



**Centro de Investigación en Alimentación y
Desarrollo, A.C.**

**CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD
PERCIBIDA POR PERSONAS ADULTAS MAYORES
AFILIADAS AL SEGURO POPULAR EN HERMOSILLO,
SONORA**

Por:

Vianney Daianee Fernández Iglesias

TESIS APROBADA POR LA

COORDINACIÓN DE DESARROLLO REGIONAL

Como requisito parcial para obtener el grado de

MAESTRA EN DESARROLLO REGIONAL

APROBACIÓN

Los miembros del comité designado para la revisión de la tesis de Vianney Daianee Fernández Iglesias, la han encontrado satisfactoria y recomiendan que sea aceptada como requisito parcial para obtener el grado de Maestra en Desarrollo Regional.



Dra. Rosario Román Pérez
Directora de tesis



Dra. María José Cubillas Rodríguez
Integrante del comité de tesis



Dra. Elba Abril Valdez
Integrante del comité de tesis



Dra. Miriam Teresa Domínguez Guedea
Integrante del comité de tesis

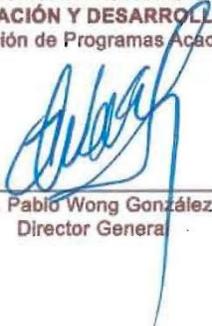
DECLARACIÓN INSTITUCIONAL

La información generada en la tesis “Calidad de la Atención de los Servicios de Salud Percibida por Personas Adultas Mayores Afiliadas al Seguro Popular en Hermosillo, Sonora” es propiedad intelectual del Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, A.C. (CIAD). Se permiten y agradecen las citas breves del material contenido en esta tesis sin permiso especial de la autora Vianney Daianee Fernández Iglesias, siempre y cuando se dé crédito correspondiente. Para la reproducción parcial o total de la tesis con fines académicos, se deberá contar con la autorización escrita de quien ocupe la titularidad de la Dirección General del CIAD.

La publicación en comunicaciones científicas o de divulgación popular de los datos contenidos en esta tesis, deberá dar los créditos al CIAD, previa autorización escrita del manuscrito en cuestión del director(a) de tesis.



**CENTRO DE INVESTIGACIÓN EN
ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO, A.C.**
Coordinación de Programas Académicos


Dr. Pablo Wong González
Director General

AGRADECIMIENTOS

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por el financiamiento otorgado durante estos dos años para poder llevar a cabo la presente investigación.

Al Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, A.C. (CIAD) por nutrir el aprendizaje de sus estudiantes a través de los conocimientos transmitidos por el equipo de académicos(as). De igual manera, se reconoce a todo el personal administrativo y del área de biblioteca que siempre brindó su apoyo para resolver cualquier duda o inconveniente. A todas aquellas personas que laboran en esta Institución y contribuyen a la ciencia y a la formación de futuros(as) investigadores(as).

Al comité de tesis, por todas sus aportaciones que enriquecieron al proyecto enormemente, su solidaridad y su disposición para colaborar. Le agradezco infinitamente a la Dra. Rosario Román Pérez por depositar su confianza, su compromiso, sus enseñanzas y acompañarme a lo largo de este trayecto. A la Dra. María José Cubillas Rodríguez y Dra. Elba Abril Valdez por compartir su aprendizaje e ilustrarme en cada una de las reuniones que se llevaron a cabo. Finalmente, a la Dra. Miriam Teresa Domínguez Guedea por su participación y transmitir su experiencia acerca de la población adulta mayor.

A las y los adultos mayores, por aceptar participar en este trabajo, su valioso tiempo y proporcionar su testimonio sobre la manera en que han sido atendidos(as). La ayuda de estas personas fue un elemento clave para alcanzar la meta, pues de lo contrario no sería posible.

A mis familiares, principalmente a mis padres por su cariño, sus valiosos consejos y alentarme a ser mejor persona cada día. A mi hermano, que siempre ha estado presente para alegrarme y acompañarme en todo momento. Agradezco a todas aquellas personas que han estado presentes y han formado parte de mi vida.

DEDICATORIA

*A mis padres
Por enseñarme a ser mejor persona cada día
y mostrarme el camino hacia la superación.*

CONTENIDO

APROBACIÓN	2
DECLARACIÓN INSTITUCIONAL	3
AGRADECIMIENTOS	4
DEDICATORIA	5
CONTENIDO	6
LISTA DE GRÁFICAS	8
LISTA DE ESQUEMAS	9
LISTA DE CUADROS	10
RESUMEN	11
ABSTRACT	12
1. INTRODUCCIÓN	13
2. ANTECEDENTES	15
2.1. Concepto de Vejez.....	15
2.2. Demografía del envejecimiento.....	18
2.3. Transición Demográfica y Desarrollo.....	24
2.4. Marco Empírico.....	27
2.4.1. Estudios Realizados en América Latina.....	27
2.5. Marco Normativo.....	31
2.6. Sistema de Protección Nacional en Salud.....	39
2.7. Planteamiento del problema.....	42
2.8. Preguntas de Investigación.....	43
2.8.1. Pregunta General.....	43
2.8.2. Preguntas Específicas.....	43
2.9. Hipótesis.....	43
2.10. Objetivos.....	43
2.10.1. Objetivo General.....	43
2.10.2. Objetivos Específicos.....	44
2.11. Justificación.....	44
3. MARCO TEÓRICO	46
3.1. Enfoque Teórico.....	46
3.1.1. Teorías Psicológicas.....	47
3.1.2. Teorías Biologicistas.....	49
3.1.3. Teorías Sociales.....	50
3.1.4. Teorías Antropológicas.....	51
3.1.5. Gerontología Ambiental.....	52
3.1.6. Teoría de Viejismo.....	53

CONTENIDO (continuación)

3.2. Historia del Concepto de Calidad	56
3.3. La Calidad de la Atención Médica.....	63
3.4. Modelos que Abordan el Concepto de “Calidad”	65
3.4.1. Modelo SERVQUAL.....	65
3.4.2. El Modelo de Grönroos.....	66
3.4.3. Modelo Service Performance SERVPERF de Cronin y Taylor (1992).....	67
3.4.4. El Modelo Tridimensional de Calidad de Servicio.....	67
3.4.5. Modelo de Donabedian.....	68
3.5. Exclusión en Salud.....	72
3.5.1. Accesibilidad	73
3.5.2. Utilización.....	75
3.5.3. Disponibilidad.....	77
3.5.4. Calidad.....	80
4. MARCO METODOLÓGICO	83
4.1. Tipo de Estudio	83
4.2. Participantes y Tipo de Muestreo.....	83
4.3. Instrumentos.....	85
4.4. Procedimiento	87
4.5. Análisis de datos	88
5. RESULTADOS	92
5.1. Análisis Cuantitativo.....	92
5.2. Análisis Cualitativo.....	104
5.2.1. Datos Recolectados en Entrevista.....	107
6. DISCUSIÓN	117
7. CONCLUSIÓN	126
7.1. Área Médica del Seguro Popular: Principales Hallazgos	127
7.2. Área Administrativa del Seguro Popular: Principales Hallazgos	128
7.3. Infraestructura	129
7.4. Accesibilidad.....	130
7.5 Consideraciones Generales	130
8. ALCANCES Y LIMITACIONES	133
9. RECOMENDACIONES	135
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	136
11. ANEXOS.....	148
11.1. Escala SERVQHOS Adaptada para la Recolección de Datos.	148
11.2. Guion de Entrevista.....	151

LISTA DE GRÁFICAS

Gráfica		Página
1	Variables con menor grado de satisfacción de la dimensión de estructura.....	95
2	Variables con mayor grado de satisfacción de la dimensión de estructura.....	96
3	Variables con menor grado de satisfacción de la dimensión de proceso.....	97
4	Variables con mayor grado de satisfacción de la dimensión de proceso.....	98
5	Variables con menor grado de satisfacción de la dimensión de resultado.....	99
6	Variables con mayor grado de satisfacción de la dimensión de resultado.....	100
7	Variables con menor grado de satisfacción de la dimensión de accesibilidad.....	101
8	Variables con mayor grado de satisfacción de la dimensión de accesibilidad.....	102

LISTA DE ESQUEMAS

Esquema	Página
1 Diferencias y similitudes del concepto de vejez entre culturas y autores.....	18
2 Marco jurídico y normativo de las personas adultas mayores.	32
3 Enfoques teóricos que abordan el concepto de vejez.....	47
4 Cronología del concepto de calidad y su medición.	62
5 Categorías de análisis estructuradas a partir de la información recolectada.....	106

LISTA DE CUADROS

Cuadro		Página
1	Lista de servicios incluidos en CAUSES 2019.....	41
2	Tendencias actuales en los sistemas de gestión de calidad.....	60
3	Criterios utilizados en la selección de participantes para la aplicación del cuestionario y las entrevistas.	84
4	Lista de ítems y su respectivo índice de confiabilidad.	89
5	Caracterización de la muestra	93
6	Media aritmética obtenida en cada dimensión.....	94
7	Diferencias por sexo entre cada dimensión.	102
8	Porcentaje de adultos mayores que recomiendan el Seguro Popular.....	103
9	Especialidades más consultadas por personas adultas mayores.	103
10	Características demográficas de las y los participantes entrevistados.	105
11	Comparación de datos cualitativos y cuantitativos de la dimensión de estructura. ..	113
12	Comparación de datos cualitativos y cuantitativos de la dimensión de proceso.	114
13	Comparación de datos cualitativos y cuantitativos de la dimensión de resultado. ...	115
14	Comparación de datos cualitativos y cuantitativos de la dimensión de accesibilidad.	116

RESUMEN

Las personas adultas mayores constituyen una población vulnerable, debido al aumento de fragilidad corporal y pérdida de funcionalidad que son generadas a partir del desgaste y envejecimiento biológico. Es un período de la vida en el que, la buena calidad de la atención médica, resulta imprescindible para el bienestar y la sobrevivencia. Ésta se puede evaluar a través de la satisfacción del(a) usuario(a) del servicio recibido e incluye variables como la estructura, el proceso y el resultado. Tal es el objetivo del presente estudio en el que se revisa la evolución de las políticas públicas implementadas en México para atender la salud de las personas adultas mayores y se analizan los enfoques teóricos más relevantes desde diferentes disciplinas científicas. Igualmente, se reportan resultados de la aplicación de dos instrumentos, un cuestionario y un guion de entrevista diseñados y adaptados para evaluar las y los usuarios del sistema de salud vigente hasta el año 2019, conocido como Seguro Popular. Se trata de una investigación mixta, en la que se aplicó un cuestionario a 85 personas y se hicieron 4 entrevistas. El promedio de edad de las personas participantes fue de 70.38. El análisis de fiabilidad de constructo teórico de las dimensiones evaluadas en el cuestionario mostró un Alfa de Cronbach superior a .80, lo que demuestra que existe una alta consistencia en los reactivos. Los resultados obtenidos demostraron que en cuestiones de infraestructura las y los participantes están insatisfechos con las condiciones de la sala de espera y los baños. Sin embargo, existe un alto grado de satisfacción sobre la preparación del personal de salud. En este sentido, las acciones que realiza el médico durante consulta son de suma importancia, puesto a que una buena relación con el paciente incrementará las posibilidades de una buena adherencia al tratamiento, ya que de lo contrario repercutirá en su iniciativa por apegarse al mismo. De igual manera, la falta de medicamento fue considerado un obstáculo para atender las molestias ocasionadas por algunas enfermedades, por lo que su calidad de vida puede verse comprometida. Finalmente, es posible destacar que la calidad percibida está en función del grado de satisfacción en la dimensión de estructura, proceso, resultado y accesibilidad.

Palabras clave: adulto mayor, calidad de la atención, percepción.

ABSTRACT

Older adults are a vulnerable population, due to the increase of fragility and loss of functionality that are generated from biological deterioration and ageism. It is a period of life in which the good quality of medical care is essential for well-being and survival. This can be evaluated through the satisfaction of the user of the service received and includes variables such as structure, process and result. This is the aim of this study, which reviews the evolution of public policies implemented in Mexico to address the health of older adults and analyzes the most relevant theoretical approaches from different scientific disciplines. Likewise, results are reported from the application of two procedures, a questionnaire and an interview script designed and adapted to evaluate the users of the health system until 2019, known as Seguro Popular. It is a mixed method investigation, in which a questionnaire was applied to 85 people and 4 interviews were carried out. The average age of the participants was 70.38. The theoretical construct reliability analysis of the dimensions evaluated in the questionnaire showed a Cronbach's Alpha greater than .80, which shows that there is a high consistency in the items. The results obtained showed that in matters of infrastructure, the participants are not satisfied with the conditions of the waiting room and bathrooms. However, there is a high degree of satisfaction with the training of health personnel. In this sense, the actions carried out by the doctor during the consultation are very important, because a good relationship with the patient can increase the chances of a good adherence to treatment, otherwise it will affect his initiative to stick to it. Similarly, the lack of medication was considered an obstacle to attending the discomfort caused by some diseases, so that their quality of life may be compromised. Finally, it is possible to clarify that the perceived quality is a function of the degree of satisfaction in the dimension of structure, process, result and accessibility.

Keywords: older adults, quality of care, perception.

1. INTRODUCCIÓN

Se trata de una investigación mixta, cuyo objetivo es conocer la percepción de personas adultas mayores afiliadas al Seguro Popular sobre la calidad del servicio que reciben en el área médica y administrativa de una institución médica ubicada en Hermosillo, Sonora. Además, que se documentaron los principales especialistas que consultan con mayor frecuencia las personas adultas mayores, entre los que se encuentran: ortopedia, cardiología, oftalmología y urología.

El tema ha sido abordado ampliamente en estudios realizados durante las dos últimas décadas del siglo pasado. Uno de los autores más reconocidos es Donabedian (1980) quien sostiene que la calidad médica adquiere distintos valores que están en función del proveedor y de la institución e incluye tres elementos: los aspectos técnicos, los interpersonales y las amenidades. El primero hace alusión a la aplicación de la ciencia y tecnología de herramientas adecuadas que brinden bienestar al usuario sin ponerlo en riesgo. Mientras que, el segundo tiene que ver con la interacción entre el profesional que ofrece un servicio y el paciente. Por último, las amenidades se refieren a aquellos componentes que brindan un ambiente confortable en todo el proceso de atención médica. Así, se puede decir que la calidad está contenida en todo aquello que proporciona al(a) usuario(a) máximo bienestar (Donabedian, 1980).

El incremento porcentual de adultos mayores ocasionará que en el futuro, los sistemas de salud no sean capaces de atender las necesidades de la población, que el sistema de pensiones sea deficiente, no haya suficiente cobertura para atenderse y por ende el desabasto de fármacos para reducir las molestias. Lo anterior, como resultado del proceso denominado “transición demográfica” iniciado en la década de los setenta, cuando la tasa de mortalidad y natalidad disminuyeron por los avances de la medicina y el uso de métodos de planificación familiar y (INEGI, 2016).

El aumento del número de personas adultas mayores ha ocasionado que los sistemas de atención médica no cuenten con el personal ni con el equipo suficiente para cubrir sus necesidades. Se espera que dentro de los próximos cincuenta años pase del 11% al 22% del total de la población. En números absolutos, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo (OMS, 2018).

Uno de los principales retos de las instituciones de salud pública consistirá en prepararse para el aumento de este sector poblacional, pues en caso de no implementar medidas adecuadas es

altamente probable que exista poca cobertura para que se atiendan. Se ha reportado que el sistema de salud presenta deficiencia, pues en un estudio realizado por Campos et al. (2006) se encontró que 20% de adultos mayores no están cómodos con la atención recibida por parte del médico, debido a que señalan que existe poco contacto visual, comunicación inefectiva y el uso de términos técnicos que no logran entender. De igual manera, Ortiz et al. (2000) concluyeron que el 74.5% de sus participantes consideraron que las consultas son sumamente cortas para lograr entender su diagnóstico y las indicaciones que se tienen que seguir para llevar un tratamiento adecuado. De acuerdo con esos autores, los usuarios que reciben un servicio lo califican como deficiente, debido al trato inadecuado, poca orientación al recibir un diagnóstico, relaciones de autoridad, falta de medicamentos y ausencia de seguimiento durante el tratamiento.

Evaluar la satisfacción de las y los usuarios con respecto a los servicios que reciben, cuando se trata de población adulta mayor, resulta pertinente dado que se trata de población vulnerable. Tal es el objetivo del presente trabajo y para ello el documento se ha estructurado en los siguientes apartados: en el segundo capítulo se revisarán distintos conceptos de vejez, la demografía de la vejez y cómo se ha modificado a lo largo de las décadas, el marco normativo para dar a conocer los derechos las personas mayores y los organismos se encargan de regularlos. Además, que se enuncian las preguntas, objetivos e hipótesis del presente estudio. En el tercer capítulo se analizan las disciplinas que abordan el concepto de envejecimiento, así como se aborda la historia de calidad y los distintos modelos que existen para evaluarla. El cuarto apartado tiene como fin revisar aspectos metodológicos en los que se hablará sobre el tipo de estudio y participantes que accedieron a forma parte de la muestra. De igual manera, se describen los resultados recolectados a través de la aplicación de encuestas y entrevistas. En el quinto capítulo se revisan los resultados obtenidos a través del análisis cualitativo y cuantitativo. El objetivo del sexto capítulo se centra en la interpretación de los datos que previamente fueron recopilados. Por otra parte, el séptimo capítulo corresponde a la conclusión, en la que se enuncian aportes correspondientes a este estudio. En el octavo capítulo se describen los alcances y limitaciones que se presentaron durante la investigación. Por último, en el noveno capítulo se proponen una serie de recomendaciones para futuros trabajos que pretendan abordar la calidad de la atención médica.

2. ANTECEDENTES

El presente capítulo tiene como objetivo analizar la información disponible sobre la condición en que se encuentran las personas adultas mayores a nivel mundial y en Latinoamérica. Se describe el concepto de vejez y cómo ha evolucionado a lo largo de los años. Se incluye el marco normativo que garantiza los derechos de las personas adultas mayores y su relación con la salud en México. Lo anterior, con el fin de contextualizar y conocer la relevancia del problema que enfrentan los individuos de edad avanzada. Asimismo, se presentan los objetivos, preguntas e hipótesis del objeto de estudio.

2.1. Concepto de Vejez

Siglos atrás, la cultura griega y romana consideraban preferible morir joven que viejo, pues para ellos el llegar a la vejez era un acto de desgracia y vergüenza por la pérdida de funcionalidad que implica llegar a esta edad. Sin embargo, Platón y Cicerón elaboraron una obra llamada “De Senectute”, en la que se habla del adulto mayor como una fuente de facultades intelectuales y sabiduría recolectada a lo largo de los años. En el caso de la cultura oriental, las personas mayores son aquellas que poseen un alto rango en la jerarquía social debido los conocimientos específicos que dominan. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (2020), en Japón se implementaron medidas restrictivas a partir de la detección del primer caso de COVID-19 con el objetivo de reducir el nivel de mortalidad en personas de edad avanzada, debido a que se considera el grupo etario con mayor vulnerabilidad.

En el caso de las comunidades indígenas se observa un mayor cuidado de las y los adultos mayores por parte de personas más jóvenes, ya que una edad avanzada refleja que se tienen las habilidades para sanar, predecir y enseñar a nuevos aprendices. Las experiencias recolectadas a través de los años se traducen en conocimientos tradicionales que se pueden transmitir a cada generación (Rodríguez, 2011).

