto hace que el personal del SCS no reconozca las expresiones de la memoria colectiva de la PAM o a su vez las pasen por alto. Esto condiciona tanto el acceso al servicio de este grupo, como la respuesta que brinda el personal en la consulta. Por lo tanto, interfiere en la organización del servicio y la atención, por cuanto no se puede adaptar un servicio de salud, si quienes son los responsables de la atención no reconocen las particularidades de su población.

11. CONCLUSIONES

De acuerdo a los objetivos de la investigación, se estructuran las siguientes conclusiones:

11.1 Acceso del adulto mayor al Subcentro de Salud Luluncoto

El personal de la unidad no cumple con lo que establece las normas de atención a los adultos mayores, así como la normativa legal que los ampara y establece como grupo prioritario para la atención, al no asignar el tiempo necesario y establecido en la consulta, así como el no facilitar el acceso funcional en lo que asignación de turnos y disminución de tiempos de espera para la atención se refiere.

El personal de la unidad carece de estrategias que permitan entablar una mejor relación empática con la PAM, como sería el reconocimiento de las deficiencias auditivas, cognitivas y físicas; y por el contrario, la relación médico pacientes es afectada por la delegación de la responsabilidad del personal al adulto mayor, al pedirle que acuda acompañado de un familiar o a su vez realizar una referencia a un especialista para tratar primeramente el problema que impide la relación. Estas medidas, si bien es cierto no son incorrectas, no ayudarían a superar la dificultad en la interrelación de manera inmediata, como desearía la PAM, porque requieren de tiempo (en el caso de la referencia al especialista) y de disposición de familiares y conocidos (en el caso de requerir acompañamiento); factores que -en muchos de los casos- no dispone la PAM y que dilatan su atención. Además los adultos mayores sienten vergüenza al revelar su limitación (cuando se trata de hipoacusias), y perciben disposición negativa del personal al ser atendidos.

La percepción que tiene el adulto mayor entrevistado sobre la atención que brinda el SCS es desfavorable y afecta el acceso al servicio; en primera instancia por la concepción que tiene la PAM respecto de una atención de calidad, en la cual el profesional debe abordar aspectos psicológicos y sociales además del biológico; realizarle un examen físico integral y tomarse su tiempo para entablar una relación de confianza, lo que no ocurre en la consulta con la mayoría del personal en el SCS Luluncoto.

En segunda instancia, se pudo establecer que el adulto mayor entrevistado define como una atención de calidad, la que proviene de un servicio especializado, que lo encuentra en hospitales y clínicas privadas. Esta concepción sobre la atención, tiene que ver con la legitimación de los saberes en las sociedades modernas, así como con la transición de lo mitológico a lo tecnológico científico.

Adicionalmente, se pudo establecer que esta concepción también está presente en el personal de la unidad; quienes están de acuerdo, que este grupo requiere de una atención especializada, pero más enfocada a la competencia técnica que pueda tener el especialista en relación a la suya.

11.2 Memoria Colectiva del Adulto Mayor

La familia como marco social de la memoria colectiva, influye en la atención que debe recibir, así como en el acceso al servicio. Mediante las transiciones experimentadas en cuanto a los personajes que se han encargado de cuidar de su salud: un familiar o conocido al inicio, luego un médico de la familia y más recientemente un médico especialista.

Las expresiones de clase como marco de la memoria colectiva de los AM entrevistados, también definen el acceso al servicio, y esto tiene relación directa con la percepción del adulto mayor en cuanto a la población a la que va dirigida la atención del servicio de Luluncoto, en este caso la PAM pobre.

La importancia de la memoria colectiva en la PAM radica en que ésta contiene imágenes que construyen o modelan el acceso a los servicios de salud. Estas imágenes son asimiladas en base a las experiencias, obtenidas en los mismos servicios o a través de comentarios de la familia o el barrio.

Asimismo el lenguaje fortalece los mitos respecto del envejecimiento en los profesionales de salud y en parte en la PAM del sector, al asociarlo con enfermedad y discapacidad en especial.

En este sentido, la memoria colectiva a través de sus marcos sociales puede ayudar a organizar el servicio de salud y mejorar el acceso de la PAM al mismo

11.3 Reconocimiento de las expresiones de la Memoria Colectiva del Adulto Mayor, por parte del personal de salud

El personal de salud reconoce que los adultos mayores que acuden al servicio son aquellos que han sido abandonados por sus hijos o que sufren algún problema de salud que no pueden resolver en un servicio privado, por razones económicas.

La mayoría de PAM entrevistada desconoce la existencia de servicios de salud públicos en el sector, en los cuales no tengan que pagar por alguna razón; ya sea por conceptos de medicina, insumos, exámenes de laboratorio. En este sentido, el término de servicio público no les es familiar, ya que asignar ese término a un servicio, significaría para ellos, no pagar por ningún concepto; hecho que de acuerdo a sus experiencias a lo largo de su vida, no ha ocurrido.

En la PAM persisten prácticas que dan cuenta de una concepción sobre la atención y acceso a los servicios de salud públicos, ligada más a un modelo asistencialista y benefactor de la salud.

Esta concepción es reconocida por el personal de salud de la unidad, que si bien no acepta estas formas de formas de agradecer que tiene el adulto mayor por la atención recibida, por las implicaciones éticas y legales que implican, reconoce que todavía existen.

De acuerdo a los pocos adultos mayores entrevistados que acuden al SCS Luluncoto, se puede establecer que este grupo asume la atención como un acto de benevolencia, antes que como un derecho.

Estas expresiones de la situación de la PAM así como de su memoria colectiva, no son tomadas en cuenta por el personal de salud al momento de organizar el servicio.

12. RECOMENDACIONES

Las siguientes recomendaciones son de carácter operativo para implementarlas en la unidad de salud, y algunas de ellas son tomadas de la propuesta de Collado (2006), la cual contiene intervenciones encaminadas a trabajar sobre las restricciones internas. Es decir, sobre los factores que provienen del propio individuo y que influyen en la utilización del servicio de salud. Así también, se plantea intervenir en los factores externos que se generan en los servicios de salud y que se ha podido identificar en el presente estudio.

Factores internos presentes en la PAM, que incluye a su vez marcos sociales de su memoria colectiva: Familia, Clase Social y Lenguaje

Factores externos, provenientes del personal y del servicio de salud, que incluyen:

- Escaso cumplimiento del criterio de globalidad de la atención al adulto mayor.
- Barreras de acceso funcional al servicio
- Barreras de acceso socio cultural al servicio

12.1 Factores internos presentes en el Adulto Mayor

Se propone trabajar en lo marcos sociales de la memoria colectiva mediante Programas en la Comunidad, que tienen como objetivo reducir factores internos, así como reconocer las expresiones de la memoria colectiva de la PAM.

12.1.1 Campaña informativa sobre el Adulto Mayor.

Como sujeto de derechos, amparado en la Constitución del Ecuador y demás leyes, reglamentos normas y protocolos de atención al/la Adulto/a Mayor. Dirigida a toda la población del área de influencia del SCS, con la participación de actores sociales del barrio como son: Comité Barrial, Grupo de la Tercera Edad, Liga Barrial, Grupo de Catequesis, párroco, escuelas del sector, SCS Luluncoto.

Objetivo. Informar a la población del barrio de Luluncoto sobre la importancia del adulto mayor y las leyes que lo determinan como sujeto de derecho y establecen su atención como prioritaria.

Actividades.

- Periódicos murales en la escuela sobre derechos del Adulto Mayor que serán expuestos en el SCS Luluncoto.
- Cine foro sobre Adulto Mayor en la casa barrial de Luluncoto.
- Proyecciones permanentes sobre Adulto Mayor en la sala de espera del SCS Luluncoto.
- Jornada de stencil⁴⁴ sobre Adulto Mayor en las paredes de las casas del Barrio
- Acto de reconocimiento al SCS Luluncoto como unidad garante de derechos del Adulto Mayor.

⁴⁴ Es una técnica artística de decoración en que una plantilla con un dibujo recortado es usada para aplicar pintura, lanzándola a través de dicho recorte, obteniéndose un dibujo con esa forma, que puede ser aplicada en cualquier superficie.

12.1.2 Proyecto de mantenimiento de la memoria colectiva en la PAM “Juglares”.

En el cual se recopilen las historias de los adultos mayores, acerca de los cuidados de la salud y sus prácticas, imágenes sobre los servicios de salud, y el cómo deberían actuar: con la participación de los actores sociales del barrio.

Objetivo. Evidenciar en la población del barrio de Luluncoto, la importancia de la memoria colectiva del Adulto Mayor como generador de identidad y su relación con la salud.

Actividades.

- Recopilación de testimonios de Adulto Mayor acerca de la salud, en la consulta de los profesionales del SCS Luluncoto.
- Jornada de recopilación de testimonios de los abuelos de niños de 7º de básica de las escuelas del sector.
- Acto de reconocimiento del testimonio mejor logrado, en el SCS Luluncoto.
- Exposición escritas y permanentes en la unidad de salud, de los testimonios sobre cuidados de salud más empleados actualmente y que han perdurado en el tiempo.

12.1.3 Proyecto de Colonias Vacacionales de Promoción de la Salud en la PAM.

Con la participación espontánea de la PAM del sector y el involucramiento de instituciones y organizaciones del sector. (Anexo Cd)

Objetivo. Fortalecer la relación del SCS Luluncoto con la población Adulto Mayor, a través de su participación en actividades de promoción y mantenimiento de la salud.

Actividades

- Talleres sobre características el Adulto Mayor
- Sesiones de ejercitamiento físico para adulto mayor
- Talleres de producción artística
- Taller de integración con el personal del SCS de Luluncoto
- Salida de integración con todos los participantes

12.1.4 Conformación de grupos de adultos mayores en la comunidad, basados en trabajo de pares.

Con la participación de PAM con enfermedades comunes, como pueden ser crónico degenerativas (Hipertensión, Diabetes Mellitus II). A través de una educación inter pares que permita el cambio de actitudes y creencias de la personas.

Objetivo. Reducir las percepciones negativas que tiene el Adulto Mayor respecto de los servicios de salud pública y en especial el SCS Luluncoto.

- Conformación de equipo interdisciplinario responsable del trabajo con grupos de adulto mayor
- Convocatoria abierta a PAM del sector a integrar grupos
- Estructurar grupos de acuerdo a edad y problema de salud

- Asignar parejas a cada adulto mayor para la educación y apoyo mutuo respecto de su problema de salud
- Diagnóstico de necesidades percibidas y requeridas por la PAM y el personal de salud
- Acuerdo de temas y cronograma de actividades por cada grupo

12.2 Factores externos, provenientes del personal y del servicio de salud

Se plantea iniciar con los problemas identificados respecto del criterio globalidad de la calidad de la atención, así:

12.2.1 Escaso cumplimiento del criterio de globalidad de la atención al adulto mayor.

Para ello se comenzará con medidas que mejoren la comunicación en la relación médico – paciente durante la entrevista en la consulta, mediante:

- a. Formación específica de los profesionales para el abordaje de la PAM con limitaciones auditivas, cognitivas y físicas en la consulta. Con la participación de todo el personal de salud de la unidad.