Sin embargo, con el tiempo las miradas sobre la vejez han cambiado a lo largo del tiempo. Según

Zetina (1999), el concepto de vejez se ha modificado a lo largo de los años, pues el uso de sinónimos (anciano, senil, longevo) ha promovido estereotipos negativos. Frecuentemente, se utiliza el término “viejo” para hacer alusión a alguien que carece de sus facultades cognoscitivas por el deterioro ocasionado. Lo anterior muestra cómo el concepto desde una perspectiva social ha ido evolucionando. Los medios de comunicación tienden a utilizar actores como “representaciones sociales”, cuyo objetivo son la construcción de una opinión particular que surge a través de la interacción y comunicación en sus distintas modalidades. La publicidad se encarga de “socializar” lo que se percibe en la realidad, es decir, se observa un actor que representa los prejuicios o estereotipos de una comunidad, los cuales se ven sometidos a una evolución constante. Generalmente, se muestra al adulto mayor como sinónimo de enfermedad, por lo que es conveniente implementar una cultura del envejecimiento y una reconstrucción positiva del mismo (Rey, 1999, citado en Parales y Dulcey, 2002).

Bazo (1998) sugiere que el envejecimiento es un proceso dinámico que ocurre de manera diferenciada en los seres humanos, el cual comprende la acumulación de cambios que se producen en los organismos con el paso de tiempo que conllevan a un deterioro funcional y finalmente a la muerte. De acuerdo con Alvarado y Salazar (2014), se trata de pequeñas variaciones que se llevan a cabo en cualquier célula o sistema orgánico en función del tiempo, independientemente de cualquier influencia externa o patológica como la enfermedad.

A lo largo de la vida del ser humano se experimentan cambios de orden biológico, psicológico y social. Estos se van acentuando a medida que se llega a una edad más avanzada, ya que son el resultado de la conjugación de diferentes contextos, como la situación económica, estilos de vida, tendencias personales y entornos sociales que inciden en el proceso de envejecimiento. La conjugación de los factores mencionados anteriormente, no solo juegan un papel crucial en la vida de una persona, sino que la genética también influye considerablemente en la presencia de enfermedades. Ante esto, se puede decir que la vejez es un conjunto de transiciones y fenómenos que conforman el concepto de envejecimiento (Alvarado y Salazar, 2014).

Vaillant y Mukamal (2001) mencionan que el envejecimiento no debe ser visto solamente desde el punto cronológico, sino que deben de analizarse todos los factores que influyen en él. Los mismos autores sostienen que el concepto de vejez se compone de tres dimensiones que permiten explicar las variaciones que se presentan. La primera dimensión lleva el nombre de disminución, la cual se relaciona con el deterioro de la función de los órganos, la degradación de la percepción

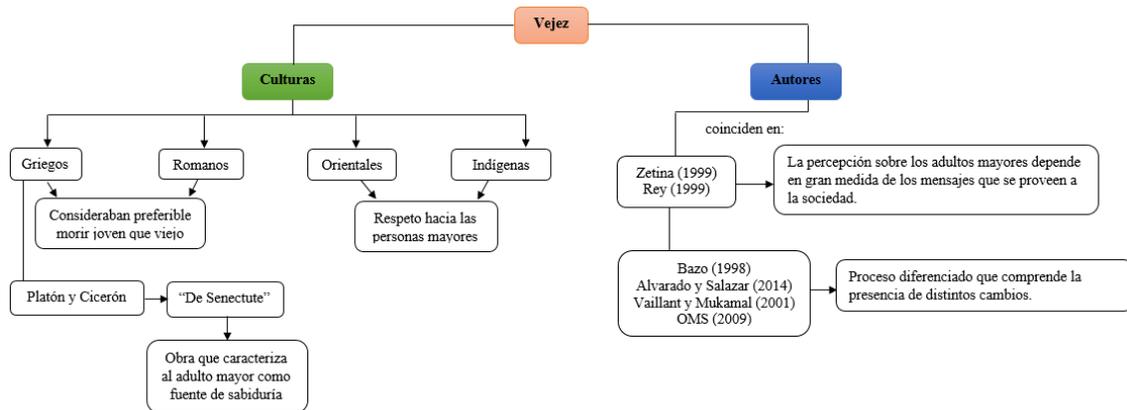
sensorial y el tiempo de reacción ante estímulos. Por otra parte, el cambio se refiere a la modificación paulatina de la apariencia física y del funcionamiento de los sistemas corporales. Finalmente, el desarrollo nos habla sobre el grado aceptación y con la manera de ver diferentes problemáticas a partir de la experiencia recogida a lo largo de los años.

Por último, la Organización Mundial de la Salud (2009) define el envejecimiento como un proceso fisiológico que inicia a partir del nacimiento y provoca cambios graduales durante la vida de un individuo, los cuales producen alteraciones y limitaciones corporales que se presentan de manera diferenciada en cada persona. De igual manera, la Organización Mundial de la Salud (2011) considera que las personas de edad avanzada tienen una edad de 60 a 74 años, mientras que de 75 a 90 años son ancianas y de 90 años en adelante son grandes viejas o grandes longevas. En contraste con lo mencionado, la Organización de las Naciones Unidas (2002) declara que las personas de edad avanzada o adultas mayores son aquellas que tienen de 60 años y más. Es relevante especificar a partir de qué edad una persona se considera adulta mayor, pues existen diversas clasificaciones y discrepancias entre autores para determinar cuándo comienza la tercera edad.

La definición que se tomará como referencia para este estudio será la que fue propuesta por los autores Vaillant y Mukamal (2001), puesto que el envejecimiento debe ser visto desde distintas aristas y no en aislado. Asimismo, resulta conveniente analizar el concepto de esta manera, pues es más comprensible para determinar los factores que influyen en el envejecimiento y conocer la manera en que se ve afectado el adulto mayor. Otra de las razones por las que se ha tomado esta definición se debe a que los demás autores han analizado el envejecimiento desde los cambios biológicos que surgen a partir de la edad, así como tampoco se abordan dimensiones que permitan explicar el fenómeno ampliamente.

El esquema 1 tiene como objetivo mostrar la manera en que se define el concepto de vejez a partir de cada cultura, así como se exponen las similitudes que tienen distintos autores sobre el mismo. Como se mencionó anteriormente, la postura que se tomará para este estudio es la que ha sido propuesta por los autores Vaillant y Mukamal (2001).

Esquema 1. Diferencias y similitudes del concepto de vejez entre culturas y autores.



Fuente: Elaboración propia a partir de Rodríguez (2011), Zetina (1999), (Rey, 1999, citado en Parales y Dulcey, 2002), Alvarado y Salazar (2014), Vaillant y Mukamal (2001), Bazo (1998) y Organización Mundial de la Salud (2009).

2.2. Demografía del envejecimiento

Las proyecciones demográficas sobre el crecimiento de la población mundial, muestran que para el año 2030 se espera que la proporción de habitantes de personas de 60 años en adelante se extienda paulatinamente alrededor del mundo, puesto que para el 2030 serán 1400 millones de personas de edad avanzada (Naciones Unidas, 2017). El cambio demográfico en los países de ingresos bajos y medianos como México, será más rápido e intenso. Un ejemplo de esta situación se puede observar en Francia, ya que tuvieron que transcurrir 100 años para que el grupo de adultos de 65 años o más aumentara de 7% a 14%, mientras que se observa lo contrario en China y Brasil, pues este aumento ocurrirá en menos de 25 años pese a las restricciones en los nacimientos impuestas en el primero (Lien Tan, 2017). Asimismo, las Naciones Unidas (2017) coinciden en el incremento de adultos mayores, pues los datos muestran que hay 962 millones de personas con 60 años y más, es decir el 13% de la población mundial. Las personas mayores son el grupo de población de más rápido crecimiento en el mundo, puesto que entre 1994 y 2014 se registró una cantidad superior en comparación al índice de menores de 5 años. (Naciones Unidas, 2014).

De acuerdo con Aranco et al. (2018) las regiones de América Latina y el Caribe no pueden ser consideradas en su totalidad envejecidas. Estos autores señalan que, para la Organización de las Naciones Unidas, los adultos mayores representan solamente el 11% de su totalidad, de igual

manera, este dato es sumamente cercano al de la población mundial envejecida (12%). En contraste con lo anterior, el aumento porcentual de este rango de edad se ha registrado con mayor frecuencia en: Europa 24%, América del Norte 21%, Este Asiático y Oceanía 16%. Mientras que Guerrero y Yépez (2015), estiman que de 48 millones de adultos mayores que se registraban en el 2005, para el año 2030 serán aproximadamente 114.5 millones, además que la población mayor a 70 años de edad crecerá con una mayor rapidez en los países en vías de desarrollo que en los países desarrollados.

En este mismo sentido, en los últimos años en América Latina y el Caribe se ha reportado un aumento de adultos mayores, por lo que las Naciones Unidas (2017) proyectan que en los próximos años la población de 60 años en adelante pasará de 11% al 25% en un periodo de 35 años, lo que equivale a la mitad de tiempo en que la población europea se expandió. Ante esta situación, los países de la región deberán elaborar estrategias de prevención para disminuir la exclusión social y condiciones de vulnerabilidad de los adultos mayores (Caruso et al., 2017). De igual manera, Wong y Palloni (2009), sostienen que el envejecimiento será más acelerado a partir del 2030, lo que se traduce en un aumento de demanda cuidados de salud especializados dirigidos a personas mayores por parte de instituciones de salud, o bien, por la familia, ya que se genera mayor dependencia al padecer enfermedades. El incremento de adultos mayores no se presenta con la misma magnitud y ritmo en toda la región. En el 2010, se registraron índices de 13.1% en países como Canadá, Cuba, Puerto Rico y Martinica, en contraste con Haití, Belice, Honduras y Guatemala, cuyas cifras de envejecimiento son inferiores en comparación a la población infantil. Por otra parte, en el año 2025 el porcentaje se elevará a 18.6% en la región de las Américas, específicamente en Cuba, Barbados, Canadá, Martinica, Antillas Holandesas, Puerto Rico, Guadalupe, Estados Unidos, Uruguay y Chile. Sin embargo, para el año 2037 las estimaciones de datos muestran que la región sobrepasará la cantidad de 100 adultos de 60 años en adelante por cada 100 niños menores de 15 años, en otras palabras, el número de adultos mayores será superior en contraste a la población de adolescentes y niños (OMS, 2012).

En el caso de México, González (2015) indica que el envejecimiento en futuras generaciones será un cambio inevitable, aunque cada entidad federativa tendrá un ritmo de crecimiento distinto. Ciudad de México, Veracruz, Jalisco y Puebla son los estados en los que habitan más adultos de 60 años en adelante, lo que representa el 41.5% de la población total en ese grupo de personas. Por el contrario, los sitios con un índice menor de personas de este rango de edad son Baja California

Sur, Colima, Campeche y Quintana Roo, en el que radica solamente el 2.5% del total nacional. Negrete (2011) (citado en González, 2015), argumenta que la distribución geográfica de personas longevas en la República Mexicana tiene que ver con la cantidad de personas que residen en un lugar. Generalmente, este grupo no cambia su lugar de residencia, pero quienes lo hacen tienden a moverse hacia distancias cortas.

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2010) reporta que, en el Censo de Población y Vivienda realizado en el año 2010, del total de la población, aquella que es mayor de 60 años representa un 9.1%, de la cual 4.2% son hombres y 4.9% son mujeres. Los datos a nivel nacional destacan la disminución de la tasa de fecundidad desde finales de la década de los sesenta y el aumento de la esperanza de vida han provocado una proporción mayor de adultos (30 a 59 años) y adultos mayores (60 y más años). El primer grupo ha incrementado su porcentaje de 26% a 36.7% entre los años 1990 y 2017, mientras que las personas de 60 años en adelante aumentaron de 6.4 a 10.5% durante el mismo lapso de tiempo. Para 2050 se espera que la población de adultos mayores aumente de 32.4 millones, es decir el 21.5% de la población total (INEGI, 2017).

INEGI (2014) también indica que el tamaño de la población de 60 años o más ha aumentado de manera sostenida. Durante 1930, la población de adultos mayores en México era inferior al millón de personas, esto es el 5.3% de la población total. En 2010 el Censo de Población y Vivienda, contabilizó 10.1 millones de adultos mayores lo que representa 9.0% de la población total. La condición en la que se encuentra México actualmente presenta una menor cantidad y proporción de niños y jóvenes. Este cambio se debe a partir de los cambios ocurridos en la fecundidad de la década de los años setenta. A partir de estos cambios, se espera que mayores proporciones de personas de 60 y más años alcancen esta etapa de vida, así como un cambio radical en la estructura por edades de la población al disminuirse la base de la pirámide de la edad y al aumentar la cúspide, en este caso los adultos mayores. En un período de 20 años, el porcentaje de población adulta en México ha aumentado de manera constante, sobre todo el grupo de las mujeres ya que equivale a 53.5% de la misma (5.4 millones).

En relación con el estado de Sonora, el Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2016), proyectó que, para inicios del año 2016, la población de hombres mayores de 60 años era de aproximadamente 141, 563, mientras que las mujeres también mayores de 60 años era 151,303. La importancia del incremento en este grupo poblacional también tiene que ver con su vulnerabilidad debido a la disminución del ingreso al final de la vida productiva y la dependencia

que se genera con la presencia de enfermedades crónicas, la discapacidad y la disminución de la funcionalidad. Berrío (2012), señala que esta situación representa un reto para la medicina, debido al alto costo de distintas enfermedades, como cardiovasculares, el cáncer, la enfermedad renal crónica y la diabetes con sus correspondientes complicaciones por el tiempo de diagnóstico de la enfermedad crónica.

Benítez (2017), coincide que los factores que caracterizan al envejecimiento son producto de la interrelación entre factores genéticos y ambientales, asociados a la exposición de factores de riesgo a lo largo de la vida. Lo anterior, genera cambios que se manifiestan en el deterioro de la salud, lo cual da paso a enfermedades que complican aún más el estado de la persona. Es importante señalar, que una interacción satisfactoria con el medio y las redes de apoyo extienden y mejoran la calidad de vida al suprimir los temores y preocupaciones que implica envejecer.

El costo de enfermedad también se reflejará en el gasto farmacéutico para el control de padecimientos, lo que los pone en riesgo de agravar su condición a causa de efectos adversos. Tal desventaja aumenta, debido a que el sistema de pensiones excluye a una parte de la población adulta que no cuenta con acceso a beneficios otorgados por instituciones de seguridad social ni recibe atención pública o privada (Secretaría de Desarrollo Social, 2013).

La morbilidad de esta población es debida a las enfermedades crónicas no transmisibles, y frecuentemente presentan varios padecimientos al mismo tiempo. Según la Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE, 2000), los padecimientos que más se presentan en la región de América Latina son la hipertensión arterial, la diabetes, enfermedades cardiovasculares y artritis. Tan solo en los países industrializados se estima que el 60% de la población mayor a 65 años de edad padece hipertensión arterial, lo cual a su vez representa un factor de riesgo para desencadenar enfermedades cardiovasculares, renales y accidentes cerebrovasculares que resulta ser una de las patologías que mayor incapacidad genera (Guerrero y Yépez, 2015).

La Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE, 2000), se llevó a cabo con el objetivo de producir información rigurosa acerca de las condiciones de salud más importantes y sus determinantes socioeconómicos en adultos mayores de 60 años, y que dicha información fuera comparable entre siete países de América Latina y el Caribe. Además, se buscaba también anticipar las consecuencias negativas del proceso de envejecimiento para que así los países pudieran planificar la prevención de resultados no deseados. En cuanto a la información obtenida de las encuestas realizadas, se refiere que, de los países participantes, Argentina, Barbados, Cuba y

Uruguay se encontraban ya en una etapa muy avanzada de envejecimiento, mientras que Chile y México estaban en una posición intermedia, listos para resistir un proceso más acelerado. En cuanto a Brasil se estimaba que el envejecimiento ocurriría repentinamente, pero éste tendría inicio hasta dentro de un par de décadas, para lo que actualmente solo estaría a cuatro años de enfrentarse a tal situación (Palloni y Peláez, 2004).

Una de las principales consecuencias que ha afectado a este sector poblacional tiene que ver con el descenso de la producción laboral, como consecuencia, se ha reportado el declive en cifras de la tasa de soporte a la vejez en la mayoría de los países más desarrollados y estima que siga disminuyendo con el paso de los años, lo que se traduce en una mayor cantidad de adultos mayores expuestos a la pobreza por falta servicios y una mayor presión fiscal en los sistemas de apoyo. Por otra parte, Benítez (2017) sostiene que tanto la población mayor de 65 años como la de 80 años, enfrentan grandes obstáculos, como el temor por la carga que representa para la población económicamente activa, al igual que numerosas demandas para el sistema de pensiones que atenúan el gasto social y la economía de países que están experimentando este proceso.

Es importante mencionar, que la pirámide poblacional se modificará considerablemente debido a la presencia del nuevo coronavirus (SARS-CoV-2) originado en la ciudad de Wuhan, China. Se considera que las personas de edad avanzada presentan mayores riesgos en comparación a otros grupos etarios, puesto que el Fondo de Población de las Naciones Unidas (2020) señala que la letalidad del virus es mayor en individuos que se encuentran en condiciones médicas subyacentes, como: enfermedades cardiovasculares, problemas respiratorios crónicos, diabetes y cáncer. Asimismo, la economía y el sistema de salud de cada país han enfrentado retos para tratar los casos de personas contagiadas por COVID-19 durante la pandemia. Es importante resaltar que en algunos lugares se ha acentuado la problemática ocasionada por la presencia del virus, como, por ejemplo: la alta densidad poblacional que facilita la transmisión comunitaria, la falta de información para tomar las precauciones necesarias, la carencia de recursos estatales para ofrecer atención sanitaria a usuarios y una población envejecida.

Aprahamian y Cesari (2020) mencionan que se han realizado estudios de cohorte en China que registraron una prevalencia de COVID-19 de 15.1% y 26.2% en personas de 60 años en adelante. De manera que, se detectó que un tercio de los casos se encontraban gravemente afectados por la enfermedad, es decir, con un porcentaje de letalidad de aproximadamente 5%. En el caso de Estados Unidos, la mortalidad ocasionada por el virus incrementa considerablemente en personas

de mayor edad, pues en individuos más jóvenes es de 1 a 3%; en personas de 55 a 64 años es de 1 a 3%; en personas de 65 a 84 es de 3 a 11% y finalmente en sujetos de 85 en adelante la letalidad es de 10 a 27%. Por el contrario, en Italia se ha registrado una tasa de letalidad mayor de 35.6% y 52.3% en adultos mayores de 70 y 80 años respectivamente. Sin embargo, la longevidad no es el principal factor que contribuye a un número elevado de defunciones, ya que la tercera edad se caracteriza por una alta prevalencia de padecimientos crónico degenerativos, así como la discapacidad física y el deterioro cognitivo que juegan un papel imprescindible en la presencia de enfermedades. De acuerdo con Aprahamian y Cesari (2020) las medidas de sana distancia que dictan las autoridades pueden tener un impacto significativo en la salud física y mental de las personas adultas mayores, como, por ejemplo: depresión, ansiedad y desequilibrio a causa de enfermedades crónico degenerativas.

Por otra parte, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL,2020) refiere que la pandemia causada por COVID-19 ha provocado un impacto considerable en los sistemas de salud, pues las principales razones se relacionan con la carencia de infraestructura apropiada y la escasez de medicamentos. Lo anterior, se debe a que la gran mayoría de los países han invertido poco en los sistemas de salud, por lo que se refleja directamente en la atención que proporcionan a las personas que lo necesitan. Se estima que el gasto público recomendado por la OPS es de 6%, mientras que en 2018 se registró 2.2% en lo que respecta a América Latina y el Caribe. La baja inversión en el gasto dirigido al sistema de salud aumenta la presencia de barreras que dificultan el acceso a la atención, lo que se traduce como la diferencia existente de oportunidades.

Resulta importante mencionar que las regiones cuentan con sistema de salud débiles y fragmentados son incapaces de garantizar cobertura a toda la población ante una crisis de pandemia. De igual manera, se ha observado con frecuencia que los sistemas proveen servicios diferenciados según la clase social, pues en el caso de los grupos más vulnerables se ha registrado que no cuentan con instalaciones suficientes para el nivel de demanda, esto se debe a que se depende en gran medida de los bienes materiales e insumos que llegan a través de las importaciones que realizan otros países. Este es un grave problema para las instituciones de salud, puesto a que durante la pandemia se cancelaron exportaciones hacia otros países para evitar contagios. Cabe resaltar, que, aunque ya se conocían las deficiencias del sistema de salud, la pandemia provocada por el virus COVID-19 ha dejado al descubierto que aún falta implementar medidas y estrategias que sean aplicables en todo momento (CEPAL, 2020).

2.3. Transición Demográfica y Desarrollo

El concepto de transición demográfica fue elaborado por Thompson (1929) y Landry (1934), para explicar la relación existente entre los cambios demográficos y sociales de los países desarrollados. Años más tarde, Notestein (1953) utilizó como guía los estudios elaborados por Thompson para definir apropiadamente lo que se conoce como transición demográfica. Este suceso permitió comprender los cambios generados que se generan en la estructura poblacional y el impacto que desencadena en la sociedad (Kánter, 2017).

Según Kánter (2017), este proceso le tomó al continente europeo aproximadamente dos siglos, pues surge como resultado de la evolución industrial, acompañado de transformaciones económicas, mejoramiento de condiciones de vida y avances médicos. Por el contrario, en América Latina se ha detectado un ritmo acelerado, cuyo resultado se ve reflejado en un mayor crecimiento en menos de un siglo y no necesariamente acompañado de un mejor desarrollo en la región. Durante 1930 en la ciudad de México, la población crecía lentamente, lo mismo se registró entre los años 1910 y 1921. Sin embargo, estas cifras comenzaron a descender de 15.2 a 14.2 millones de personas como consecuencia de la revolución mexicana. Una vez que finalizó este movimiento, la población comenzó a crecer lentamente hasta alcanzar 16.6 millones.

Por otro lado, Miró (2003) menciona que aún existen diferencias significativas en la explicación de factores que intervienen en el proceso de transición demográfica, por lo que existen distintos aspectos que se deben de valorar al hablar de este concepto. Ante esto, es necesario considerar que la fecundidad de una población evoluciona a niveles equilibrados, mientras que la mortalidad a niveles bajos, y en ocasiones con ligeras variaciones. Esto quiere decir, que cada una de las variables comienza a fluctuar en momentos distintos, pues generalmente el nivel de mortalidad es el primero que comienza a descender. Por otra parte, el valor que adquiere cada índice depende de la región, pues es el resultado de factores sociales, económicos y biodemográficos. El último factor que comprende este término tiene que ver con la migración, ya que altera el balance entre los niveles de fecundidad y mortalidad, generando impacto directo en el crecimiento poblacional.

Chande (2003) nos habla de las grandes transformaciones que se presentaron entre el siglo XX y XXI, lo que nos permitió tener una visión más amplia respecto a lo que nos espera como sociedad. Con base en las lecciones del pasado, se visualizan las posibles problemáticas que se pueden

presentar próximamente, además que surge la interrogante de cuáles son las propuestas más aptas para implementar en el futuro y las condiciones en que se desea vivir. Ante esto, Chande (2003) señala que una de las grandes transformaciones socioeconómicas es la transición demográfica, cuya consecuencia principal y a largo plazo es el aumento porcentual de la población mayor a 60 años.

Los problemas a los que el mundo se verá sometido tienen relación con lo siguiente: ineficiencia existente al pensionarse y jubilarse; decremento de productividad laboral y su repercusión en el sector; prevalencia de enfermedades crónico degenerativas y una mayor demanda en instituciones de salud; modificación en la dinámica familiar y condiciones de la vivienda; necesidad de crear sistemas de apoyo al adulto mayor; “feminización del envejecimiento” como resultado de la mayor esperanza de vida al nacer del sexo femenino y de las presiones que experimentan en comparación a los varones y la degradación de los derechos humanos de personas mayores (Chande, 2003).

Asimismo, no sólo se ha buscado mantener los niveles de mortalidad y fecundidad en niveles descendientes, sino que también se ha pretendido mejorar la salud, ampliar las oportunidades de bienestar material, evitar presiones en los sistemas socioeconómicos y ecológicos, lo que ahora se conoce como desarrollo sostenible. Sin embargo, este autor plantea la importancia de reconocer las consecuencias del cambio en la pirámide poblacional, es decir, el envejecimiento poblacional no es un cambio exclusivo de México, sino que se presentará a nivel mundial (Chande, 2003). En relación a lo anterior, es conveniente proveer soluciones dirigidas a modificar los sistemas de salud y evitar el colapso de la seguridad social, optimizar la actividad económica, anticipar nuevas demandas en relación al consumo de bienes y servicio y por último involucrar términos sociales, políticos y culturales sobre la vejez.

El envejecimiento acelerado y los cambios en la estructura poblacional han desencadenado la transición demográfica, que se caracteriza por la disminución de la fecundidad y la mortalidad debido a los avances de la biomedicina y en el control de la natalidad (INEGI, 2016). Zúñiga y García (2008), consideran que el cambio poblacional surge en los inicios del siglo XX, pues a partir de este periodo se registró un alto crecimiento demográfico, debido a la disminución porcentual de personas fallecidas y el elevado número de nacimientos. El segundo suceso importante de este proceso se dio en los años setenta con un decremento acelerado de la natalidad, como resultado de la política, cuyo objetivo era frenar el acelerado crecimiento de la región. Lo anterior ocasionó un índice mayor en contraste a años anteriores respecto a personas adultas.

Es evidente que el cambio en la estructura población se modificará debido a la aparición del COVID-19, puesto a que el número de muertes ocasionadas por el mismo será devastador en el grupo de personas de la tercera edad. Como se ha mencionado anteriormente, en los últimos años se ha registrado una mayor cantidad de personas mayores en comparación a jóvenes. Sin embargo, los cambios demográficos y la urbanización conducen a que la población se encuentre en mayor riesgo ante la presencia de nuevos virus. El panorama mundial indica que en los últimos años se han contabilizado una mayor proporción de personas adultas mayores, ya que incrementó cinco veces, es decir, de 202 millones a 1.05 billones entre 1950 y 2020, en comparación con la población total que aumentó solamente tres veces. El decremento de la tasa de natalidad en las últimas décadas ha ocasionado un envejecimiento a nivel mundial de las personas de 60 años en adelante, en otras palabras, del 8% en 1950 al 13.5% en 2020 (Kaneda y Greenbaum 2020)

De acuerdo con la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2020), la estructura poblacional de América Latina y el Caribe es considerablemente joven, por lo que el impacto provocado por una pandemia será menor en comparación a países desarrollados. Aproximadamente 10% de la población de América Latina y el Caribe tiene 65 años o más, lo que equivale a casi 68 millones de personas. En cambio, en países con una población envejecida, como Barbados, Cuba, Uruguay, Aruba y Chile podrían experimentar una mayor descompensación en los sistemas de salud.

Kaneda y Greenbaum (2020) refieren que las personas de edad avanzada presentan mayores dificultades al momento de hacer enfrentarse a una crisis ocasionada por una pandemia, como es el caso del nuevo coronavirus (SARS-CoV-2). Se ha estudiado que los individuos pertenecientes a este grupo poblacional tienen mayor probabilidad de desarrollar síntomas graves en comparación a las personas más jóvenes. En el caso de China, la probabilidad que tienen las y los adultos mayores por morir a causa de este virus es seis veces mayor en contraste con la tasa de letalidad general de ese mismo país. De igual manera, Italia se vio sumamente afectada por la pandemia, pues es considerada una de las poblaciones más envejecidas de todo el mundo. Lo anterior, provocó que se registrara una cantidad significativa de defunciones entre personas de edad avanzada, pues durante el mes de marzo hubo aproximadamente 18,000 muertes. Esta situación nos muestra cómo las tendencias demográficas, la movilidad, la urbanización y el envejecimiento poblacional nos sitúa en una posición de vulnerabilidad frente a próximas pandemias. La importancia de analizar los cambios en la estructura poblacional permitirá desarrollar nuevas medidas para proteger a la

población, en otras palabras, será posible identificar aquellos países con poblaciones más frágiles y así aumentar las medidas de seguridad para evitar contagios

2.4. Marco Empírico

En el presente capítulo se analizan algunas investigaciones realizadas en América Latina para evaluar la calidad de los servicios de salud, a través de la percepción que las y los usuarios tienen de los servicios médicos recibidos. Algunos estudios que se seleccionaron de tipo cuantitativo se centraron en la aplicación de escalas basados en el modelo de Donabedian (1980), mientras que otros utilizaron encuestas creadas por otros autores. De igual manera, se eligieron estudios cualitativos en los que se utilizó la observación directa en distintas áreas de la institución de salud. Cabe mencionar, que algunas de las investigaciones no utilizaron el modelo de Donabedian, pero se analizaron con el objetivo de conocer diferentes formas de evaluar la calidad de atención médica. Lo anterior, permite al investigar tener una visión más amplia sobre las distintas estrategias que existen para evaluar un mismo fenómeno y compartir datos similares.

2.4.1. Estudios Realizados en América Latina

Miranda et al. (2009) elaboraron un estudio en Cuba para evaluar la calidad que perciben adultos mayores y el servicio proporcionado por personal médico. Se utilizó un cuestionario siguiendo los criterios propuestos por Donabedian (1980). Esto es, las variables se agruparon según su estructura (cantidad de profesionales requeridos para el área de trabajo, cantidad y nivel de conocimientos y recursos materiales), proceso (organización de servicios de salud y calidad de los expedientes clínicos que se almacenan) y resultados (mortalidad, morbilidad por fracturas de caderas y satisfacción del paciente). Además, se aplicó un test de conocimientos a médicos y enfermeras del área de geriatría en el que se demostró que no cumplían con los estándares establecidos por la misma institución. Ambos tipos de profesionales presentaron dificultades con la identificación de

ancianos frágiles, orientación diagnóstica y detección de signos y síntomas. Respecto a los resultados del cuestionario, se detectó insuficiencia en recursos humanos y materiales, que al estar relacionados con problemas de organización y de calidad de las historias clínicas, reflejan insuficiencias en la satisfacción de los usuarios, pues sus demandas no corresponden a lo que reciben o desean.

Barragán, Pedraza y Rincón (2011), llevaron a cabo una investigación cuantitativa descriptiva, de corte transversal, en el hospital de Tunja, Colombia. El objetivo fue evaluar la calidad percibida de usuarios hospitalizados respecto a la atención proporcionada por el área de enfermería. Para la recolección de datos se utilizó la escala SERVQHOS-E que determina la satisfacción del paciente y su percepción en relación al servicio recibido, a través de 16 reactivos, de los cuales 12 corresponden a evaluar la percepción del usuario y 4 valoran aspectos tangibles. Además, este instrumento permite evaluar la calidad objetiva y la subjetiva. La primera se refiere a si los profesionales de la institución cumplen con sus servicios de acuerdo con los lineamientos establecidos, mientras que la segunda analiza la percepción del usuario durante su estancia. En cuanto a los resultados de la calidad objetiva se resalta que para los usuarios es importante la apariencia del personal, mientras que en la calidad subjetiva consideran que la amabilidad y la preparación de los trabajadores son aspectos importantes.

Jiménez et al. (2003) tenían como objetivo conocer y analizar el grado de satisfacción de pacientes en relación con los servicios de enfermería del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, México. Se eligió un tipo de diseño descriptivo, transversal. Para efectos de la investigación se elaboró un cuestionario estructurado de 14 ítems. Según los resultados obtenidos, la satisfacción del usuario externo directo es de 70%, mientras que el acompañante se muestra conforme en 74%. Algunas de las desventajas mencionaron sobre el trato individual que reciben pacientes y sus respectivos familiares son: la orientación sobre la salud y el autocuidado son deficientes. Además, existe poca o nula disposición para atender dudas y procedimientos sobre alguna acción a realizar. Bronfman et al. (2003) analizaron el nivel de satisfacción alcanzado por usuarias en el área prenatal de centros pertenecientes a la Secretaría de Salud. La muestra fue conformada por médicos y usuarias que acudían frecuentemente. Se recopiló información a través de la observación directa en consulta médica, entrevistas a proveedores y usuarias, la aplicación de cuestionario de 47 ítems y un examen de conocimiento a proveedores. Otros elementos que se tomaron en cuenta fueron: elaboración de un diagnóstico oportuno, el trato recibido y la satisfacción que la usuaria expresó.

Se encontró que las usuarias que pertenecen a un nivel socioeconómico más bajo reciben peor trato, además que su conformidad está en función del trato recibido durante la consulta y con el tiempo de espera.

Ortiz et al. (2000) identificaron a través de un cuestionario con reactivos en escala de Likert, con las dimensiones propuestas por Donabedian (1980), los factores que determinan la calidad de consulta en hospitales públicos del Estado de Hidalgo, México. La muestra se compuso de personas que actualmente eran usuarias y aquellas que en algún momento recibieron servicio. En relación con los resultados, se obtuvo que la accesibilidad institucional fue percibida negativamente en un 72.9%, pues los encuestados mencionaron haber esperado más de 60 minutos para ser atendidos. Respecto al tiempo de consulta, el 74.5% refirió que son muy cortas. En la dimensión de estructura se reportaron malas condiciones en baños y salas de espera. En cuanto al proceso, el 69.6% de las personas recibieron un trato poco amable por parte de la asistente médica, personal de información y el médico. Finalmente, en la dimensión de resultado, el 72.3% esperaban recibir una atención mejor.

Guzmán et al. (2004) elaboraron un estudio para evaluar la satisfacción de los usuarios atendidos en consulta externa en el Instituto Mexicano del Seguro Social ubicado en Obregón, Sonora. La selección del diseño de estudio fue de tipo transversal descriptivo, de tal manera que la muestra fue conformada por derechohabientes. El instrumento utilizado fue un extracto del manual de Fortalecimiento Directivo de los Servicios de Salud el Instituto Mexicano del Seguro Social, editado en el año 2000. Posteriormente, se eligieron trabajos de distintos autores, entre ellos Donabedian y se procedió a estructurar la encuesta a través de un grupo de expertos. La escala se componía de 15 ítems de total, en los que 7 evaluaban la recepción y 8 la atención médica. Las conclusiones reflejan que, a pesar de que la mayoría de los encuestados percibieron buen trato, éstos generalmente muestran inconformidad con la atención médica recibida. Los autores argumentan que es necesario profundizar en aspectos que generan inconformidad, como el trato por parte de las recepcionistas, el suministro de medicamentos, la cantidad y tipo de asientos que hay en la unidad médica y por último el sistema de citas por vía telefónica.

Puentes et al. (2005) se centraron en identificar las actitudes demostradas por el personal médico. La información fue obtenida a través de la encuesta ENSATA, la cual fue aplicada a personas que acudieron a centros de salud en México. Esta encuesta forma parte de un estudio más amplio que evaluó el Sistema de Protección en Salud y su respectivo financiamiento. Los resultados señalan

que el IMSS e ISSSTE cuentan con los peores desempeños. Sin embargo, uno de los aspectos mejor calificado fue el trato amable, mientras que las condiciones de los edificios y la capacidad de elección de proveedor obtuvieron un menor puntaje. El análisis por instituciones demostró que se trata de manera diferente a los pacientes, independientemente de su nivel socioeconómico. Por lo que recomiendan hacer cambios en la organización en que está conformado el sistema de salud en México.

Por otra parte, Campos et al. (2006) elaboraron una investigación cualitativa para medir la calidad de servicios de medicina familiar según adultos mayores afiliados al IMSS. Para la recolección de datos se acudió al domicilio para llevar a cabo entrevistas en temas relativos a la atención médica, los tratamientos recibidos, los apoyos sociales y familiares, así como las expectativas sobre la atención institucional en general. A través de la información recolectada en entrevistas, se encontró que el 20% de adultos mayores se encuentran insatisfechos con la atención recibida por parte del médico, pues señalan que existe poco contacto visual, comunicación inefectiva y el uso de términos técnicos que no logran entender. De la misma manera, los adultos mayores mostraron que, aunque los problemas en otras áreas son menores, son motivo de preocupación, pues el usuario enfrenta dificultades como trato inadecuado por el personal administrativo, problemas técnicos en equipo médico y falta de medicamentos.

A diferencia de las investigaciones anteriores, Castro (2008) realizó en Hermosillo un análisis en relación a las prácticas de calidad llevadas a cabo por parte del personal médico dirigidas a usuarias de ginecología y oncología. A partir de entrevistas y observaciones en la unidad médica se evaluaron distintos aspectos, entre ellos, el trato del médico hacia el paciente, la calidad de la información proporcionada a las usuarias, autonomía en toma de decisiones y percepción de la paciente. Esta investigación muestra un panorama preocupante, en el que médicos establecen una relación de dominio con la paciente, exponiéndola ante excesiva exploración física frente a residentes y excluyéndola del saber de su enfermedad y opciones disponibles para el tratamiento a seguir.

Los resultados de las investigaciones mencionadas anteriormente coinciden en que la calidad proporcionada a los usuarios es insuficiente, por lo que es necesario crear nuevas estrategias contribuir a la mejora continua en la prestación de servicios de salud. A partir de los resultados obtenidos se considerarán las áreas de oportunidad detectadas, como estrategia para la toma de decisiones que permitan brindar atención médica de calidad a los adultos mayores, a través de

servicios médicos oportunos y confiables.

De los estudios aquí descritos se puede concluir que los elementos que mayormente influyen en la percepción de los pacientes se relacionan directamente con el trato que provee el personal médico, los tiempos de espera y la duración de la consulta. Además, que las investigaciones solamente abordan un tipo de metodología, ya sea cualitativa o cuantitativa. De aquí surge la importancia de implementar métodos mixtos para el presente trabajo, pues el centrarse solamente en la aplicación de cuestionarios limita dar voz a las y los informantes para conocer a profundidad su punto de vista en distintas áreas. Ugalde y Balbastre (2013) refieren que la importancia del uso de investigaciones mixtas radica en que son complementarias y permiten una visión integradora. Asimismo, incrementan el nivel de confianza, validez y una mejor interpretación de los resultados. Otra ventaja se relaciona directamente con la creación de nuevos conocimientos y nuevas miradas del objeto que se estudia.

Por otro lado, en diferentes trabajos se observó que omiten el número de reactivos que utilizaron en cada escala, así como no se incluye el cuestionario que aplicaron a sus participantes. Lo mismo se puede presenciar con los estudios cualitativos, ya que no anexan la guía de entrevista con la que se trabajó. Resulta conveniente incorporar los medios con los que se recolectó información, debido a que pueden ser utilizadas para próximas investigaciones.