Mediante:

- Pasantías de uno o varios profesionales en centros geriátricos, para observar el manejo del paciente Adulto Mayor con limitaciones auditivas, cognitivas y físicas antes y durante la consulta, y
- Capacitación en técnicas de abordaje al Adulto Mayor con deficiencias o discapacidades específicas, a través de la aplicación de: medidas básicas durante la consulta y del decálogo de las personas adultas mayores. (Anexo 4)

- b. Construcción de estrategias para optimizar los tiempos asignados a la atención del Adulto Mayor, y poder así mejorar su autonomía en el tratamiento.

Mediante

- Talleres de actualización de normas y procedimientos de atención en adultos mayores al personal de salud, enfatizando los tiempos asignados a la consulta.
- Elaborar un registro de información de los pacientes Adultos Mayores, que permita identificar problemas de salud, prescripciones del médico y cita de control; y que este a disposición tanto del personal de salud, como del Adulto Mayor.
- Elaborar y estandarizar formatos de: prescripción de medicamentos e indicaciones y control del cumplimiento de las indicaciones que da el profesional de salud al paciente Adulto Mayor. Estos deben ser impresos en computadora y en letra grande que pueda leer el paciente.
- Para el control, se debe asignar una hoja de registro fácil de manejar por el Adulto Mayor, en el que anote diariamente las indicaciones prescritas por el médico; y en la cita de control debe llevarlo al profesional para el controlar su cumplimiento.
- Este registro de indicaciones también debe llevarlo el profesional de la unidad y adjuntarlo en la historia clínica.

12.2.2 Barreras de acceso funcional al Subcentro de Salud de Luluncoto

Se plantea dar continuidad a las medidas implementadas en la unidad durante el proyecto del año anterior, el cual estuvo enfocado en acceso funcional del adulto mayor, y que consta de tres componentes:

- Visitas domiciliarias
- Actividades de promoción de la salud y prevención primaria en adulto mayor.
- Sistema de citas por teléfono.

Las visitas domiciliarias se las lleva a cabo los terceros viernes de cada mes con los pacientes captados en: actividades extramurales, en la consulta por familiares que piden al personal de salud hacer una visita al adulto mayor, porque les es difícil trasladarse a la unidad; y los registrados en el formulario 3 de citas por teléfono. (Anexo 4)

Las actividades de promoción de la salud en el adulto mayor, se las lleva a cabo dos veces por mes en la Casa Barrial de Luluncoto y consta de:

Valoración de nivel de glucosa y tensión arterial, bajo la responsabilidad de la enfermera de la unidad, que registra estos valores en una libreta que el adulto mayor porta como requisito indispensable para su control.

El adulto mayor debe ir de 8 a 10am en ayunas, para lo cual debe llevar un refrigerio que se lo sirve después.

Además, durante esta actividad se procede con charlas informativas respecto de problemas de la PAM, que previamente se los identificó mediante un diagnóstico de necesidades acerca de la información que requieren. Los responsables de esta actividad son el médico general de la tarde y el psicólogo, que se alternan en cada sesión.

La tercera estrategia para disminuir las barreras funcionales es la de implementar un sistema de citas por teléfono, que a su vez tiene cuatro momentos:

- Establecer número de pacientes adultos mayores por cada profesional y elaboración de tres matrices para registro de citas: a) Registro de personas para ser atendidas en la semana en curso; b) para ser atendidas la semana próxima, c) para visitas domiciliarias. (Anexo 5)
- Capacitación sobre el procedimiento de asignación de turnos y manejo de formularios de registro al responsable de estadística. (Anexo 6)
- Promoción del servicio a través de volantes y afiches entregados en el barrio, grupo de adulto mayor, tiendas e iglesia; y durante la consulta de cada profesional. (Anexo 7)
- Implementación del sistema de citas por teléfono.

12.2.3 Barreras de acceso socio cultural al Subcentro de Salud de Luluncoto

Para disminuir las barreras socioculturales identificadas en el presente estudio se plantea lo siguiente:

a. Jornadas de información sobre el Adulto Mayor como sujetos de derechos y atención prioritaria en los servicios de salud públicos. Dirigidas a profesionales de la salud y usuarios de demanda espontánea. Cuyo objetivo sea sensibilizar al personal de salud y usuarios de la unidad. Mediante actividades tales como:

- Elaboración de mural desmontable en el SCS, en el cual los usuarios registren sus apreciaciones acerca del adulto mayor
- Exposición permanente de videos y carteles en la sala de espera relacionados a este grupo etario.
- Entrega de volantes referidos a derechos de la PAM en la sala de espera y durante consulta a usuarios de demanda espontánea.
- Taller de sensibilización sobre PAM dirigido a personal de la unidad
- Acto de reconocimiento simbólico al personal y usuarios de la unidad como garantes de derechos de los adultos mayores.

b. Jornadas de encuentros inter generacionales e intersectoriales en torno al adulto mayor. Con la participación de adolescentes, niños/as de escuelas del sector, familias; así como personal de salud y educación de las instituciones del sector. A través de:

- Talleres de integración entre adolescentes, niños y adultos mayores.
- Exposiciones comunitarias mediante socio dramas de situaciones comunes en las diferentes etapas de vida
- Ferias de promoción de la salud con el involucramiento desde la planificación hasta la ejecución, de los diferentes grupos, sectores y actores sociales de la comunidad.