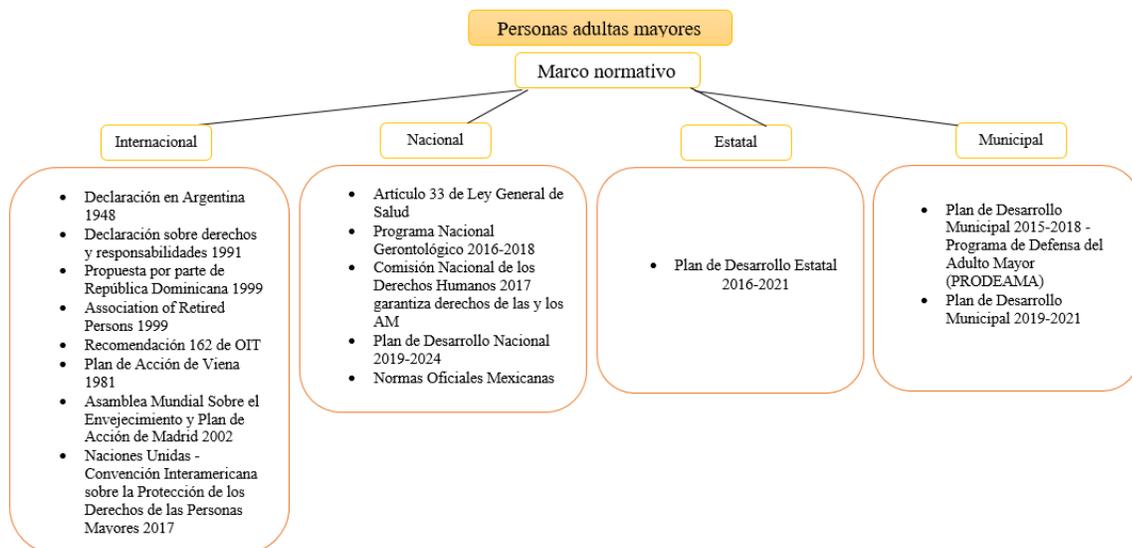
2.5. Marco Normativo

A lo largo de la historia han evolucionado las normas y leyes que rigen la vida de las personas adultas mayores, puesto que se llevaron a cabo numerosos intentos para lograr lo que hoy en día se ha construido. Montes y González (2012) plantean que desde que inició la preocupación por los derechos de personas de mayor edad se implementaron estrategias a nivel internacional para garantizar su bienestar y atender las condiciones precarias en las que se encuentran inmersos. Las personas adultas mayores representan un grupo poblacional de alta vulnerabilidad, debido a la presencia de enfermedades crónico degenerativas y la disminución de funcionalidad de distintos órganos. Esto, provoca que los sistemas de salud se vean saturados, pues el aumento de personas de la tercera edad a nivel mundial ha provocado que se dicten medidas eficaces con el objetivo de

proporcionar las mismas oportunidades de atención médica.

Es importa resaltar que la lucha por garantizar los derechos de las personas adultas mayores se ha realizado desde décadas anteriores. Sin embargo, aún se siguen realizando esfuerzos para proveerles una mejor calidad de vida durante sus últimos años (Esquema 2).

Esquema 2. Marco jurídico y normativo de las personas adultas mayores.



Fuente: Elaboración propia a partir de Huenchuan (2013), Montes y González (2012), Secretaría de Desarrollo Social (2014), Betranou (2003), Naciones Unidas (2017), CNDH (2017), INAPAM (2016), Gobierno de la República Mexicana (2019), Gobierno del Estado de Sonora (2016), Plan Municipal de Desarrollo (2016), Gobierno del Estado de Sonora (2019), Gobierno de México (2015).

Huenchuan (2013) refiere que la primera declaración se presentó en Argentina en 1948, en la que se destacó que toda persona que superara los 60 años de edad debía de contar con derecho a la asistencia, un hogar, los alimentos, el vestido, la salud física y mental, la salud moral, la recreación, el trabajo, la estabilidad y el respeto. Sin embargo, la propuesta fue rechazada debido a que no se consideró la información por la escasez de tiempo, por lo que pasaron décadas para que se le prestará atención al tema nuevamente. En 1991 se presentó la Declaración sobre los derechos y responsabilidades de las personas de edad por parte de Federación Internacional de la Vejez y la República Dominicana. Así, se conformaron las primeras bases de los Principios de las Naciones Unidas que fueron adoptados por la Asamblea General en ese mismo año, cuya argumentación destacaba que los derechos no pierden su validez con los años, en otras palabras, una persona

mayor es capaz ejercerlos y exigir justicia. Para el año 1999, se introdujo una nueva propuesta por parte de República Dominicana ante la Comisión de Desarrollo Social en que se enfatizó la importancia de promover el respeto entre la brecha existente de pueblos a escala internacional y microsociedad. En este mismo año, la organización estadounidense conocida como American Association of Retired Persons (ARRP) presentó una carta ante las Naciones Unidas que expresaba la necesidad de una sociedad incluyente.

Respecto a los derechos de adultos mayores en el marco jurídico internacional se creó la Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, de la que se derivó el Plan de Acción Internacional de Viena (1982), cuyo propósito fue ofrecer a cada Estado una orientación especial sobre las medidas que se tienen que llevar a cabo para garantizar los derechos de la población. (Villarreal, 2005). De acuerdo con Montes y González (2012), se trata de un instrumento que se encarga de fortalecer las capacidades de distintos países para comprender las consecuencias que implica el envejecimiento poblacional a nivel social, cultural y económica. Cada vez eran más notables los esfuerzos que se hacían para resaltar la importancia del tema, de manera que a finales de los noventa se declaró como el Año Internacional de las Personas Adultas Mayores en el que se reconoció el trato equitativo que deben de recibir las personas de esta edad, resaltando el derecho a la igualdad y no discriminación. Además, se analizaron los problemas sociales a los que se ven sometidos, orillándolos a la exclusión y marginación. Lo anterior, sirvió de justificación para la creación de programas internacionales más recientes, conocidos como la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (2002) y el Plan de Acción de Madrid.

Se reconoce que a lo largo del tiempo se ha modificado la manera de percibir la problemática, pues en la Asamblea de 1982 se concibió que el envejecimiento demográfico solamente afectaría a países desarrollados. Sin embargo, en 2002 se reconoció que este fenómeno va a tener repercusiones en diversos aspectos tanto en el plano nacional como el internacional. El Plan de Acción de Madrid busca minimizar los efectos del envejecimiento del siglo XXI a través de la focalización de ámbitos como: las personas de edad y desarrollo, el fomento de la salud y el bienestar de la vejez y la creación de un entorno propicio y favorable (Montes y González, 2002). En el caso de México, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (2017) constituye una de las principales entidades gubernamentales que tiene por objeto la protección y verificación del cumplimiento de leyes que avalan los derechos de las y los adultos mayores. Este organismo busca que las personas de edad avanzada reciban información coherente sobre aquellas instituciones que

prestan sus servicios de atención médica de manera indistinta, es decir, se trata que el Estado respalde las necesidades de aquellos que no cuentan con número de afiliación en instituciones del Sistema Nacional de Salud. Lo anterior, sugiere la necesidad de beneficiar a los contribuyentes a través de indicaciones pertinentes por parte del personal médico para proveer un estado de bienestar, de tal manera que, la seguridad social otorgue el acceso a una pensión que permitan cubrir las necesidades básicas.

Por otra parte, el artículo 33 de la Ley General de Salud garantiza la prestación de servicios de salud pública en distintas áreas médicas con el propósito de proporcionar atención de calidad. Respecto a lo mencionado, se resalta la importancia que se brinda a los programas de detección y tratamiento oportuno que están dirigidos a población vulnerable, específicamente para personas que superan los 60 años de edad y discapacitados. Además, que se ha optado por implementar programas de salud con el fin de atender las necesidades de personas vulnerables en diferentes etapas de su vida, por lo que se busca disminuir la prevalencia de padecimientos a través de programas de prevención y promoción. Asimismo, se resalta la necesidad de facilitar el acceso a personas adultas mayores en hospitales públicos y privados para recibir atención por parte de personal médico altamente especializado. Esto trae consigo una serie de implicaciones en las que se refiere que el usuario debe contar con al menos una revisión anual para un seguimiento adecuado sobre las indicaciones y medidas que se tomarán respecto a su enfermedad, también es importante proporcionar un espacio de confianza para que el usuario sea capaz de tomar decisiones que se relacionen directamente con su condición (Secretaría de Desarrollo Social, 2014).

En la década de los ochenta se promovió la recomendación 162 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), que destaca la reducción de desigualdad en el ámbito laboral hacia personas de edad, pues generalmente hay una diferencia considerable respecto a las oportunidades percibidas por la pérdida de funcionalidad. Este documento sugiere que los problemas deben de tratarse desde una perspectiva global y equilibrada a través de la inserción de técnicas que disminuyan la discriminación por edad entre todos los trabajadores de una misma empresa. Por consiguiente, se previó impactar positivamente en mejorar las condiciones laborales para ejercer satisfactoriamente y finalmente permitir a los empleados prepararse para sus próximos años en relación con su jubilación (Betranou, 2003).

En lo que respecta al desarrollo de planes estratégicos a nivel internacional, las Naciones Unidas (2017) desarrolló a través de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos

de las Personas Mayores medidas de promoción que pretenden proporcionar mejores condiciones de igualdad, libertad e inclusión para el pleno goce de sus derechos humanos. En los últimos años se han aportado nuevos elementos que permiten minimizar la situación en la que están inmersos por medio de la prohibición de la discriminación hacia este grupo en todos los Estados, la creación de mecanismos que apoyen a la libre expresión y toma de decisiones y, finalmente la incorporación de cuidados en materia de salud que protejan la dignidad e integridad de las personas.

En México, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (2017) es la principal entidad gubernamental que tiene por objeto la protección y verificación del cumplimiento de leyes que avalan los derechos de las y los adultos mayores. Este organismo busca que las personas de edad avanzada reciban información coherente sobre aquellas instituciones que prestan sus servicios de atención médica de manera indistinta, es decir, se trata que el Estado respalde las necesidades de aquellos que no cuentan con número de afiliación en instituciones del Sistema Nacional de Salud. Lo anterior, sugiere la necesidad de beneficiar a los contribuyentes a través de indicaciones pertinentes por parte del personal médico para proveer un estado de bienestar, de tal manera que, la seguridad social otorgue el acceso a una pensión que permitan cubrir las necesidades básicas.

En 2016-2018 se establecen estrategias para mejorar los servicios públicos de salud en el Programa Nacional Gerontológico 2016-2018, cuyas líneas de acción van dirigidas a alentar la elaboración de programas educativos en relación al cuidado y prevención de enfermedades crónicas no transmisibles. Por otra parte, se resalta la necesidad de fortalecer la capacidad de generar investigación con un enfoque interdisciplinario en los distintos niveles de atención, esto con el fin de proveer una perspectiva más amplia sobre el trato que deben de recibir las personas de mayor edad (INAPAM, 2016). De igual manera se planeó actualizar el diseño y los contenidos de la Cartilla Nacional, además se capacitó a los profesionales que imparten los servicios de su salud a través del fortalecimiento de destrezas y habilidades para que fueran capaces de impulsar programas de detección oportuna. Por último, brindó un tratamiento en función de las necesidades y particularidades de cada individuo, por lo que se revisó que cada módulo de atención cumpliera con las especificaciones y lineamientos necesarios de acuerdo con lo establecido por la ley (INAPAM, 2016).

El Plan de Desarrollo Nacional 2019-2024 contiene planes sectoriales que se enfocan en la atención eficaz de personas de edad avanzada. Uno de los más relevantes se conoce como “Programa para el Bienestar de las Personas Adultas Mayores”, pues consiste en proporcionar un

apoyo monetario a todas las personas mayores de 68 años que residen en México. Es importante destacar que gran parte de la población mexicana se encuentra en condiciones de pobreza y no cuentan con afiliación a algún sistema de salud. Lo anterior, se traduce en mayor presencia de enfermedades que dificultan tener un envejecimiento exitoso. Los datos oficiales demuestran que el 23% de las mujeres y 40% de los hombres cuentan con una pensión, mientras que el 26% de personas mayores carecen de protección. El Gobierno de la República Mexicana (2019), sostiene que el apoyo económico que entregará a cada persona será a través de una tarjeta bancaria. Sin embargo, las personas que pertenecen a grupos indígenas y que estén inscritas en el padrón de derechohabientes podrán afiliarse a partir de los 65 años.

La administración del presidente de México Andrés Manuel López Obrador, encontró un sistema de salud pública deficiente que se encontraba sumamente influenciado por la corrupción. De igual manera, se observó que los equipos y los medicamentos eran insuficientes para cubrir las necesidades de los habitantes. En el caso de los hospitales públicos es necesario que el paciente obtenga su equipo de curación e intervención quirúrgica, debido a que en la gran mayoría de los casos el Seguro Popular no cubre la totalidad del gasto. Ante esta problemática, se optó por sustituir al Seguro Popular con el Instituto Nacional de Salud para el Bienestar, el cual garantiza que se reciban servicios médicos, como: consulta externa, material para limpieza de heridas, exámenes clínicos, radiografías, entre otros tratamientos. Asimismo, se busca proveer un trato de calidad que sea uniforme y digno para todas las personas que buscan atenderse. Los principales objetivos de este programa buscan disminuir el nivel de corrupción en el que México está inmerso, elevar el nivel de calidad de salud pública en distintas dependencias federales, elaborar programas para prevenir enfermedades e impulsar la práctica de actividades deportivas (Gobierno de la República, 2019).

El Plan de Desarrollo Estatal 2016-2021 plantea distintas estrategias en las que se pretende llevar a cabo labores regulatorias para minimizar riesgos sanitarios en la ciudadanía. Ante esto, se destaca la necesidad de construir y equipar nuevos centros hospitalarios para ampliar la protección del Seguro Popular y así reducir considerablemente los niveles de mortalidad en el Estado de Sonora. Al igual que el Plan de Desarrollo Nacional, también se resalta la importancia de optimizar los programas que están orientados a la detección temprana de enfermedades, la instauración de un modelo que permita calcular el surtimiento de medicamentos y la administración de criterios de calidad en todas las áreas correspondientes (Gobierno del Estado de Sonora, 2016).

Por otro lado, el Plan de Desarrollo Municipal 2015-2018 sugiere que una de las principales aportaciones se vincula con el mejoramiento y preservación de servicios de salud pública, ya sea para disminuir las condiciones de fragilidad y así proveer condiciones de bienestar a la sociedad. Además, se optó por la creación del Programa de Defensa del Adulto mayor para la protección de los derechos de aquellas personas en estado de indefensión por medio de asesoría de distintos especialistas con el fin de proveer habilidades efectivas para la resolución de problemas. En este sentido, se procura educar e informar a la población sobre los derechos que poseen en el marco legal, social y psicológico para promover la toma de decisiones de manera independiente (Plan Municipal de Desarrollo, 2016).

En lo que corresponde al Plan Municipal 2019-2021, se trata de promover servicios por medio de la participación activa de la sociedad, la disminución de la desigualdad y la transparencia de procesos que se llevan a cabo. El eje de interés que trata sobre las personas en situación vulnerable corresponde a “En familia promovemos la transformación social”, cuyo objetivo consiste en reducir la escasez a partir de la asistencia social de aquellas personas así lo requieran, o estén atravesando algún tipo de emergencia. En este sentido, la estrategia 3.3.1 va encaminada a proveer apoyo y servicio médico con el fin de mejorar el estado en que se encuentran actualmente. Por otro lado, la estrategia 3.3.7 habla sobre la protección de derechos de las personas de edad avanzada, en la que se distingue la importancia de facilitar asesoría jurídica mediante la Procuraduría de los Derechos de Adultos Mayores. De igual manera, se destaca la obligación de dar seguimiento desde el inicio hasta el término legal de la denuncia previamente realizada. Por último, se busca el reconocimiento y cumplimiento de los derechos de este sector poblacional (Gobierno del Estado de Sonora, 2019).

Existen Normas Oficiales Mexicanas (NOM) que se han creado con el fin de establecer ciertos lineamientos que tienen que cumplir las instituciones médicas de salud públicas y privadas. Se trata de especificar las condiciones de todos los elementos que influyen durante el proceso de atención médica, como: la infraestructura, la presencia de equipo médico, personal capacitado, insumos y medicamentos necesarios. La NOM-031-SSA3-2012 se encarga de establecer las características de manejo de personal e infraestructura que deben seguir los establecimientos de sectores privados y públicos que ofrezcan asistencia social a personas adultas mayores que se encuentren en riesgo. En este sentido, se habla de una persona que se encuentre en situación de abandono, carencia de apoyo monetario, rechazo familiar y maltrato en sus diferentes expresiones.

Por otra parte, la NOM-030-SSA3-2013 trata sobre las condiciones mínimas que deben presentar los establecimientos para brindar atención médica ambulatoria y hospitalaria. Resulta indispensable llevar a cabo la construcción y mejora de espacios para facilitar el acceso a personas que presenten algún tipo de discapacidad física. En el caso del adulto mayor se requiere el uso de rampas y pasamanos que permitan su traslado de algún lugar a otro (Gobierno de México, 2015). En cuanto a la NOM-027-SSA3-2013 se destaca la necesidad de precisar los lineamientos mínimos de diseño de instalaciones, equipamiento, organización y manejo del área de urgencias en instituciones médicas. De igual manera, se busca que el personal que labore cuente con los conocimientos necesarios para realizar su trabajo correctamente. Por el contrario, la NOM-016-SSA3-2012 señala los requisitos mínimos de infraestructura y abastecimiento en consultorios de atención especializada, así como de hospitales (Gobierno de México, 2015).

La NOM-005-SSA3-2010 habla sobre el diseño y equipamiento de centros de atención médica de pacientes ambulatorios, en el que se enfatiza los materiales que deben tener los consultorios de medicina general, urgencias, estomatología, psicología, acupuntura, nutrición y área de parto. Finalmente, la NOM-004-SSA3-2012 se centra en la calidad de los expedientes médico, pues es un documento de uso confidencial que resguarda la información del proceso de atención que ha atravesado el paciente, así como su bienestar físico, social y psicológico (Gobierno de México, 2015).

En los planes de desarrollo analizados se ha explicitado los derechos que tienen las personas adultas mayores para recibir atención de acuerdo a sus necesidades médicas. Sin embargo, la falta de insumos y medicamentos para controlar los padecimientos asociados a enfermedades crónico degenerativas siguen representando un problema que enfrenta esta población vulnerable. La realidad que se observa en México deja al descubierto que la mayoría de las personas mayores no cuentan con afiliación a alguna institución de salud ni con las facilidades que mencionan en cada una de las estrategias previamente abordadas. En el caso de instituciones de salud pública se ha observado un número elevado de inscripciones al sistema. Sin embargo, se ha detectado que aún se tienen deficiencias, como, la falta de medicamentos, equipo apropiado para la elaboración de estudios médicos y la presencia de personal capacitado para atender a los usuarios. Es imposible hablar de calidad de la atención si no se cuentan con los insumos básicos para tratar a los pacientes. Por lo general, en los planes de gobierno se expone lo que se desea lograr a partir de distintas estrategias, pero no se especifica claramente el procedimiento que se llevará a cabo para su

implementación ni indicadores que permitan medir su eficacia.

2.6. Sistema de Protección Nacional en Salud

El Artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece que todas las personas de nacionalidad mexicana tienen derecho a la protección de la salud. Durante el año 2002, la Secretaría de Salud implementó un programa piloto denominado Seguro Popular de Salud (SPS), el cual se puso en marcha en Aguascalientes, Campeche, Colima, Jalisco y Tabasco para servir a aquella parte de la población que no contaba con derechohabiencia o algún otro servicio. Las reformas de la Ley General de Salud permitieron que el proyecto se convirtiera en política de Estado en 2004, cuando se autorizaron las nuevas leyes generales de salud, cuyo objetivo era proveer atención sanitaria en cada entidad federativa (Secretaría de Salud, 2015; Tamez y Eibenschutz, 2008).

El SPS se trata de una alternativa de aseguramiento público dirigida a los individuos que debido a su condición precaria y laboral no perciben los beneficios de seguridad social en alguna institución. El objetivo fundamental del Seguro Popular es *“acercar los servicios de salud a la población no asegurada y a su vez disminuir el riesgo de empobrecimiento por gastos catastróficos en salud”*. En 2002 se expandió la cobertura del mismo hacia a otros estados de la república. Por otro lado, se esperaba que para el 2010 se generara una cobertura universal a través de la incorporación de 14.3% de la población cada año (Knaul et al., 2003).