13. BIBLIOGRAFÍA

1. Aguilar Miguel. Fragments de la memoria colectiva. Revista de cultura psicológica UNAM Mexico. 1991
2. Andersen, R. y Aday, A. "A theoretical framework for the Study of access to medical care". Health Services Research Vol 9, (1994). Pag. 19
3. Ávila Ayari, Briceño Alberto, Benítez Betty. Barreras organizacionales de acceso en servicios ambulatorios Multiciencias, Vol. 10, núm. 1. Venezuela. 2010. Pag. 65-70
4. Backzo Bronislaw. Memorias y Esperanzas Colectivas. Ed. Nueva Visión. Argentina. 1991. Pag. 29
5. Bada E, Ros C. Marisa Restricciones internas y externas en la accesibilidad a los servicios de salud. 1er Congreso Nacional de Salud Reproductiva y Forum de Salud y Sociedad. Sitges.1998. Pag. 23
6. Barrenechea JJ, Trujillo E. Implicaciones para la planificación y administración de los sistemas de salud para todos en el año 2000. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia, Colombia. 1987. Pag. 20
7. Bartlett Frederik. Experimental method in psychology. The Journal of General Psychology. Inglaterra. 1930. Pag. 26
8. Berger Peter, Luckman Tomas. La construcción Social de la Realidad. Edit. Amorrortu. España 1968. Pag. 33
9. Booth Brenda M. Investigación de Servicios de Salud. University of Arkansas for Medical Sciences Department of Psychiatry EEUU. 2009
10. Comes Yamila. "Si pudiera pagaría": estudio sobre la accesibilidad simbolica de las mujeres usuarias pobres del AMBA a los servicios asistenciales estatales. Secretaría de Investigaciones UBA. Argentina. 2004. Pag 24
11. Comes Yamila. El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. Secretaría de Investigaciones UBA. Argentina. 2006. Pag. 23,46
12. Cortés Manuel. Introgencia, ética y administración. Departamento de Producción Económica, DCSH. México. 2004.
13. Durkheim Emile. Las formas elementales de la vida religiosa. Edit. Akal. España. 1992. Pag. 26,33
14. Frenk J. El concepto y la medición de accesibilidad. Rev Salud Publica Mexico. 1985. Pag. 20
15. García Carlos. Algunas estrategias de prevención para mantener la autonomía y funcionalidad del adulto mayor. Rev. Med. Clin. Condes. Chile 2010

16. Giménez Gilberto. Cultura, identidad y memoria Materiales para una sociología de los procesos culturales en las franjas fronterizas. Frontera norte. UNAM México. 2009. Pag. 26
17. Guillén Llera F, Torres González M. Envejecimiento. Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC) España. 2002
18. Gropo Bruno. Las Políticas de la Memoria. Universidad Nacional de La Plata. Argentina. 2002
www.fuentesmemoria.fahce.unlp.edu.art
19. Halbwachs Maurice. La memoria colectiva y el tiempo. Ed. P.U. F., Paris, 1950. Pag. 28,29,31,33
20. Halbwachs Maurice. Los marcos sociales de la memoria. Editorial Albin Michel. París. 1968. Pag. 27
21. Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos. Perfil epidemiológico en el adulto mayor. INEC. Ecuador. 2006
22. Kornblit Ana Lía, Mendez Diz Ana María. Salud y enfermedad desde la perspectiva de los jóvenes. Un estudio en jóvenes escolarizados en el nivel medio de todo el país. Instituto de Investigaciones Gino Germani, Universidad de Buenos Aires. Argentina. 2006
23. López Gustavo. Informe Proceso Social del Cáncer de mama en México. Instituto Carso de la Salud. México. 2009
24. López Hernán. Semiología Geriátrica. Anamnesis y examen físico del anciano. Edit. CELSUS. Colombia 2010
25. Madies Claudia. Aseguramiento y cobertura: dos temas críticos en las reformas del sector de la salud. Revista Panamericana Salud Pública. Brasil. 2000
26. Méndez Reyes Johan . Memoria individual y memoria colectiva: Paúl Ricoeur. Agora. ISSN. Venezuela. 2008
27. Mercenier, Van Balen, Base de organización de los Servicios de Salud. Instituto de Medicina Tropical Príncipe Leopoldo, Amberes-Bélgica, 1997, pag: 15,16,20,21
28. MIES. Encuesta Nacional de salud, Bienestar y Envejecimiento. SABE I. MIES. Ecuador. 2010
29. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Normas y Protocolos de Atención Integral de Salud de las y los Adultos Mayores. MSP Ecuador 2010
30. Nigenda López Gustavo. Perspectiva de mujeres diagnosticadas, sus parejas y los prestadores de servicios de salud. Fundación Mexicana para la Salud. México. 2009
31. OMS. Background paper for the Technical Consultation on Effective Coverage of Health Systems. Genova . 2001

32. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento activo: un marco político. Revista Geriatria Gerontologica. España 2002
33. Peláez Martha B, Ferrer Marcela. Salud Pública y los Derechos Humanos de los Adultos Mayores. Centro de Análisis de Políticas Públicas de la Universidad de Chile. 2001
34. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction. Med Care 1981 Pag.19
35. Ricoeur Paul. La memoria, la Historia, el Olvido. Edit. Trotta. España. 2003. Pag. 27,30
36. Rojas Ana. La mujer indígena Talamancaña: Salud, Reproducción y Cultura. Escuela de Salud Pública. Costa Rica. 1995. Pag. 33
37. Ros Collado Marisa, Carmen Ollé Rodríguez. Acceso y utilización de los servicios de salud: atención al paciente inmigrante, dificultades y posibles soluciones. Ministerio de Sanidad y Consumo. España. 2005. Pag. 22-25
38. Sanhueza Parra Marcela; Castro Manuel. Adultos mayores funcionales: un nuevo concepto en salud. Ciencia y enfermería. Chile 2005
39. Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. Plan Nacional de Desarrollo 2007 – 2010 Adultos Mayores. Ecuador. 2007
40. Solitario Romina. Derechos, ciudadanía y participación en salud: su relación con la accesibilidad simbólica a los servicios. Anuario de Investigaciones Vol. XV. Argentina. 2007. Pag. 22
41. Stolkiner, A. “Reforma del Sector Salud y utilización de servicios de salud en familias NBI: estudio de caso” del libro “La Salud en Crisis- Un análisis desde la perspectiva de las Ciencias Sociales”, Ed. Dunken. Buenos Aires, 2000.
42. Strejilevich Leonardo. “Adultos Mayores. algunos aspectos demográficos y sociosanitarios” Universidad Maimónides. Argentina. 2010
www.elintransigente.com.ar
43. Suay Cantos A.; Ortega Roig M. Anciano Frágil. Guía de Actualización Clínica en Atención Primaria. Generalitat Castilla. España 2009
44. Unger J. Pierre. Criterios de calidad para la provisión y la administración de servicios de salud «de interés público». DGDC Bélgica. 2008
45. Vásquez Celmira. Reconstruyendo la memoria colectiva de los cuidados para la salud en el valle del río cimitarra: una propuesta investigativa. Ciencia y Enfermería XV. Colombia 2009. Pag. 34
46. Vygotsky Lev. Pensamiento y Lenguaje. Paidós España. 1979. Pag. 26,30
47. Viveros M. Alberto. Envejecimiento y vejez en América Latina y el Caribe: políticas públicas y las acciones de la sociedad. CELADE. Chile. 2001
48. Zavala Mercedes. Funcionamiento social del adulto mayor Rev Panam Salud Publica 2005. Pag. 37

ANEXOS

ANEXO 1. Guía de entrevista a Adulto Mayor

Entrevista a personas adultos mayores del sector de influencia del SCS Luluncoto

El SCS Luluncoto con el propósito de realizar un análisis del acceso al servicio, solicita y agradece a usted su participación en esta entrevista que nos dará información valiosa para el diseño de alternativas de mejoramiento del acceso de las personas mayores de 65 años a la atención.

Cabe recalcar que la entrevista y la información obtenida de ésta, es confidencial.

Datos de identificación:

Nº de entrevista

Sexo: M F Edad..... Jubilado/a si no

Ocupación previa.....actual.....

Pregunta:

1. La última vez que usted estuvo enferma/o, cuénteme por favor ¿A dónde acudió a hacerse atender?
 - a. ¿Cuál fue la razón por la cual eligió ese servicio de salud?
2. ¿Conoce usted de la existencia de un centro o Subcentro de salud que pertenezca al ministerio de salud en Luluncoto?
 - a. Por favor cuénteme ¿Qué opinión tiene usted sobre este servicio?
 - b. De la última vez que usted estuvo enfermo y acudió al SCS Luluncoto, ¿cuál fue la razón (o razones) por la cual usted eligió acudir a este centro de salud?
3. ¿Conoce usted otro lugar en el barrio o cercano donde se haga atender cuando está enferma? Y si es así, qué opinión tiene de éste en comparación con el SCS de Luluncoto
4. ¿De la vez que usted se hizo atender en el SCS Luluncoto, por favor cuénteme su experiencia con este servicio
 - a. Le fue fácil ser atendido/a
 - b. Cómo lo trataron, se sintió escuchado?, la atención fue lo que usted esperaba? Cómo fue la reacción del médico de lo que usted dijo, que hizo respecto de su enfermedad?
 - c. Quién y cómo lo atendió
 - d. Tiene sugerencias de cómo mejorar el servicio?
5. ¿Conoce a personas que se hayan atendido en el SCS Luluncoto? Me podría decir que le han contado ellos sobre la atención, qué tipo de problemas se atienden en el SCS?

Firma de consentimiento informado

ANEXO 2. Guía de entrevista a personal del Subcentro de Salud

Entrevista a personal de salud del Subcentro de Salud Luluncoto

El SCS Luluncoto con el propósito de obtener información acerca de algunos aspectos que influyen en el acceso a la atención de las personas mayores de 65 años, le solicita y agradece su participación en esta entrevista.

Cabe recalcar que la entrevista y la información obtenida de ésta, es confidencial.