El financiamiento proporcionado por el Sistema de Protección en Salud proviene de tres elementos: el gobierno federal, estatal y las que no cuentan con afiliación en otra institución de salud. Para determinar el costo se estima la cuota social federal que corresponde el 15% de un salario mínimo por familia inscrita al sistema y la aportación solidaria federal es 1.5 veces la cuota social. A su vez, la cuota solidaria estatal es la mitad de la cuota social federal. A través de lo anterior es posible homogeneizar las estructuras financieras de instituciones de salud pública como: IMSS, ISSSTE y la Secretaría de Salud. Además, que el apoyo que se brinda a cada familia ha sido diseñado para fomentar la igualdad entre ciudadanos y garantizar que no agoten sus recursos monetarios. Para el funcionamiento del SPS, se determina la capacidad de pago o

contribución anual de las personas a través de un estudio socioeconómico para clasificar a la población de acuerdo con su nivel de ingresos (Knaul et al., 2003).

El SPS se encarga de clasificar el tipo de prestación de acuerdo al padecimiento contemplado por el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES). En primer lugar, se encuentran los servicios esenciales que se proporcionan en unidades de atención ambulatorias y hospitales generales. Mientras que, los servicios de alto costo se proveen en hospitales de especialidad médica. Esto representa un cambio considerable en el concepto del derecho a la salud, el cual limita las prestaciones a un catálogo de beneficios médicos de alto nivel y a otros de hospitalización para especialidades básicas en el segundo nivel de atención (Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2018; Tamez y Eibenschutz, 2008).

De acuerdo con la Secretaría de Salud (2019), el CAUSES hace alusión a un documento del Sistema de Protección Social en Salud, en el cual se especifican detalladamente las intervenciones y fármacos a los que tiene acceso la persona afiliada al Seguro Popular. Es importante resaltar que el CAUSES busca minimizar el gasto de la población y potenciar la salud de los habitantes que así lo requieran. La integración del mismo se elaboró a partir de un análisis extenuante sobre la cobertura de servicios médicos, en el que se brindó mayor importancia a la viabilidad financiera del mismo. En este sentido, se ha promovido la idea de garantizar una atención médica de calidad a través de servicios que fomenten el cuidado de la salud y prevengan padecimientos que se encuentren en la Línea de Vida, ya sea su respectivo diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, manejo ambulatorio en cuidados paliativos, quemaduras de tercer grado, entre otras intervenciones ausentes de pago. De igual manera, se tienen en cuenta intervenciones que resultan más complejas y que su costo es facilitado por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos.

Cabe mencionar que, el CAUSES 2019 se conformó de cinco conglomerados, integrados de cinco subgrupos de cobertura. De esta manera, se aseguró el acceso a 294 intervenciones que constaron de:

- 1,807 diagnósticos con clave CIE-10
- 618 procedimientos con claves CIE-9-MC
- 633 claves de medicamentos
- 37 insumos específicos (marcapasos, lente intraocular, material de osteosíntesis, etc.)

Cuadro 1. Lista de servicios incluidos en CAUSES 2019.

<i>Conglomerados</i>	<i>Función</i>
Prevención y promoción en salud	Consiste en la puesta en marcha de programas que se encargan de aminorar la situación de riesgo que viven distintos grupos de la población, como: mujeres embarazadas y adultos mayores. Asimismo, se cubren padecimientos que tienen cobertura desde la comunidad en el primer nivel de atención, hasta hospitales de segundo y tercer nivel. En este caso, se atiende a la violencia familiar y de género a través de la atención psicológica correspondiente.
Consulta de medicina general y especialidad	Se encuentra conformado por servicios de medicina general, hospitales comunitarios, hospitales generales y de especialidad. Se encarga de proporcionar atención médica para diagnosticar y tratar distintos tipos de enfermedades contagiosas y no contagiosas. La dificultad de la enfermedad determinará el financiamiento por medio del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos y Seguro Médico Siglo XXI. Para el caso de personas de edad avanzada, este conglomerado considera el impacto de las enfermedades crónico degenerativas, como es el caso de la retinopatía diabética.
Urgencias	Su objetivo es atender inmediatamente situaciones que representen un riesgo para la salud y la vida del paciente. Por otra parte, se busca reducir la mortalidad y cantidad de personas que se enferman durante un periodo específico. Las intervenciones que abarca este conglomerado son: Diagnóstico y tratamiento de: Hipoglucemia secundaria a diabetes. Síndrome coronario agudo Abdomen agudo Traumatismo craneoencefálico severo Varicocele e hidrocele Enfermedad vascular cerebral isquémica
Cirugía general	Se tratan los padecimientos crónicos y agudos a través de procedimientos quirúrgicos. Las especialidades que se contemplan son: gastroenterología, ginecología, urología, proctología, oftalmología, dermatología, otorrinolaringología y ortopedia.
Obstetricia	Brinda atención a mujeres embarazadas y a recién nacidos. Además que incluye el tratamiento de enfermedades frecuentes e intervenciones quirúrgicas.

Fuente: Elaboración propia con base en el Catálogo Universal de Servicios de Salud 2019.

A partir de la implementación del Seguro Popular, las personas adultas mayores han reportado un aumento en afiliaciones a algún servicio médico, pasando de 52.9% en 2000 a 60.2% en 2006 y alcanzando 83.3% en 2012. A finales del 2012 el 84% entre las personas de 60 a 69 años, 84.5% en la población de 70 a 79 años y 79.4% para los de 80 años o más reportaron estar afiliados. Pese a este incremento, es importante destacar que aún no existen programas de atención integrales dirigidos a este grupo de edad, ni un acceso efectivo a los servicios existentes, de manera que los servicios que actualmente se ofrecen siguen siendo limitados (Gutiérrez et al., 2016).

2.7. Planteamiento del problema

La transición demográfica ha ocasionado un descenso en las tasas de mortalidad y fecundidad, lo cual se traduce en un incremento de adultos mayores alrededor del mundo. Los datos nos muestran cómo han aumentado las cifras a partir de los años setenta, ya que los avances de la medicina permitieron alargar más la vida de las personas. Sin embargo, a pesar de que hay un aumento en la esperanza de vida no se cuenta con una cobertura suficiente en los sistemas de salud y hay ausencia de programas integrales dirigidos al adulto mayor. Lo anterior, refleja que en los próximos años habrá una mayor presión debido al aumento de adultos mayores, lo cual se traducirá en mayores costos para las familias y los gobiernos, particularmente en la atención a su salud dado el deterioro biológico asociado con la edad y las condiciones de vida.

Con respecto a los servicios de salud pública, Hernández (2012) señala la ausencia de calidad lo que da lugar a aumento en los costos, quejas, insatisfacción de las personas usuarias y en general en una percepción negativa y en el peor de los casos en aumento de la mortalidad. Para medir esta dimensión, existen diferentes aproximaciones, mismas que se revisarán en este trabajo en forma resumida considerando que el objetivo de la investigación es conocer cómo califican los adultos mayores la calidad de los servicios recibidos en el área médica y administrativa de los módulos de atención del Seguro Popular. Por otra parte, Donabedian (1966) considera que la dimensión de resultado puede ser utilizada como un indicador para conocer la calidad del servicio que se ha recibido durante la atención médica. A partir de esto, se desprende una pregunta general que pretende responder a cuál es la percepción que tienen las y los adultos mayores que están afiliados al Seguro Popular.

2.8. Preguntas de Investigación

2.8.1. Pregunta General

¿Cómo perciben la calidad de la atención de los servicios de salud las personas adultas mayores en el área administrativa y médica del Seguro Popular?

2.8.2. Preguntas Específicas

¿Cómo perciben la calidad de la atención de los servicios de salud las personas adultas mayores en el área administrativa del Seguro Popular?

¿Cómo perciben la calidad de la atención de los servicios de salud las personas adultas mayores en el área médica del Seguro Popular?

2.9. Hipótesis

La calidad de la atención percibida de los servicios médicos y administrativos del Seguro Popular, se relaciona de manera positiva con el grado de satisfacción que tienen las personas adultas mayores respecto al trato y rapidez que se les provee.

2.10. Objetivos

2.10.1. Objetivo General

Evaluar la calidad de la atención percibida de los servicios médicos y administrativos del Seguro

Popular, a través del grado de satisfacción expresado por las y los adultos mayores.

2.10.2. Objetivos Específicos

1. Evaluar la calidad de la atención percibida de los servicios médicos del Seguro Popular, a través del grado de satisfacción expresado por las y los adultos mayores.
2. Evaluar la calidad de la atención percibida de los servicios administrativos del Seguro Popular, a través del grado de satisfacción expresado por las y los adultos mayores.

2.11. Justificación

Los datos previamente presentados permiten exponer el cambio demográfico a nivel mundial a partir de los avances en la medicina y del uso de medidas para planificación familiar en la década de los setentas. A partir de este momento, comenzaron a hacerse más notorios los cambios en la estructura familiar. Lo anterior, ha provocado un incremento considerable de las personas de la tercera edad (INEGI, 2016). El incremento de la población adulta mayor ha generado que los sistemas de salud enfrenten presiones, debido a la alta demanda para atender las necesidades de cada individuo. De igual manera, las personas de edad avanzada tienden a clasificarse como “vulnerables”, esto se debe a que el sistema de pensiones es incapaz de reconocer a quienes han desempeñado sus actividades dentro del sector informal, como, por ejemplo: amas de casa, albañiles, vendedores ambulantes, entre otros (Wong y Snyder, 2007). Asimismo, el Consejo Nacional de Población (2016) señala que la presencia de padecimientos crónico degenerativos y la pérdida de funcionalidad corporal aumenta la necesidad de atención médica especializada. En el caso de las instituciones de salud pública se observa con frecuencia que la cantidad de médicos especialistas son pocos para satisfacer los requerimientos de la población. Además, que no se cuenta con suficientes insumos, ya sean, medicamentos, equipo de laboratorio clínico y materiales de cirugía (CONEVAL, 2014). Ante esto, Hernández (2012) enfatiza que se produce una falta de

calidad en los servicios de salud, lo que provoca una serie de quejas, insatisfacción, percepción negativa y finalmente la mortalidad en personas de la tercera edad. El crecimiento acelerado de este grupo etario ha dejado al descubierto los retos que actualmente desafía el sistema de salud, debido a que para los próximos años se ha calculado que se multiplique aún más, por lo que es necesario la creación de nuevas estrategias que provean una mejor organización para que los servicios sean más eficientes (Montes y González, 2012). En este caso, la evaluación de calidad en salud ayudará a conocer cada una de las deficiencias en las instituciones y de esta manera se podrán dirigir esfuerzos que sean encaminados específicamente a las áreas que más lo necesiten. Uno de los pioneros en la evaluación de calidad es Donabedian (1966), quien introdujo su modelo durante la década de los sesenta para determinar la calidad de la atención a través de tres dimensiones: estructura, proceso y resultado. Años más tarde agregó una cuarta dimensión conocida como “accesibilidad”, la cual es entendida como la facilidad para obtener atención médica. A partir de lo mencionado, surge la importancia del presente estudio, cual tiene como objetivo evaluar la calidad percibida de los servicios médicos y administrativos que ofrece el Seguro Popular, a través del grado de satisfacción expresado por las personas mayores. Para poder conocer más a fondo la problemática, se revisarán más adelante los conceptos teóricos que sustentan el problema de investigación, así como los estudios realizados sobre la evaluación de la calidad y el enfoque teórico elegido.

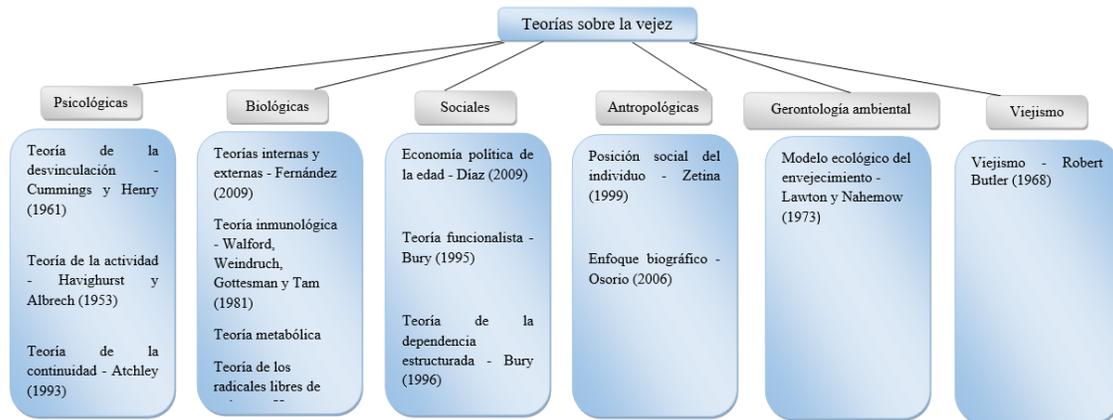
3. MARCO TEÓRICO

En el presente apartado se abordarán los diferentes posicionamientos desde disciplinas como la psicología, la biología, la sociología, la antropología y la gerontología ambiental. De igual manera, se analizará el concepto de calidad desde una perspectiva histórica. La etapa de envejecimiento se puede abordar desde múltiples teorías, pues cada disciplina aporta una perspectiva distinta a nivel teórico y metodológico. Cada una pretende explicar la vejez desde una disciplina distinta, sin embargo, a pesar de pertenecer a un área de estudio distinta se pueden relacionar unas con otras. Asimismo, se busca comprender la influencia de distintos elementos en la vida del adulto mayor.

3.1. Enfoque Teórico

Este apartado pretende profundizar sobre el objeto de estudio previamente identificado, en este caso la población adulta mayor y la calidad de atención. Se analizarán distintos enfoques teóricos con el fin de nutrir la investigación, pues es conveniente conocer la manera en que se aborda el envejecimiento desde la psicología, la biología, la sociología, la antropología, la gerontología ambiental y el viejismo. El modelo creado por Donabedian (1966) es el que se utilizará para analizar los datos que se han recolectado a través de entrevistas semiestructurada y una escala que previamente fue adaptada con base en las dimensiones que Donabedian propone. Cabe mencionar, que se conforma de tres dimensiones que describen los elementos que se deben de evaluar a tener calidad de atención eficaz. Asimismo, este modelo se ha utilizado en numerosas investigaciones que determinan la calidad de atención en el ámbito de la salud. Finalmente, se describen los argumentos por los que se seleccionó.

Esquema 3. Enfoques teóricos que abordan el concepto de vejez.



Fuente: Elaboración propia a partir de Nuin (2011), Sánchez (2009), Amador (2002), Martin (1992), Craig y Baucum (2001), Fernández (2009), Céspedes et al. (2000), Huenchuan y Rodríguez (2010), Díaz (2009), Bury (1995), Bazo (2014), Zetina (1999), Osorio (2006), García (2019), Melero (2017).

3.1.1. Teorías Psicológicas

La teoría de la desvinculación fue propuesta por Cummings y Henry en 1961, cuyo propósito fue explicar los cambios que genera el llegar a una edad avanzada en distintas áreas que repercuten en el comportamiento humano. Estos autores consideran que las interacciones de un individuo van decreciendo a medida que alcanza mayor edad, debido al impacto ocasionado en el ámbito social y biológico. Lo anterior, sugiere que a través del tiempo los individuos van disminuyendo sus capacidades motrices, lo que se traduce en una pérdida de funcionalidad. Ante esto, la jubilación es considerada como el principal factor que aleja al sujeto de la vida productiva, ocasionando el detrimento gradual con los círculos sociales. De esta manera, el número limitado de relacionarse va generando una serie de comportamientos y reacciones que aumentan la necesidad del “retiro social” para alcanzar la satisfacción personal. A lo largo de los años comienza a presentarse una falta de interés o disminución por mantener contacto con sus semejantes para atenderse a sí mismo. Además, que existen otras acciones que repercuten en el distanciamiento entre el ámbito social y el individuo, pues en el ámbito familiar cada vez es menos claro el rol y las actividades que se tienen que llevar a cabo (Nuin, 2011).

Los autores Havighurst y Albrech (1953), fueron los primeros autores que argumentaron que para

llegar a un envejecimiento beneficioso se requiere retomar actividades y desempeñar roles que a lo largo de los años se han abandonado (Sánchez, 2009). La teoría de la actividad considera que durante la vejez es necesario llevar a cabo distintas labores que contribuyan a un equilibrio emocional, ya que las bases para un envejecimiento óptimo se relacionan directamente con la actividad, la sociabilidad y la participación. Cabe mencionar, que sus fundamentos hacen alusión al interaccionismo simbólico, en el que a través de un proceso de comunicación social se desarrollan los valores y significados de los seres humanos (Sánchez, 2009). De acuerdo con Amador (2002), los representantes teóricos defienden que es fundamental la cantidad de actividades, puesto que proveerán al adulto mayor un estado de máximo bienestar y felicidad, de este modo se habla de lo que se conoce como “envejecimiento activo”. La jubilación implica un reto para las personas de mayor edad, debido a que comienzan a perderse los roles profesionales y laborales, mismos que deben reemplazados por otros para prevenir que el sujeto experimente insatisfacción. Respecto a lo planteado, resulta posible que una persona mayor disfrute de una mejor calidad de vida en comparación con quienes tienden a reducir el número de interacciones con personas que se encuentran dentro de su grupo social.

Desde la sociología, Atchley (1993) propone, que durante el proceso de crecimiento se desarrollan las creencias, preferencias, hábitos y múltiples disposiciones que conforman las bases de la personalidad. Uno de los principales aspectos que se abordan nos habla que lo interiorizado por el individuo se mantendrá como un continuo durante toda su vida, en otras palabras, la etapa de envejecimiento no implica que se adquieran o se reemplacen nuevos roles como lo plantea la teoría (Martín, 1992). De este modo, las experiencias de una persona van a determinar el desarrollo de predisposiciones que perdurarán a través del tiempo y se utilizarán en situaciones que lo demanden. Es importante resaltar que las respuestas en múltiples contextos van a reforzar y proveer sentido a la identidad, sin embargo, existen ocasiones en las que se responde de una manera impredecible. Ante esto, Atchley (1993) puntualiza que la continuidad no garantiza que no se presenten estos cambios, pues resulta obvio que nuestros roles, capacidades y relaciones se van modificando con el paso del tiempo (Craig y Baucum, 2001).

3.1.2. Teorías Biologicistas

Fernández (2009), considera que desde el punto de vista biológico existen modelos que pretenden explicar aquellos mecanismos que causan un deterioro funcional en el organismo, ya sea en los tejidos, aparatos y sistemas de las personas. Estas teorías se dividen en externas e internas, debido a la diversidad de factores que influyen en el directamente en el individuo. Las primeras hacen alusión a factores inherentes que se encuentran en el medio ambiente e interfieren con la salud, o bien, aquellos aspectos voluntarios que dependen del estilo de vida adoptado a lo largo de la vida, y los involuntarios que están ligados a la exposición de materiales altamente contaminantes para el ser humano. En contraste, las teorías internas sustentan que los procesos de envejecimiento son resultado del deterioro de los sistemas inmunológico, neurológico y endocrino, puesto que son los encargados de regular la actividad corporal ocasionando que el funcionamiento de las células se vea limitado, o bien que se accionen mecanismos de destrucción de los tejidos. Estas teorías suponen que la senectud es la causa de la interrupción o disminución de los procesos homeostáticos, provocando la ralentización o ausencia de estabilidad de las neuronas y las hormonas reguladoras. En este mismo sentido, las que han cobrado mayor relevancia debido al descenso del funcionamiento corporal son la inmunológica, la metabólica y la de los radicales libres de oxígeno.

La teoría inmunológica fue propuesta por Walford, Weindruch, Gottesman y Tam en la década de los ochenta, cuyo objetivo es explicar el envejecimiento a partir del detrimento en los mecanismos de defensa del organismo, es decir, cada vez se contará con menor capacidad para enfrentarse ante microorganismos que se encuentran en el medio ambiente. Así, el incremento de errores de síntesis del sistema inmunitario provocará una reducción en la capacidad de responder, dando lugar a que virus ingresen, provocando una mayor susceptibilidad y por ende la muerte. De este modo, el desgaste ocasionado genera que en los adultos mayores se observe con mayor frecuencia una mayor variedad de padecimientos en comparación con la población de menor edad (Fernández, 2009).

En cuanto a la teoría metabólica, argumenta que los cambios corporales se deben a la presencia y el almacenamiento de desechos corporales que atrofian la actividad y funcionamiento celular. Mientras que, Céspedes et al. (2000) refieren que la teoría de los radicales libres de oxígeno fue presentada por Harman en 1956, sugiriendo que los compuestos que se producen durante la

respiración aerobia ocasionan un daño oxidativo, resultando en una pérdida de equilibrio y alteración celular que conduce al envejecimiento y finalmente la muerte.

3.1.3. Teorías Sociales

La economía política de la edad basa sus fundamentos en el marxismo, que habla sobre los beneficios que obtiene el sistema capitalista a raíz de los programas que inicialmente son creados para los adultos mayores. Se resalta que la situación de esta población está directamente ligada por la posición que tienen en el mercado laboral, además que considera la relación existente entre la estructura social, los procesos sociales y la población (Huenchuan y Rodríguez, 2010). Esta teoría se centra principalmente en la investigación gerontológica cuyo objeto de estudio son los procesos sociales que intervienen directamente en la distribución de bienes y la posición del adulto mayor en la sociedad. En este sentido, también se considera la trayectoria del proceso de senectud debido a que están determinadas por elementos económicos y sociales. Además, se habla de la división de clases, género y raza que impone el estado y las políticas que se desprende del sistema impuesto por el estado y las políticas (Díaz, 2009).

Por el contrario, la teoría funcionalista fue reconocida durante los años sesenta y setenta del siglo pasado, la cual supone que la edad avanzada representa una forma de ruptura social debido a la pérdida de funcionalidad. Cabe destacar, que sus críticos enfatizan que el aumento de la población adulta mayor constituye uno de los principales problemas, puesto que son considerados improductivos y con poco compromiso en relación al desarrollo de la sociedad. Generalmente, el envejecimiento es asociado con el padecimiento de numerosas enfermedades, o bien con la incapacidad de seguir laborando debido a la alta fragilidad (Bury, 1995).

De acuerdo con Bazo (2014), la teoría de la dependencia estructurada sostiene que el estatus social que ocupan las personas ancianas dentro de la sociedad, así como la experiencia que implica el proceso de envejecimiento están condicionados por las estructuras económicas. Bazo destaca que uno de los aspectos más relevantes es la división, específicamente el género, el sexo y la raza. Este enfoque pretende explicar la situación de vulnerabilidad que viven las personas mayores como resultado de las acciones del estado y la economía. De igual manera, Bury (1995) argumenta que

se enfatizan elementos fundamentales, como las reglas y recursos que inciden o limitan la vida diaria de estas personas.

3.1.4. Teorías Antropológicas

En comparación con lo anterior, las teorías antropológicas señalan que la posición social es crucial para determinar la importancia que se les adjudica dentro de la sociedad, esto quiere decir que los adultos mayores adquirirán una mayor relevancia al ser escasos en cantidad. Lo mismo sucede, por el contrario, ya que el incremento de este grupo etario implica mayores cuidados de la familia y por parte del especialista. Sin embargo, para los grupos indígenas de México resulta poco usual llegar a una edad avanzada, ya que quienes lo hacen reciben mérito por la experiencia adquirida y por la superación a todas las enfermedades (Zetina, 1999).

Por otro lado, resulta interesante estudiar los cambios que genera el envejecimiento y la experiencia que se adquiere a través de los años. En la sociedad, tanto hombres como mujeres envejecen en conjunto, pero de una manera diferenciada. Sin embargo, en el caso de la antropología no solamente se habla sobre un proceso lineal de envejecimiento, sino que se pretende abordarse desde un enfoque biográfico. Este término permite una mayor comprensión y definición de los cambios que se presentan, pues se trata de percibirlos de una manera inclusiva o como una experiencia vital que todo organismo atraviesa durante su vida. El estudio de este enfoque consiste en preguntar por el significado que otorga el sujeto a su experiencia, pues consiste en un panorama más amplio en el que las personas conciben y otorgan significado a nivel social y lingüístico (Osorio, 2006).

Según Osorio (2006), no es conveniente percibir la vejez desde el nivel individual o como construcción social, ya que el primero lo percibe como una serie de cambios que no se encuentran ligados, así como se encarga de solamente analizar al individuo desde una perspectiva “estática”. Por otra parte, este mismo autor refiere que el concepto de construcción social representa desventajas, puesto a que únicamente se habla sobre los cambios culturales y el impacto que estos generan en la demografía.

3.1.5. Gerontología Ambiental

García (2019) elabora una revisión sistemática sobre la manera en la que se iniciaron los estudios de gerontología ambiental. Estas investigaciones comenzaron a promoverse en la década de los sesenta, debido a que Estados Unidos comenzó a estudiar los factores que influyen en el ambiente y envejecimiento. De esta manera, fue posible llevar a cabo programas residenciales y vivienda que fueron dirigidos exclusivamente a la población adulta mayor. Este suceso fue un elemento clave, pues durante la década de los setentas y ochentas comenzaron a generarse distintas teorías que más tarde cobraron relevancia. Cabe mencionar, que uno de los más importantes es el Modelo Ecológico del Envejecimiento de Lawton y Nahemow creada en 1973, cuyo objetivo es ligar las capacidades que poseen las personas mayores ante las presiones del ambiente, en otras palabras, se prevé que a una mayor edad se presentan mayores limitaciones funcionales, por ejemplo, la presencia de discapacidad y dependencia que generan ciertas restricciones para adaptarse a demandas que impone el medio ambiente, ya sean obstáculos arquitectónicos, inestabilidad ciudadana y de tráfico. Por otra parte, existen teorías que han centrado su atención en el término de adaptación o proceso de negociación en el envejecimiento, en el que la persona regula su comportamiento a las demandas del entorno con base en su capacidad funcional. Es importante enfatizar que el concepto de “adaptación” hace referencia a la posibilidad que tiene el individuo para habituarse de manera gradual o repentina a las alteraciones del medio ambiente a través del tiempo. En este sentido, el grado de adaptación es adquirido por distintos eventos, ya sean positivos o negativos que adquieren un papel determinante en la conformación de la identidad e identificación con su lugar de origen.

De igual manera, García (2019) sostiene que las personas de edad avanzada son más propensas a experimentar presiones por parte del ambiente urbano, lo que aumenta la exposición a caídas y accidentes que ponen en riesgo su vida. Lo anterior, propicia que su actividad fuera de casa se reduzca aún más por el peligro que suelen percibir. Además, que los adultos mayores pueden desempeñarse como agentes de cambio, cuyo fin es eliminar los estereotipos negativos que se ha mantenido durante generaciones. Se trata que los espacios públicos sean inclusivos para la población, pues es necesario contemplar a cada individuo para potenciar su actividad dentro de la sociedad.

Por último, García (2019) resalta que el campo de la gerontología ambiental ha aportado numerosos beneficios al área de estudio de las personas de edad avanzada. Se ha encontrado que los resultados de investigaciones de gerontología ambiental se han utilizado para mejorar el diseño de la infraestructura de la ciudad. A partir de estas implementaciones se ha reconocido la relación que existe entre personas con o sin discapacidad y el control del ambiente proveen una mejor calidad de vida y bienestar emocional. Es imprescindible entender la conexión que existe entre el ambiente físico-social y los adultos mayores, pues influye en la creación de medios que incluyan las características necesarias este grupo poblacional, como, por ejemplo: el transporte, opciones de vivienda y accesibilidad.

3.1.6. Teoría de Viejismo

Robert Butler (1968) introdujo el término de *viejismo*, el cual se refiere a una serie de prejuicios y trato peyorativo por parte de la sociedad hacia los adultos mayores. El simple hecho de ser adulto mayor provoca que las personas jóvenes tomen estas medidas en contra de ellos. El *viejismo* se encuentra presente en todos los países, pero es más evidente en aquellos en que no se respeta la figura de la persona mayor. Una de las principales razones del *viejismo* es que los jóvenes temen a dejar de ser productivos y a las enfermedades que posiblemente culminen en la muerte. Por otra parte, existe la creencia de que este grupo poblacional se encuentra constantemente deprimido y que el deterioro cognitivo es un padecimiento que afecta a todos por igual. Sin embargo, la falta de información provoca que otros individuos creen una serie de ideas erróneas, pues el llegar a la tercera edad no implica que se presenten una serie de eventos fatalistas que solo vayan a poner en riesgo la vida del adulto mayor (Melero, 2007).

En resumen, las teorías psicológicas previamente mencionadas difieren en distintos aspectos. La teoría de la desvinculación hace referencia a la postura de envejecimiento pasivo, es decir, distintas ocupaciones que se van dejando de lado a medida que se adquiere mayor edad. Mientras, que la teoría de la actividad señala lo contrario, ya que propone la importancia retomar labores al llegar a la tercera edad. Por otra parte, Atchley (1993) sugiere que no es necesario reemplazar o realizar nuevas tareas, pues el llegar a una nueva etapa de vida no implica que se realicen cambios.

En el caso de las teorías biológicas se habla del deterioro del organismo que va iniciando desde el nacimiento y culmina con la muerte. Es importante señalar que la teoría interna, inmunológica y metabólica se relacionan entre sí, ya que enfatizan que la disminución de funcionalidad y los cambios corporales se van generando a partir de los cambios a nivel celular. Las teorías previamente mencionadas especifican que alteraciones del organismo son resultado de la edad cronológica. En contraste, Fernández (2009) difiere en la teoría externa, pues aquí las variaciones son producto de los desechos tóxicos que se encuentran en el medio ambiente, de la alimentación y de productos químicos que se utilizan a menudo. Sin embargo, cada una de las teorías muestra una posición válida, ya que el deterioro funcional puede ser resultado de la capacidad del organismo, o bien por rodearse de productos que sean dañinos para el individuo. Por otra parte, las teorías sociológicas tratan sobre la posición que tiene el adulto mayor en la sociedad. La teoría de la economía política (Díaz, 2009) y la teoría de dependencia estructurada (Bazo, 2014) convergen que la postura de la persona se encuentra determinada por la clase social, género y raza. Lo anterior, sugiere que la vulnerabilidad que este grupo poblacional experimenta se deberá en gran medida a distintos factores, en otras palabras, Chande (2008) sostiene que las mujeres adultas mayores pertenecen a un estrato social bajo y además son indígenas tienden a recibir mayor discriminación y falta de oportunidades en comparación a otras personas que viven en condiciones distintas. Por el contrario, Bury (1995) señala en su teoría funcionalista que la vejez corresponde a una forma de ruptura social, puesto a que las personas mayores son consideradas un sector poco productivo debido al decremento de su funcionalidad.

En general, las teorías sociológicas tratan al adulto mayor como un ser improductivo que repercute en la actividad de la sociedad. Por el contrario, Zetina (1999) refiere que en el enfoque antropológico es importante analizar la posición del individuo dentro de la sociedad, pues enfatiza que en el caso de contar con un grupo pequeño de adultos mayores se les adjudicará mayor relevancia, como en el caso de los adultos mayores indígenas que reciben méritos por la experiencia recolectada y por la superación de los padecimientos. Osorio (2006), sugiere que el envejecimiento no debe ser concebido como un proceso lineal, pues habla que es conveniente abordarlo desde un enfoque biográfico que involucre la experiencia que todo ser atraviesa a lo largo de su vida. Ambas teorías enfatizan sobre la relevancia de las personas mayores, pero existen detalles que en los que discrepan. Osorio (2006), parece englobar todos aquellos detalles de la vida de las personas, pero sin minimizar alguno. Mientras, Zetina (1999) habla que la posición del

individuo dependerá de la cantidad de grupo de personas del poblacional al que pertenezca, lo que lleva a cuestionarse sobre lo siguiente, pues a nivel mundial hay una alta cantidad de personas adultas mayores.

En cuanto a la gerontología ambiental, el Modelo Ecológico de Lawton y Nahemow (1973) estudia las presiones ambientales que suelen enfrentar las personas adultas mayores a causa de sus limitaciones funcionales. De acuerdo con estos autores, los diseños arquitectónicos no suelen adaptarse a este grupo poblacional, lo que les impone diversas restricciones para su interacción con el medio. En este sentido, García (2019) coincide con el modelo propuesto por Lawton y Nahemow (1973), pues la falta de infraestructura adecuada para adultos mayores aumenta la probabilidad aislarse en sus domicilios, debido a la presencia de riesgos que pueden culminar en accidentes. A partir de lo anterior, se le ha prestado mayor importancia al campo de la gerontología ambiental para crear espacios que sean adecuados y confortables para las y los adultos mayores.

Por último, la teoría del viejismo destaca la percepción negativa que se tiene sobre las personas adultas mayores, ya que los estereotipos negativos les adjudica un rol que no es productivo para la sociedad. De igual manera, el viejismo hace referencia a que las personas más jóvenes creen con frecuencia que al llegar a la tercera edad se presentan una serie de eventos que ponen en riesgo su salud. Sin embargo, el ser adulto mayor no significa que se presenten diversas consecuencias de manera lineal, pues dependerá en gran medida del estilo de vida que se haya llevado. La teoría del viejismo se puede comparar con el enfoque psicológico, biológico, antropológico y sociológico. En el enfoque psicológico, específicamente en el envejecimiento pasivo se habla de la ausencia de actividades a causa de la vejez. Mientras, que el enfoque biológico trata sobre el deterioro del organismo a causa de la edad. La antropología aborda la importancia de la posición del individuo en la sociedad y su estudio a través del enfoque biográfico. Finalmente, la teoría sociológica enfatiza que la posición del individuo en la sociedad está determinada por la división de clases, sexo y raza. Además, que se refiere la improductividad del mismo a causa de la disfuncionalidad. En el viejismo los estereotipos negativos enfatizan que se comienza a perder la productividad a causa de la edad, así como la presencia de padecimientos que son resultado del decremento del funcionamiento celular y de los órganos. Asimismo, la falta de desempeño efectivo provoca que la posición del adulto mayor en la sociedad se reduzca, de manera que no se les tome en cuenta para participar activamente.

Es importante analizar distintas perspectivas teóricas para conocer de qué manera se concibe la

vejez y así tener un panorama más amplio sobre el fenómeno. A partir de lo descrito, es posible confirmar que las teorías tienen puntos en común que si se interpretan de manera conjunta se puede conocer más sobre el envejecimiento

3.2. Historia del Concepto de Calidad

En este apartado se analizará el concepto de calidad desde sus inicios y la manera en la que ha evolucionado. Resulta importante conocer un poco acerca de los orígenes del término, pues nos permite comprender aquellos elementos que se han incorporado y cómo estos cambian la manera en que se evalúa un servicio. Asimismo, se hablará sobre la manera en que comenzó a institucionalizarse a partir de estudios realizados por Avedis Donabedian. La calidad es un elemento en salud que sigue siendo utilizado hoy en día, pues de esta manera se pueden evitar defunciones e insatisfacción por parte de los usuarios.

De acuerdo con Robledo et al. (2012), la definición de calidad se ha ido modificando a lo largo de los años, pues es hasta hace 30 o 35 años aproximadamente que comienza a tomar mayor relevancia en el ámbito de la salud. En la época de reyes de faraones (1752 a.C.) existían métodos para corroborar la calidad de un producto, como, por ejemplo, el código de Hammurabi que señalaba la pena de muerte como resultado de la venta de productos defectuosos. De igual manera, los fenicios optaban por cortar la mano si la mercancía no cumplía con las especificaciones acordadas, pues se aceptaba o se rechaza en función de éstas. Cabe destacar, que a lo largo de los años las civilizaciones utilizaron distintas maneras para comprobar la calidad de los productos, pues los inspectores egipcios y mayas comprobaban las mediciones de los bloques a través de un pedazo de cordel. Los primeros esfuerzos por medir la calidad comenzaron como acuerdos establecidos en intercambios comerciales.

Durante el siglo XVII se prestó mayor interés en el área industrial, debido a la producción en gran escala que se estaba teniendo en los negocios. Sin embargo, fue realmente hasta el XIX cuando el estadounidense Frederick Taylor encomendó la tarea de verificar la calidad de los productos a ingenieros industriales, quienes estaban más capacitados profesionalmente para corregir cualquier error generado durante la producción. Para el siglo XX el mercado era más amplio e iba dirigido

a todas las clases sociales, por lo que Henry Ford introdujo la compañía automotriz que es conocida hoy en día como Motor Ford Company.

El concepto de calidad en el siglo pasado estaba fuertemente ligado al área industrial y a la competencia de bienes de consumo, debido a que el mercado obligaba a los empresarios a ofrecer mejores productos para mantenerse activos. Esta competencia obligó a que se iniciara la cultura de la calidad centrada en el cliente. A partir de la década de los sesenta y con mayor fuerza en los ochenta, se generó principalmente en Estados Unidos un mayor interés por este tema en el sector de los servicios, pues uno de los pioneros fue el Dr. Avedis Donabedian, quien se ocupó del estudio y medición de la calidad en los servicios de salud. En el caso de México, el Dr. Enrique Ruelas Barajas inicia este movimiento en el Instituto Nacional de Salud Pública en los ochentas (Robledo et al., 2012).

De acuerdo con la definición de Donabedian se resalta que es *“el tipo de atención que maximiza el bienestar del paciente, después de tener en cuenta el balance de pérdidas y ganancias esperadas, contemplando el proceso de atención en todas sus partes”*. Por otra parte, desde la década de los sesentas el Instituto Mexicano del Seguro Social implementó programas para evaluar el sistema de auditorías, en el que solamente se verificaba si se cumplían con los lineamientos establecidos. En 1984 se inició formalmente la investigación de esta temática en el Centro de Investigaciones de Salud Pública con un programa de garantía de calidad en el Instituto Nacional de Perinatología para la atención perinatal en México. Este evento fue considerado de suma importancia, debido a que impulsó aún más el desarrollo de investigaciones por la creación del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) en 1987.

La Organización Mundial de la Salud (2009) considera que la calidad de la atención sanitaria debe contemplar en su totalidad las necesidades de salud de la población, al igual que destinar los recursos necesarios para atender de una manera oportuna y efectiva. De este modo, existen numerosas definiciones de calidad, por lo que los especialistas advierten que es cambiante y que evoluciona a través de los años. Resulta necesario regular la evaluación de la calidad en la atención en salud en el Estado, puesto a que se deben seguir lineamientos propuestos por organismos que se especialicen en el tema. Se trata de reducir la brecha que existe en diferentes comunidades, puesto a que no es posible elevar los estándares cuando no existe ni el más mínimo control de calidad, también es relevante mencionar que la calidad y la seguridad son conceptos que están estrechamente relacionados, ya que el primero establece las operaciones necesarias que se tienen

que seguir para reducir los riesgos en la operación diaria de unidades médicas (Robledo et al., 2012).

Por otro lado, Saturno (2012) resalta que la calidad no mejora sola, sino que es necesaria la acción específica, continua y sistemática de programas que potencien cambios efectivos en el sistema de salud como, por ejemplo, el Programa de Gestión de la Calidad. La relevancia de este tipo de programas radica en la mejora de salud de la población, puesto que la ausencia de calidad se traduce en costos excesivos e inaceptables. En este sentido, el informe de la Organización Mundial de la Salud (2010) acerca de la financiación de los sistemas de salud reportó que existe entre el 20% a 40% de recursos inutilizables en salud alrededor del mundo. Así, el tema de calidad comienza a convertirse en una tendencia creciente para los sistemas sanitarios, por lo que es posible detectar ciertas similitudes que se implementan a nivel global. Sin embargo, en la gran mayoría de los casos se puede ver la ausencia de sustento teórico y la falta de utilidad de distintas medidas que podrían proveer beneficios tangibles. Además, que se ha detectado la ausencia de una visión que integre los elementos necesarios para la medición de la calidad, pues lo ideal consistiría en que cada país implemente un Sistema de Gestión de Calidad en cualquier nivel de atención.