Datos de identificación:

Nº de entrevista

Sexo: M F

Años que lleva trabajando en el SCS:

Función que desempeña:

Preguntas:

1. ¿Atiende usted con regularidad a adultos mayores en su consulta?
 - ¿Cuáles con los problemas de salud de los adultos mayores por los que acuden donde usted?
 - Además de ser atendidos por su problema de salud, ¿porque otras razones acuden a su consulta?
 - ¿Existen diferencias en la atención de un adulto mayor con personas de otros grupos de edad? Cuáles y porqué
 - ¿Cambia en algo su forma de atender cuando se trata de un adulto mayor? Porqué
 - ¿Ése cambio representa una dificultad para el o ella?
 - ¿Considera que los adultos mayores que realmente necesitan de su servicio, acuden donde usted? (En el caso que no) Porque cree que no lo hacen?
 - ¿Por lo general, cómo perciben ellos su estado de salud, cuando van a la consulta?
 - ¿Para usted, qué eventos determinan esa percepción de la salud de ese adulto mayor?

2. De su experiencia en consulta, cuénteme por favor ¿cómo se da la interacción entre el adulto mayor y usted?
 - ¿Qué dificultades ha tenido?
 - ¿Ha identificado limitaciones que afecten la comunicación. Y cómo responde usted frente a esas limitaciones?
 - ¿Cómo se comunica con ellos, que estrategias utiliza para entenderlo/a y hacerse entender?
 - ¿Quien más interviene en esa relación? Tanto de parte del adulto mayor como del SCS
 - Los adultos mayores o la persona que lo acompaña, le cuentan sobre sus experiencias pasadas en relación a la enfermedad o la atención recibida por otros médicos o de otros SCS?
 - ¿Esas experiencias contadas por el adulto mayor, le ha influido a usted a cambiar algo el diagnóstico o el manejo de /indicaciones para ese paciente?
 - ¿Cómo se siente usted cuando atiende a un adulto mayor?

3. Respecto de su problema de salud, cuénteme por favor, ¿qué prácticas de auto cuidado le han contado que realizan?
 - ¿Qué les recomienda a los adultos mayores en cuanto al auto cuidado?

- ¿Cómo se percata usted que han entendido las indicaciones?
 - Según usted cuáles cree son las dificultades para que los adultos mayores no entiendan las indicaciones y/o no cumplan?
 - ¿Usted cree que hay necesidad de mejorar el servicio en relación al adulto mayor?.
 - Ha hecho o ha pensado hacer algo para mejorar en su servicio o en el SCS?
4. Por favor cuénteme: ¿qué percepción tiene usted acerca de los adultos mayores del sector?
- Su percepción ha cambiado en el transcurso del tiempo que usted trabaja en el SCS
 - ¿Existe alguna experiencia que haya contribuido a que ocurra eso?
 - ¿Cómo era su percepción anterior?
 - ¿De conversaciones con compañeros de la unidad, cuál es la percepción que (según usted) ellos tienen sobre los adultos mayores y en base a que la tendrán?
5. De acuerdo a usted, que opinión tendrán los adultos mayores respecto del SCS.
- Qué opinión tendrán los adultos mayores respecto del servicio
 - Qué opinión tendrán los adultos mayores respecto del personal del SCS
 - ¿Existirá alguna experiencia de los adultos mayores con el servicio que haya contribuido para que eso suceda?
 - De lo que comenzó a trabajar en el SCS hasta la actualidad ha cambiado según usted, la percepción que tienen los A adultos mayores respecto del SCS

Firma de consentimiento informado

ANEXO 3. Guía para grupo focal sobre memoria colectiva en adultos mayores

Guía de preguntas para grupo focal sobre memoria colectiva en adultos mayores

El SCS Luluncoto con el propósito de realizar un análisis del acceso al servicio, solicita y agradece a usted su participación en esta entrevista que nos dará información valiosa para el diseño de alternativas de mejoramiento del acceso de las personas mayores de 65 años a la atención.

Cabe recalcar que la entrevista y la información obtenida de ésta, es confidencial.

Para la intervención de cada participante, se ruega por favor indicar al inicio:

Edad:

Afiliación a seguro de salud:

Ocupación actual:

Preguntas:

1. ¿De lo que usted recuerda, cómo se curaban antes las enfermedades o dolencias? En la infancia, por ejemplo
Y ahora, ¿todavía siguen esas formas de curarse?
¿Quién se encargaba de curar?
¿Cuáles eran los problemas de salud de entonces?
¿Usted conserva y practica esas formas de curación, ahora?
2. ¿Y de lo que usted recuerda, cuando apareció y comenzaron a ir al médico
¿Cómo eran los servicios de salud, en ese entonces?
¿Eran accesibles esos servicios? Sí, No. ¿Por qué?
¿Quién se encargaba de curar las enfermedades?
¿Cuáles eran los problemas de salud por los que iban al médico?
3. Y ahora, qué opina o percibe sobre los servicios de salud actuales
De los públicos
De los privados (dónde se paga)
De los tradicionales (curandero, homeópata)
¿Por qué problemas de salud irán hoy las personas mayores a los servicios?
4. ¿Qué acontecimiento en su vida influiría para que usted tenga esa opinión o percepción sobre los servicios públicos?
¿Ha escuchado usted algún comentario respecto de los servicios públicos?
¿Se ha hecho atender en un servicio público?
¿Cuál es la diferencia en la atención entre un público y un privado?
5. ¿Qué opina usted del servicio del SCS Luluncoto?
Alguna experiencia tuvo para que tenga esa percepción
¿Se ha hecho atender en el SCS Luluncoto?
¿Cuál es la diferencia en la atención entre el servicio donde se hace atender y el SCS Luluncoto?

ANEXO 4

Estrategias para el abordaje del adulto mayor durante la entrevista y Decálogo de las personas Adultas mayores

Durante la entrevista con el adulto mayor no hay que olvidar, que muchos de ellos pueden tener problemas auditivos o cognitivos que pueden comprometer la calidad de la anamnesis.

Según López H. (2010) el paciente o su cuidador en ciertos casos de manera consciente o inconsciente niegan el problema, por lo cual es importante que la historia sea corroborada por un informante que conozca bien al paciente.

Además sostiene que en lo posible todas las preguntas deben ir dirigidas al paciente y no al familiar o a otro informante secundario

Ahora bien, enumeraremos algunas medidas a emplear por el profesional en la consulta, para mejorar la relación con el paciente que presente déficit de audición:

- Ante un déficit auditivo el profesional al hablarle debe llamarlo por su nombre para lograr una mayor atención
- Determinar si la audición es mejor en un oído y a continuación el discurso debe ir directo a ese lado.
- Hable claramente en un tono de voz normal
- No hable con rapidez, puesto que el discurso más comprensible para el adulto mayor es no más de 125 palabras por minuto (cuando el promedio en un adulto es de 200 a 300 palabras por minuto)
- Si su voz es de tono alto, lo baja
- Usar gestos y expresiones fáciles para ampliar el significado del mensaje
- Colóquese de frente al adulto mayor para que este pueda leer sus labios
- No hable con las manos delante de la boca o masticando goma de mascar
- Mantenga el ruido de fondo al mínimo, es por esto que el consultorio debe estar a una distancia prudencial de la sala de espera o la ventanilla
- Si el adulto mayor no entiende, use palabras diferentes y de fácil comprensión. Evite usar términos técnicos
- Proporcionar la iluminación y calefacción adecuada para que el adulto mayor se sienta cómodo
- Eliminar los riesgos (sillas en el camino, lámparas)
- En ningún caso es necesario gritar ya que esto genera rechazo por parte del paciente
- El médico puede hacer uso del fonendoscopio en algunos casos.

Recuerde recoger la queja del paciente cuando éste dice que no oye bien. La simple afirmación de su discapacidad auditiva tiene un importante valor diagnóstico.

DECÁLOGO DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

1. El alto envejecimiento de la población es un logro histórico.

El envejecimiento de un país es consecuencia de su progreso y se debe reconocer y felicitar por ello. En ningún caso este envejecimiento debe presentarse como una carga o problema.

2. Toda persona mayor debe sentirse orgullosa por haber llegado ahí.

Para un individuo, envejecer supone haber sobrevivido a enfermedades, accidentes, y debe sentirse afortunado y orgulloso por llegar a mayor.

3. La vejez puede ser una etapa de la vida tan positiva como cualquier otra.

Con los progresos de la ciencia y del desarrollo económico y cultural, la vejez puede ser y es, cada vez más, una etapa de la vida tan plena como cualquier otra: productiva, creativa, afectiva y llena de relaciones sociales, de calidad de vida e independencia. Los estereotipos negativos que con tanta ligereza se hacen hacia los mayores, resultan muy inadecuados y no son ciertos

4. No es justo que se fomenten temores y sobresaltos en las personas mayores.

Las personas que llegan a la vejez se merecen vivir sin sobresaltos. Han hecho méritos y esfuerzos para ello. No parecen justos los mensajes frecuentes, emitidos por diferentes grupos, referentes a la pérdida parcial de derechos adquiridos: pensiones y atención sanitaria principalmente.

5. Tienen que desaparecer todas las formas de discriminación por la edad.

La edad no debe ser un factor de discriminación en los aspectos educativos, laborales, asistenciales etc. Así, no es de extrañar, que los malos tratos (por negligencia, explotación, psicológicos etc.) se produzcan en los mayores con mayor frecuencia que en ningún otro colectivo

6. La dependencia no es consecuencia de la edad.

Las situaciones de incapacidad o dependencia son más frecuentes con la edad, pero en modo alguno son una consecuencia de la misma. Se deben a problemas de salud. Hoy, la ciencia nos dice que es posible disminuir la frecuencia e intensidad de la dependencia y retrasar su aparición.

7. Es posible disminuir la frecuencia e intensidad de la dependencia.

La educación sanitaria, la prevención, el control y adecuado manejo de las enfermedades y la recuperación de la función perdida, son las medidas necesarias para disminuir la dependencia.

8. La atención geriátrica es un derecho básico al que, hoy en día, no tienen acceso la mayoría de las personas mayores cuando lo necesitan.

La ciencia ha demostrado que la Geriátrica es una especialización sanitaria eficiente e imprescindible para limitar la dependencia en su justa medida, disminuir el sufrimiento y aumentar la calidad de vida de las personas ancianas con problemas de salud más complejos..

9. Es necesaria una Ley de Dependencia justa y que apoye a las familias.

Cuando las situaciones de dependencia se producen, es preciso ayudar a las familias en los cuidados, con la potenciación domiciliaria en primer lugar, y con internamientos temporales o definitivos cuando se requiera, en centros dónde se garanticen los cuidados de calidad.

10. No se debe relacionar vejez con terminalidad

La vejez termina con la muerte. Pero también, a veces, la infancia, la juventud, y la madurez pueden terminar de la misma manera. No existen argumentos científicos ni humanos para relacionar vejez con terminalidad, algo que, con frecuencia, se transmite incluso desde ámbitos sanitarios. Otra cuestión son los cuidados que se tienen que dar al final de la vida, que siempre son complejos y difíciles, a los cuales da respuesta la Geriátrica.