La institucionalización de la calidad fue haciéndose más notoria en los sistemas de salud, debido a su aparición en los organigramas de centros de salud nacionales como locales. El nivel jerárquico, la denominación y los recursos son elementos que varían en cada institución, ya que en algunos lugares son conocidos bajo el nombre de dirección general, mientras que, en otros como agencias de calidad, comisiones, entre otros. A pesar de la importancia que se le ha prestado en los últimos años, aún se observa la falta de visión integradora que los Sistemas de Gestión de Calidad deberían atender, como: considerar de forma sistemática los distintos niveles de responsabilidad que existen, ya sea desde el nacional, hasta el clínico individual. Cabe mencionar que, se deberán integrar tres tipos de actividades que contribuyan a un continuo perfeccionamiento, en este caso: la planificación, monitorización y ciclos de mejora. Por otra parte, se necesitarán atender las dimensiones básicas que conforman la calidad, es decir, la efectividad, la eficiencia, la seguridad, la atención centrada en el paciente, la accesibilidad y la equidad. En este mismo sentido, será óptimo poner en marcha distintas estrategias que consideren el liderazgo, los sistemas de información, la participación de la población, la capacidad organizacional, modelos integrales de atención a enfermedades crónicas y otros padecimientos. Finalmente, para complementar lo anterior se deberán involucrar enfoques externos e internos que evalúen el centro de salud desde

diferentes perspectivas (Saturno, 2012).

Coronado et al. (2013) consideran que los indicadores de calidad son elementos útiles que pueden transformar la conducta del proveedor de servicio con el fin de mejorar la atención del consumidor, en este caso el paciente. No obstante, los indicadores utilizados en el ámbito médico no son equilibrados, debido a que no consideran factores relevantes que intervienen durante el proceso. Respecto a lo anterior, se puede decir que gran parte de la población adulta mayor se ve afectada en mayor medida, ya que son los principales consumidores de los servicios médicos. Generalmente, los indicadores para la medición de calidad de personas de edad avanzada se centran en guías de práctica clínica, las cuales están diseñadas para propiciar intervenciones efectivas basadas en la evidencia. A pesar de la importancia que los indicadores han adquirido, existe cierta preocupación por la falta de balance en estos. Lo anterior, sugiere que se han creado numerosos indicadores para fomentar la atención apropiada en comparación con los que detectan acciones inapropiadas.

Como se ha mencionado anteriormente, el desequilibrio de los indicadores de calidad afecta en mayor medida a la población de edad avanzada, debido al riesgo por padecer enfermedades crónicas degenerativas, lo cual incrementa la probabilidad de requerir un tratamiento farmacológico para la mejora de la salud. Según Guerrero y Yépez (2015), las personas adultas mayores son una población que se encuentra en mayor riesgo debido a las circunstancias sociales, biológicas y económicas que enfrentan para poder vivir. En contraste, Osorio (2017) señala que la vulnerabilidad no es exclusiva de las personas mayores, pues el término hace referencia a las condiciones que amenazan a una persona, ya sea por la ausencia de recursos económicos o sociales para superar una situación que pueda ocasionar daños. Por otra parte, Montoya et al. (2016) refieren que existen indicadores que aumentan la vulnerabilidad en personas mayores, como, por ejemplo: la carencia de sustento económico, tener discapacidad, no contar con afiliación a una institución de salud pública, ser soltero(a), no tener servicios básicos (luz, agua, drenaje), habitar en viviendas marginadas y en condiciones deplorables. Además, que no tratarse adecuadamente los padecimientos provoca deterioros considerables en su salud, por lo que es conveniente contar por lo menos con número de inscripción de alguna institución de salud pública.

A pesar de recibir atención por parte del personal de salud, los adultos mayores se encuentran expuestos a riesgos de los efectos adversos por complicaciones que podrían presentarse durante el procedimiento, por lo que habría que enfocarse desde el ingreso del paciente hasta que reporte una

mejoría. Ante la problemática que enfrenta el sistema de salud se han propuesto distintos indicadores para proveer un servicio eficiente, por lo que Lee y Walter (2011) sostuvieron que es necesario limitar los servicios que no proporcionen beneficio suficiente para los pacientes, fomentar cuidados efectivos a bajo costo, garantizar el acceso a la atención y promover un servicio de salud integral. En contraste, el Sistema Nacional de Salud de los Estados Unidos (NHS) (1999) publicó un marco para la evaluación del desempeño que destaca la necesidad de tomar en consideración lo siguiente: la mejoría de la salud, la entrega efectiva de atención adecuada, eficiencia, experiencia de pacientes y cuidadores, resultados del sistema y acceso justo (Coronado et al., 2013).

Según Saturno (2012), las tendencias actuales en los sistemas de gestión de calidad se han modificado a lo largo de años, sin embargo, aún se están llevando a cabo tareas necesarias su perfeccionamiento. A continuación, se explican brevemente los criterios que se han utilizado con mayor frecuencia para la evaluación de la calidad, así como las desventajas de cada uno.

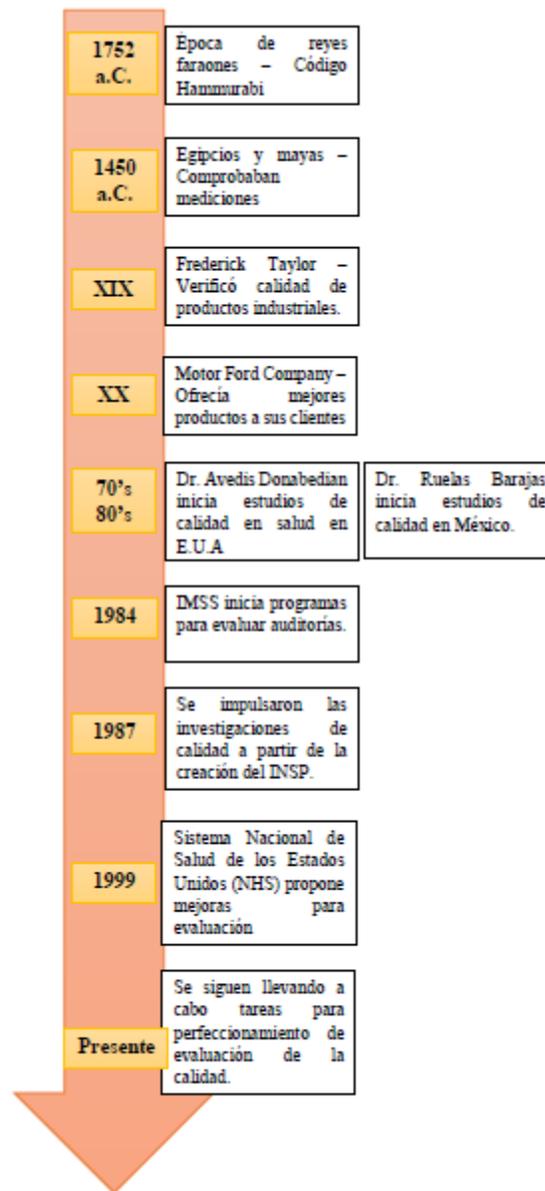
Cuadro 2. Tendencias actuales en los sistemas de gestión de calidad.

<i>Tendencia global</i>	<i>Aspecto crítico</i>
<i>Institucionalización de la gestión de la calidad</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de visión integradora que involucre actividades, estrategias y dimensiones. • Involucrar niveles de responsabilidad (desde el nacional hasta el clínico individual).
<i>Calidad basada en evidencia</i>	<ul style="list-style-type: none"> • La creación de guías o protocolos clínicos carecen de estrategias o lineamientos específicos para el abordaje de problemas de salud. • Falta de monitoreo con base en indicadores adecuados que informen sobre su utilización o resultados.
<i>Incentivos para la calidad</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Existen nuevos esquemas implementados conocidos bajo el nombre de pago por calidad o pago por desempeño. Sin embargo, no se ha encontrado suficiente evidencia que sustenten su eficacia. • Escaso desarrollo de incentivos intrínsecos.
<i>Énfasis en seguridad</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Inicialmente se abordó el concepto de daño. Posteriormente, se añadió la prevención del mismo.

	<ul style="list-style-type: none"> • La seguridad del paciente se ha convertido en una prioridad, pero se necesitan implementar medidas que sugieran si las prácticas son las adecuadas o no.
<i>Énfasis en el papel del usuario/población</i>	<ul style="list-style-type: none"> • El uso de encuestas de tipo informe fueron un gran avance, pero aún hay aspectos conceptuales que no se han transformado en herramientas de medición pertinentes. • Escasez de herramientas para la monitorización y medición. • Concepto poco desarrollado.
<i>Énfasis en diseño y gestión de procesos</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Se resalta la importancia de involucrar sistemas integrales y procesos de evaluación más complejos. • Desarrollar procedimientos lineales que eliminen las barreras que experimenta el paciente.
<i>Investigación en estrategias para la mejora de la calidad</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Uno de los principales problemas se debe al uso de políticas basadas en la ocurrencia y no en la evidencia. • Se requieren estudios piloto que demuestren resultados, puesto que surgen complicaciones al momento de seleccionar estrategias para mejorar la calidad.
<i>Uso creciente de tecnologías electrónicas</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Los avances de la tecnología han sido favorables en el ámbito de la salud. • Se advierte sobre los costos, el uso e inversiones de tecnologías no evaluadas.
<i>Amenaza de cambio de valores</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Elevación del nivel de salud para la población. • Mejorar el valor y componente social de los servicios de salud. • El gasto monetario por los servicios de salud privados se traduce en eficiencia.

Fuente: Adaptado a partir de Saturno (2012).

Esquema 4. Cronología del concepto de calidad y su medición.



Fuente: Elaboración propia a partir de Robledo et al. (2012), Saturno (2012), Organización Mundial de la Salud (2009) y (2010).

En este apartado se ha analizado la manera en que se hicieron evidentes los primeros intentos por medir la calidad a lo largo de la historia con modelos que han ido cambiando. Durante la década de los ochenta, el Dr. Avedis Donabedian (1980) fue uno de los primeros exponentes de la evaluación de la calidad de los servicios en salud, pues fue en ese entonces cuando comenzaron las primeras investigaciones para conocer más sobre la atención que se le proporcionaba al usuario.

A partir de los años ochenta se le prestó mayor importancia y se destinaron más recursos para hacer estudios sobre la calidad de la atención con nuevas instituciones que investigaron más sobre el tema. En este tiempo la institucionalización de la calidad se fue haciendo poco a poco más visible en los sistemas de salud, ya que su aparición es constante en los organigramas de centros de salud locales y nacionales. Sin embargo, aunque la medición de la calidad se lleve a cabo en el área de servicios médicos, aún es necesario que se implementen medidas que logren alcanzar y que sean adecuadas para cada grupo poblacional. En el caso de las personas mayores Montoya et al. (2016) refieren que existe una alta probabilidad que sean clasificados como vulnerables, debido a la presencia de factores como: falta de recursos económicos, tener discapacidad, no estar inscrito a una institución de salud, ser soltero y vivir en zonas marginadas. Además, que los padecimientos crónico degenerativos los posiciona aún más en riesgo, por lo que es importante contar con un grupo de expertos que cuenten con una visión integradora para la mejora de diferentes secciones. Es sumamente importante que se realicen programas que cuenten con una visión integral, así como crear manuales que permitan conocer sobre el manejo en el que se especifiquen las medidas que se tomarán desde su ingreso hasta su salida del hospital, aprovechar las nuevas tecnologías, capacitar al personal sobre el trato que se les debe brindar, renovar los lineamientos anteriores y modificarlos con base en una mayor inclusividad. Las puestas en marcha de las indicaciones previamente mencionadas permitirán que mejoren las condiciones y por ende se provea una óptima calidad de servicio a aquellas personas que así lo requieran.

3.3. La Calidad de la Atención Médica

A lo largo de los años, el término de calidad ha adquirido distintas connotaciones que hacen referencia a aspectos de la actividad de organización que están en función del producto, el proceso, la producción o sistema de prestación del servicio. Donabedian (1980) es considerado como uno de los máximos exponentes de la salud pública debido a sus contribuciones sobre la medición y mejora de la calidad sanitaria. El autor propuso la siguiente definición del concepto de calidad de atención *“Es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el*

proceso en todas sus partes” (Donabedian, 1980).

Asimismo, argumenta que la calidad es “*una propiedad de la atención médica puede poseer en grados variables*”, y sostiene que los juicios de valor que emiten los consumidores no están relacionados con la atención médica, sino que están directamente vinculado con las personas que lo proporcionan y el sistema de salud que presta el servicio. Lo anterior, destaca que los atributos del personal y sistemas se utilicen como una medida eficaz para juzgarla. Para una evaluación efectiva, sugiere la relación entre tres elementos que determinan la efectividad de un acto médico: los aspectos técnicos, interpersonales y las amenidades (Donabedian, 2001).

Por otra parte, la dimensión técnica comprende el uso de recursos financieros, instalaciones, equipo, material y tiempo. Se define como aplicación de la ciencia y de la tecnología en el manejo de un problema de una persona de forma que suministre bienestar sin necesidad de ponerla en riesgo. Mientras, que el componente interpersonal involucra valores y normas sociales que están regulados por la interacción entre el cliente y el profesional de salud. Con base en lo anterior, el comportamiento del médico está mediado por los principios éticos que regulan la institución médica (Donabedian, 1980).

En cuanto a la dimensión interpersonal, se conforma de valores y normas socialmente definidos en la interacción general entre individuos, y también en situaciones particulares, con base en los preceptos éticos que rigen las actividades de los profesionales que intervienen, así como en las expectativas y aspiraciones de los usuarios; esto implica que la calidad interpersonal se mida por el grado de apego a estos valores, normas, expectativas, y aspiraciones. Estas normas engloban los dictados éticos de los profesionales y las expectativas y aspiraciones de cada persona individual. Finalmente, el tercer aspecto incluye las amenidades, cuyo término abarca las características del entorno del usuario que le proporcionan una experiencia más confortable, tales como la sala de espera agradable, limpieza, temperatura adecuada, entre otros. (Donabedian, 1980).

Cabe mencionar, que la accesibilidad es otro aspecto que conforma el término de calidad. Donabedian (1980), la entiende como la facilidad para obtener asistencia médica frente a obstáculos de tipo económico, organizativos, culturales, entre otros. Además, considera que va más allá de la disponibilidad del recurso en un lugar y momento específico. Por lo tanto, se define como el grado de ajuste entre las características de la población y las características de los recursos, que es uno de los factores que orientan la calidad de la atención (Vargas, Vázquez y Morgollón, 2009).

3.4. Modelos que Abordan el Concepto de “Calidad”

El concepto de calidad ha sido estudiado ampliamente a través de distintos modelos que pretenden explicar la percepción que tiene el consumidor desde que adquiere algún servicio. A partir de los años ochenta se le comenzó a dar mayor importancia a la calidad de atención que demanda un usuario, por lo que se comenzaron a realizar números estudios para evaluar la misma. En esta sección se analizarán distintos modelos que se han propuesto a lo largo de los años para evaluar la calidad de servicio que otorga una institución. Finalmente, se detallará el modelo de Donabedian (1966) y sus respectivas variables que se abordan en cada una de las dimensiones que plantea.

3.4.1. Modelo SERVQUAL

Durante la década de los ochenta se hizo evidente la escasez de información sobre la medición de la calidad de servicio, por lo que Parasuraman, Berry & Zeithaml conformaron el modelo que se denomina SERVQUAL, el cual involucra variables que facilitan su evaluación. Duque y Parra (2015) señala que este modelo se compone de cinco que valoran el servicio de una organización con base en la satisfacción del consumidor. La dimensión de fiabilidad se centra en el interés por la resolución de problemas y en el cumplimiento de peticiones de manera satisfactoria que se llevan a cabo en un primer momento. Por otra parte, la capacidad hace alusión a las aptitudes con las que cuenta el personal para comunicar, informar y desempeñarse efectivamente en sus labores. En este sentido, la seguridad es otra dimensión relevante, debido a que los empleados deben mostrarse amables y transmitir confianza ante cualquier percance que se presente. Otro concepto que está involucrado es el de empatía, la cual se define como la atención personalizada y preocupación por los intereses de los pacientes respecto a las necesidades que presenten. Finalmente, la intangibilidad señala que los servicios no deben ser inventariados, pues lo ideal es utilizar la capacidad de producción total sin dejar reservas.

Según Medina (2000), dentro de este modelo teórico existen distintos desajustes que conducen a la disminución de la calidad, entre los que destacan la diferencia entre diversos aspectos de la organización como:

1. *Las demandas de los usuarios y lo que la empresa cree que desean.* Este obstáculo se produce cuando no se conocen las preferencias reales del consumidor y no se lleva a cabo un estudio de mercado apropiado. Se trata de saber a qué población será dirigido el producto y las características que la conforman.
2. *La creencia de la empresa en relación a lo que desea el usuario y lo que realmente pide.* La dirección suele conocer lo que el usuario espera, pero es sumamente probable que no se tenga la capacidad para reflejarlo en términos prácticos.
3. *El contraste existente en los planes y el nivel de servicio ofrecido.* Aunque se comprendan las necesidades del cliente puede ocurrir que el servicio ofrecido sea incapaz de cumplir con las expectativas debido a la ausencia o incumplimiento de criterios de calidad.
4. *La discrepancia entre el servicio que se provee y las comunicaciones externas sobre el mismo.* Esto surge cuando la propaganda que se utiliza en medios publicitarios no corresponde con lo que se ofrece, puesto a que la información que se brinda no cumple con los criterios de los clientes, o bien porque han surgido modificaciones durante el transcurso.
5. *El servicio que se espera en comparación al que es recibido.* Su presencia dependerá en gran medida de los cuatro anteriores, pues éste no se producirá si los demás están ausentes.

3.4.2. El Modelo de Grönroos

Grönroos (1984) es considerado uno de los principales exponentes de la escuela de gestión de servicios y del pensamiento de marketing, conocida como la Escuela Nórdica. Durante los años ochenta diseñó un modelo que integra la calidad del servicio a partir de tres elementos. La calidad técnica es considerada un aspecto objetivo, debido a que representa el servicio recibido después de haber realizado la compra. La calidad funcional representa el “cómo” se recibe y se experimenta un servicio recibido por los empleados de la institución. La imagen corporativa es una dimensión que funge como filtro de las anteriores, debido a que se la relaciona directamente con la manera en que el usuario percibe a la empresa a partir del servicio que se le ha proporcionado. Según Grönroos (1984) la evaluación de la calidad técnica es más objetiva que la funcional. En este

sentido, refiere que los niveles óptimos se alcanzan cuando la calidad percibida satisface las expectativas del cliente, las cuales están influenciadas por la forma en que lo recibe y la imagen corporativa de la organización. Para el autor, la calidad es el resultado de un proceso de evaluación en el que el consumidor contrasta sus expectativas con la percepción del servicio que ha obtenido. Uno de los factores más relevantes tiene que ver con la importancia que se le da al usuario, también se resalta que la calidad no está determinada por su nivel técnico y funcional, sino por la brecha entre lo que se espera y se experimenta durante el proceso (Torres et al., 2015).

3.4.3. Modelo Service Performance SERVPERF de Cronin y Taylor (1992)

Surge como resultado de numerosas críticas a SERVQUAL, centrándose sobre su escala para medir las expectativas. Tras años de estudio de las debilidades y fortalezas que lo conforman, los autores Cronin y Taylor propusieron el modelo SERVPERF, cuyo objetivo era centrarse solamente en las percepciones que tienen los consumidores en cuanto al rendimiento de un servicio. Esta escala se compone de los mismos reactivos que SERVQUAL, sólo que la única diferencia radica en que se omite la parte referente a las expectativas. Una de las ventajas más notables es la reducción de reactivos del cuestionario, lo que se traduce en una mayor rapidez y precisión en la obtención de datos (Rubio y De Lucas, 2018).