ANEXO 6

Procedimiento para recepción de citas por teléfono

SISTEMA DE CITAS POR TELÉFONO Proyecto Adulto Mayor SCS Luluncoto

Procedimiento para la toma de cita previa

De forma exclusiva:

Sistema de citas previas sólo a personas adultas mayores de 65 años

Se receptorán las llamadas todos los días de lunes a viernes

En horario de 2 a 4pm

1. Se inicia con: Saludo y presentación “Buenas tardes Subcentro de Salud Luluncoto. En que le puedo ayudar”
2. Luego se pide: “datos de identificación”
 - a. Si la persona a la cual se va asignar el turno tiene de 64 años 11 meses en adelante, entonces se anota en el formato correspondiente (Formulario 1)
 - b. Si la persona a la cual se va asignar el turno, tiene menos de esa edad, entonces se le informa: “Que por tratarse de un proyecto que se está implementando en su primera fase, se está dando prioridad al adulto mayor de 65 años, puesto que es un grupo de edad más vulnerable que otros, y que en personas de menor edad, se sigue con el procedimiento de citas habitual”
 - c. Si, a pesar de que la persona tiene más de 65 años, y se terminaron los turnos para esa semana en curso, pero hay para la próxima, entonces se le explica: “que se le anota, para la segunda semana, en el horario que corresponde”. Luego se le registra en el formulario 2
 - d. Si, en determinada especialidad ya no existen turnos para la semana en curso, ni para la segunda semana, entonces se le informa: “que se le registran los datos, para las visita domiciliarias que se hacen el segundo viernes de cada mes. Y se anota en el formulario 3
 - e. En caso de que la persona le diga que es un caso de “emergencia”, se procederá de la siguiente manera:
 - Si se encuentra el profesional (dentro del horario) en la consulta, entonces se pide a la persona que llama, que se dirija con el paciente al subcentro para que sea valorado y definir si se trata de una emergencia.
 - Si no se encuentra el profesional (y está fuera de su horario), entonces se indica que junto al paciente se dirijan al centro de Salud N° 4 Chimbacalle a emergencias.

Para cada especialidad se dará hasta 2 citas por persona mayor de 65 años, no más.

ASPECTOS IMPORTANTES A CONSIDERAR EN EL FORMULARIO 1

Personas a ser atendidas en la semana en curso

1. **En las columnas 1 hasta la 5:**
 - a. Se anota la unidad en donde se hace atender por lo general la persona, antes del sistema de citas en Luluncoto. Por ej. La señora es del IESS, dispensario 14 villa flora
2. **En la columna 11:** se anota la Historia clínica, ya sea si pertenece al IESS, ISSFA, o unidad del MSP, etc. Si tiene 2 historias, y se acuerda el número, se las anota también.
3. **En las columnas 12 a la 28:** Corresponden sólo a la cita disponible para cada especialidad y la hora que tiene que será atendido el paciente. Se le pide que se encuentre unos 10 minutos antes para la toma de signos vitales.
4. No olvidar anotar la semana a la que corresponde.

ASPECTOS IMPORTANTES A CONSIDERAR EN EL FORMULARIO 2

Personas que no pudieron ser atendidas y se pudo reservar turno SOLO hasta la siguiente semana.

1. Lo mismo del formulario anterior, con la diferencia, de que los turnos reservados, para la siguiente semana se registran nuevamente en el formulario 1.

ASPECTOS IMPORTANTES A CONSIDERAR EN EL FORMULARIO 3



Personas que no pudieron ser atendidas y NO se pudo reservar turno para la siguiente semana.

1. Lo mismo de los formularios anteriores, excepto en las columnas 12 a la 15:
 - a. Se anota con una X en la especialidad que requiere una consulta y/o visita domiciliaria.
2. En la columna 16 se anota el problema de salud. Por ej. Dolores de cabeza frecuentes, mareos, diabetes, hipertensión, artrosis, “que no se puede mover”, etc. Recuerde, es sólo para ubicar prioridades para la atención.

Responsable: Estadística

ANEXO 7

Modelo de volantes y afiches de promoción de actividades para adulto mayor

<p style="text-align: center;"> Ministerio de Salud Pública Dirección Provincial de Salud Pichincha ÁREA DE SALUD N° 4 SUBCENTRO DE SALUD LULUNCOTO</p> <p>Se informa a la Comunidad de Luluncoto que los turnos para los servicios de Odontología, Medicina, Obstetricia, Psicología para las personas de 65 y más años exclusivamente, pueden hacerlo por teléfono.</p> <p style="text-align: center;"></p> <p>¿Como?: Llame al 2650434 a partir de las 2pm de lunes a viernes, y una persona le asignará el día y la hora de su turno</p>	<p>Además: Se trabaja cada 15 días en la Casa Barrial de Luluncoto, a partir de las 8am con: Valoración de glucosa y signos vitales para prevenir y controlar Diabetes e Hipertensión Arterial Y se dan talleres de temas útiles al adulto mayor y su familia.</p> <p>El tercer viernes de cada mes se realizarán visitas domiciliarias a las personas adultas mayores que no hayan podido ser atendidas en la consulta</p> <p>¿Porqué solo con los adultos mayores de 65 años? La Constitución del Ecuador del 2008, establece como GRUPO PRIORITARIO de protección y atención al Adulto Mayor</p>
--	--