3.4.4. El Modelo Tridimensional de Calidad de Servicio.

Calabuig et al. (2011), argumentan que otro modelo para la evaluación de la percepción de los usuarios fue creado por Brady y Cronin en 2001, cuyo interés consistió en elaborar una solución tridimensional para involucrar todos los elementos que están inmersos en la calidad del servicio. En este sentido, refieren que no es excluyente de otros enfoques, sino que es una manera más completa de definir el concepto a partir de tres dimensiones: la calidad de interacción, la calidad del entorno y la calidad de resultado. La primera señala todas las actitudes, comportamiento y

formación de los empleados que proveen un servicio, el cual se refleja directamente en la experiencia del cliente. Uno de los objetivos más destacables de toda organización es que los empleados desempeñen un rol apropiado de acuerdo al trabajo que se les asigna. En cuanto a la calidad del entorno, se toman en cuenta todos los elementos que forman parte del contexto como, por ejemplo: las instalaciones, condiciones ambientales y factores sociales. Además de considerar elementos físicos o materiales de la organización, también toma en cuenta a actores que influyen en el desarrollo de un servicio. Finalmente, la calidad de resultado es entendida como las ganancias que se han recibido, o bien, el producto final de un servicio que ha sido proporcionado.

3.4.5. Modelo de Donabedian

La calidad en instituciones públicas se refleja en el servicio que se proporciona, el cual hace referencia a la eficiencia que se percibe durante la hospitalización o consulta. En los últimos 10 años el concepto de calidad ha adquirido mayor relevancia a partir de sus bases conceptuales y metodológicas, las cuales se han justificado en el modelo desarrollado por Donabedian en 1966. Este autor contribuyó a la medición y análisis de variables ligadas a la calidad de los servicios de salud (Ramírez et al., 1998).

Con base en lo anterior, las dimensiones que mide el modelo propuesto por Donabedian abarcan la estructura, el proceso y el resultado. A partir de esto, se desprende el análisis de satisfacción de los usuarios, visto como un indicador de dimensión de resultado a través del cual se puede obtener la opinión acerca de los aspectos de la estructura como, por ejemplo: las comodidades, las instalaciones físicas y la organización (Ramírez et al., 1988). Mientras, que el proceso hace alusión a los procedimientos y acciones realizadas en la consulta. Finalmente, el resultado aborda los cambios en el estado de salud y la percepción general de la atención recibida. (Ramírez et al., 1998).

Respecto a lo anterior, Donabedian (1966) considera que los resultados pueden fungir como indicadores de calidad de los procesos, puesto que proporcionan datos precisos durante la estancia médica. Para este autor, el resultado que se obtiene después de la recuperación del paciente puede ser utilizado como un indicador de la calidad de la atención brindada por el médico como, por

ejemplo: las tasas de letalidad en la cirugía y la adaptación social de los pacientes que se han dado de alta en instituciones psiquiátricas.

Donabedian (1966), argumenta que el uso de los resultados es un criterio viable para estimación de la calidad de la atención médica, debido a que ofrece numerosas ventajas. En contraste con lo anterior, existen ocasiones en que se cuestiona la validez de este tipo de indicador, debido a que no sólo demuestran la capacidad de la ciencia médica para alcanzar determinados efectos en ciertas circunstancias, sino también el grado en que se ha aplicado. Generalmente, un resultado específico pudiera no considerarse una medida pertinente, en otras palabras, al elegir la “supervivencia” como un criterio de logro en una situación que no es mortal, pero que puede llevar a una condición de salud deteriorada. Además de las limitaciones que se deben tomar en consideración para la evaluación de la calidad, existen otros factores que pudieran sesgar la información, por lo que es preciso dejar pasar un periodo prolongado para que los resultados sean evidentes. Ante esto, surge la necesidad de llevar a cabo estudios comparativos en situaciones controladas, pues en ocasiones la tecnología médica no es completamente efectiva y generalmente no se conoce el número de casos exitosos.

Algunos resultados proporcionan una medición más sencilla como, por ejemplo, la mortalidad. En contraste, existen otros que resultan más complicados de definir, como es el caso de la actitud, la satisfacción de pacientes, la readaptación social, la discapacidad y la rehabilitación física. Sin embargo, los resultados siguen siendo el elemento más efectivo para contribuir a la validez y eficacia a la calidad de la atención médica. Por otra parte, se han encontrado otras maneras de evaluación a través del proceso de prestación de un servicio, ya que lo que interesa no es la capacidad de la ciencia médica, sino todas aquellas acciones ejecutadas durante consulta. Para obtener un mayor grado de precisión es importante conocer el grado de exactitud de la información obtenida a través de la historia clínica, el examen físico y las pruebas diagnósticas, además de la justificación del mismo y tratamiento. Otros aspectos que se deberán tomar en cuenta se relacionan directamente con la competencia para realizar diagnósticos certeros, la manipulación del material médico, el manejo preventivo del paciente independientemente de su condición, la coordinación y el seguimiento de la atención (Donabedian, 1966).

Donabedian (1966), menciona que existe una tercera manera de abordar la evaluación a partir de las situaciones y los medios en que ocurren. A su vez, esto podría definirse como evaluación de la estructura, la cual abarca procesos administrativos de distintas áreas que se encargan de dotar de

recursos a la atención médica. De este modo, se definen aspectos como la adecuación de las instalaciones, idoneidad del personal médico y su capacidad de organización, la conformación administrativa y el funcionamiento de programas e instituciones que proveen atención médica. Cabe resaltar, que frecuentemente se cree que la atención médica es efectiva cuando se cuenta con las condiciones y medios idóneos. Este enfoque posee la ventaja de acceder fácilmente a información bastante concreta, cuya desventaja radica en que la relación entre estructura y proceso, o bien entre la estructura y resultado no está bien establecida.

Es importante mencionar que se pueden contar con distintas fuentes de información que pueden proveer datos relevantes para la valoración de la calidad médica, por lo que el enfoque que el investigador adopte determinará en gran medida los métodos que se utilizarán. Las historias clínicas son los documentos más utilizados en el ámbito de la salud que informan sobre el proceso que ha atravesado el paciente desde su primera visita en distintos departamentos. Sin embargo, sus limitaciones se relacionan directamente con la dificultad de acceso, debido a que la práctica privada en pocas ocasiones lo permite. Generalmente, las historias clínicas carecen de detalles relevantes, por lo que se pueden complementar a través de entrevistas con el médico que está a cargo del paciente. Por otro lado, la observación directa de las actividades del médico representa otra alternativa sumamente valiosa, pero al igual que las demás presenta desventajas como, por ejemplo: los cambios producidos en el comportamiento del médico por ser objeto de análisis y la capacidad del observador para registrar. Ante esto, se sostiene que el personal que labora no está enterado del propósito del estudio, se habitúa rápidamente a la presencia del agente externo y que le resulta imposible cambiar hábitos sumamente arraigados en el ejercicio de su profesión. Finalmente, un último modo de indagación indirecto es el enfoque sociométrico, a través del cual se busca estudiar conductas y opiniones que permitan hacer inferencias sobre la calidad.

La calidad del servicio médico está estrechamente relacionada con el envejecimiento, pues el aumento de esperanza de vida de los adultos mayores requiere de una atención médica especializada debido a la fragilidad y aparición de enfermedades crónico degenerativas resultantes de esta etapa de vida (Álvarez et al., 2014). Entre las que se presentan con mayor frecuencia en el grupo de 60 años y más destacan la hipertensión arterial (22%); diabetes mellitus (15.9%); cardiopatía (25%) y enfermedades cerebrovasculares (7.3%) (Valdés, 2016).

Con base en las estadísticas, uno de los sistemas que enfrentará retos significativos es el sector de la salud, pues a partir del incremento en la esperanza de vida es necesario plantear nuevas metas.

La importancia de la calidad de la atención en salud radica en la elaboración de un diagnóstico adecuado para cada usuario, de manera que se proporcionen los servicios más idóneos para proveer satisfacción durante su tratamiento (Álvarez et al., 2014).

Es imprescindible señalar que el modelo de Donabedian fue pionero de los estudios de calidad y su modelo ha sido utilizado en numerosas investigaciones en el ámbito de salud. En primera instancia se eligió para analizar los datos obtenidos en esta investigación, debido a que toma en consideración la satisfacción del paciente como un punto esencial para conocer el nivel de calidad que es implementado en las diferentes áreas de una institución médica. En este sentido, Donabedian (1966) define la satisfacción como *“una medida de eficacia e incluso control objetivo de la calidad de los servicios de salud”*. Este concepto sigue siendo vigente en la actualidad para una estimación más completa sobre los servicios que se proporcionan, es decir, se concibe como una garantía que permite saber el modo en que presta asistencia el personal administrativo y de salud. Sin embargo, De los Ríos et al. (2004) refieren que la satisfacción no es un aspecto objetivo de la calidad, sino que corresponde a la subjetividad de las personas. Asimismo, Donabedian (1980) expresa que la satisfacción refleja la conformidad que tienen las y los pacientes sobre las habilidades que poseen los proveedores para cumplir con cada una de las necesidades, por lo que existe una mayor probabilidad de utilizar nuevamente los servicios de salud que se recibieron durante la estancia. Además, que la presencia de un alto grado de satisfacción permite una mayor adherencia al tratamiento que previamente se ha indicado, ya que tener una comunicación efectiva con el médico incentiva al usuario a tomar en cuenta conductas que prevengan el deterioro de la enfermedad y a seguir las prescripciones médicas en tiempo y forma.

Es importante diferenciar que la satisfacción puede ser de forma general, la cual se refiere a lo que se recibió desde que se ingresó a la institución hasta la salida. En contraste, la satisfacción específica es aquella en la que solamente se aprueba un área. Con base en lo mencionado, Donabedian (1980) expresa que la diferenciación por secciones posibilita percatarse de las áreas de oportunidad en las que es necesario implementar medidas más rigurosas de calidad para elevar los estándares. Es por esto, que se debe prestar interés a cada una de las dimensiones que plantea el modelo propuesto Donabedian (1966), así como cada uno de los factores que están involucrados. Otra razón por la que se seleccionó el modelo de Donabedian se debe a que ofrece múltiples indicadores para conocer si se está brindando una atención adecuada o no. Además, que es sencillo de comprender y precisa la información que se aborda en cada una de las dimensiones previamente

mencionadas, lo que facilita el planteamiento de ítems para elaborar o adaptar una escala. De tal manera, que esto resulta benéfico al momento de determinar la calidad de servicio que ofrece una institución. En cuanto a la dimensión de resultado se puede tomar como un indicador para la evaluación de la calidad y eficacia de un servicio médico (Donabedian, 2001). Sin embargo, otra manera de analizar la calidad de atención se puede llevar a cabo de a través del proceso, ya que se pueden tener en cuenta la tecnología médica que se ha utilizado para alcanzar resultados positivos. Donabedian (2001), recomienda otro modo para estimar la calidad, la cual consiste en que se definen aspectos de la dimensión de estructura. Lo anterior, alude a la descripción idónea de las instalaciones, preparación del personal, capacidad de organización y funcionamiento de programas.

3.5. Exclusión en Salud

Resulta importante conocer que además del concepto de calidad, existen otros indicadores que permiten conocer si la atención que se brinda en instituciones es eficaz, por lo que se definirá cada una de acuerdo a la revisión de literatura que se ha llevado a cabo. A continuación, se abordará el concepto de exclusión en salud, la cual es entendida como la barrera existente en ciertos grupos o personas a bienes, servicios y oportunidades para mantener y mejorar el estado de salud. Acuña et al. (2014) la definen como una situación en la cual un individuo percibe una necesidad de salud, demanda un servicio y no le es proporcionado. Los autores mencionan que para preservar el estado de salud es necesario tener acceso a los servicios y poder utilizarlos. Para facilitar la medición de esta situación, el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL, 2014) propone cuatro dimensiones que abordan el acceso que se tiene a los servicios de salud pública. Las dimensiones que CONEVAL propone son: disponibilidad, accesibilidad, utilización y calidad.

La disponibilidad se refiere a la tarea que tiene el Estado de brindar una infraestructura adecuada, establecimientos, bienes y servicios de salud. La medición de la disponibilidad se elabora a partir de los recursos humanos y unidades existentes, así como sus características para atender problemas de salud de la población (CONEVAL, 2014).

La dimensión de accesibilidad se define como la ausencia de dificultades para el ingresar a los servicios de salud, sean de tipo físico, económico, información sobre la ubicación de unidades y los problemas que se puedan atender (CONEVAL, 2014). Para medirla se consideran tres dimensiones: geográfica, organizacional y sociocultural. La dimensión geográfica mide tiempo de traslado para recibir atención médica, la dimensión organizacional refiere los obstáculos presentes para recibir asistencia médica y la dimensión sociocultural refiere la apreciación de los fenómenos que determinan la búsqueda de asistencia de salud (Figueroa y Cavalcanti, 2014).

Figueroa y Cavalcanti (2014), plantean que la utilización comprende el uso de instalaciones, bienes y servicios de salud por parte de los individuos que lo requieren. Para medir esta dimensión se considera el reporte de atención médica y el consumo de servicios médicos específicos.

La calidad establece que la infraestructura, bienes y servicios de salud vayan de acuerdo con las demandas de la población. Para una medición apropiada de la calidad se utilizan indicadores que se relacionan con la percepción de la adecuación de servicios a las necesidades de las personas. De igual manera, el grado de satisfacción puede ser utilizado para conocer los niveles de calidad que posee una institución de salud, puesto a que las y los pacientes son capaces de reportar en qué medida se encuentran conformes con el servicio que han recibido durante el tiempo que han permanecido en un centro de salud.

El presente trabajo se centrará en la medición de la calidad en salud que reciben las personas adultas mayores. El interés por el tema, no solo tiene que ver con el aumento de este grupo poblacional que resulta en mayores demandas de servicios para las instituciones de salud, sino también porque de acuerdo con Hernández (2012) la ausencia de calidad da lugar a aumento en los costos, quejas, insatisfacción de las personas usuarias y en general en una percepción negativa y en última instancia en aumento de la mortalidad. Para medir esta dimensión, existen diferentes aproximaciones, mismas que se revisan en forma resumida en los próximos apartados.

3.5.1. Accesibilidad

Una manera de analizar el concepto de accesibilidad es a través de la política pública de salud, ya sea tomando en cuenta las particularidades del sistema encargado de proveer atención y la

probabilidad de la población a padecer enfermedades. Lo anterior, sugiere considerar aspectos como la utilización actual de los servicios y la satisfacción de los pacientes con lo recibido a lo largo de sus visitas. Moseley (1979) centra su interés en la accesibilidad física, pues refiere que este concepto se aborda como un atributo de “destino”, pero que se relaciona directamente con las características de la población. Moseley (1979) ejemplifica lo anterior refiriendo que un centro de salud médico podría ser accesible para unos, pero para otros no lo sería. Esto se debe a que no solo la distancia influye, ya que existen otros factores que interfieren, como la clase social, el nivel educativo, valores, percepciones y creencias.

De acuerdo con CONEVAL (2018), es importante que las personas puedan tener a su disposición los servicios de salud e insumos que requieran de acuerdo a sus necesidades. Sin embargo, existe la presencia de barreras geográficas que se relacionan con cuestiones geográficas, como el espacio que hay para desplazarse de un lugar hacia otro, las características de las estructuras viales, los medios de transporte disponibles, agendas de atención, entre otros. El Programa Sectorial de Salud 2013-2018 reconoció la inquietud por el crecimiento de infraestructura desorganizada, específicamente en aquellos dirigidos a la presentación de servicios a personas sin seguridad social. Lo anterior, provocó que se situaran distintas instituciones en las mismas áreas geográficas, así como la falta de uso de unidades por la carencia de recursos e insumos para su uso adecuado. Existen otros autores, como Joseph y Phillips (1979) que indican que el factor social es un determinante que facilita u obstaculiza la accesibilidad en distintos sectores. Por otro lado, Sánchez (2017) indica que las dificultades económicas pueden limitar el transporte utilizado para trasladarse de un lugar hacia otro y la adquisición de insumos necesarios para mejorar la salud. En este sentido, también se destaca la presencia de barreras administrativas, que reflejan el impedimento de la organización, como es el caso de los horarios de atención y los tiempos de espera para recibir consulta. Finalmente, las barreras culturales son aquellas que se basan en la diferencia cultural entre el personal que labora en la institución y la población que requiere el servicio.

Se considera que México es uno de los países que menos recursos asigna a la salud, ya que presenta uno de los peores desempeños frente a la OCDE en cobertura sanitaria, esperanza de vida, mortalidad por enfermedades cardíacas, obesidad y diabetes en menores. La reducción del gasto público y el incremento del gasto en salud privada han generado la presencia de desigualdad de oportunidades a servicios de calidad, puesto a que es notoria la diferencia de inversión que se lleva

a cabo en las zonas urbanas en comparación a zonas rurales (OECD, 2019).

Según CONEVAL (2014), en el caso del Seguro Popular entre el 2008 y 2010 se reportó que el tiempo de traslado desde las viviendas de las y los usuarios son cercanas a una hora en comparación con otras instituciones. Del mismo modo, las personas que viven en localidades pequeñas son las que requieren más tiempo para llegar al hospital en caso de presenciar alguna emergencia. Cabe señalar, que un elemento imprescindible para recibir atención médica en el Seguro Popular es contar con afiliación, por lo que en ocasiones esto se puede considerar una dificultad para algunas personas al no contar con los recursos suficientes para adquirir los documentos que se requieren durante el proceso. En las zonas marginadas resulta los servicios de expedición de documentos se encuentran a distancias largas, además que la información sobre cómo obtenerlos es inefectiva. De acuerdo con los datos recolectados en CONEVAL (2014), la migración también perjudica al momento de inscribirse al sistema, ya que existen situaciones en el que la familia es incapaz de realizar el trámite por cambio de residencia. Otro de los inconvenientes se relaciona con la poca información en los módulos de orientación, puesto a que en ocasiones el número de personas es elevado y los periodos de espera suelen ser largos. Con base en lo mencionado, las condiciones que padecen las y los adultos mayores a causa de su enfermedad dificulta en gran medida que permanezcan por tiempos prolongados, por lo que podría ponerlos en riesgo.

3.5.2. Utilización

De acuerdo con Peranovich (2017) el término de utilización hace alusión al uso que ejercen las personas sobre los establecimientos, infraestructura, bienes y servicios de salud. Por otra parte, Figueroa y Cavalcanti (2014), señalan que esta dimensión se refiere al uso de instalaciones, bienes y servicios de salud por parte de los individuos que lo demandan. Su medición considera el reporte de atención médica y el consumo de servicios médicos específicos. De igual manera, Díaz (2013) sostiene que existe desigualdad en la utilización de servicios por parte de diferentes grupos sociales, pues la situación económica de cada país determina la disponibilidad y accesibilidad que se tiene a servicios de salud. Asimismo, la población dispone la utilización de los mismos a partir de las demandas que presenten respecto a sus padecimientos.

Existen diversas razones por las que una persona solicita atención médica, las cuales van más allá de su condición, ya que gran parte de la población dispone de servicios de salud sin tener relación aparente con el motivo de consulta inicial. En comparación con otros que recurren directamente a hospitales para recibir un diagnóstico especializado, pues es donde se debe de brindar una alternativa para mejorar el estado de salud en el que se encuentra la persona que lo demanda. A partir de lo mencionado, se puede decir que las formas de utilizar un servicio se encuentran en función de las necesidades de cada uno, como, por ejemplo, los factores predisponentes que incluyen: la edad, el sexo, la ocupación, nivel de estudios, clase social y el estado civil. Por otra parte, existen factores inherentes a los servicios que se relacionan con la distancia geográfica y la proporción entre médicos disponibles para cada habitante (Díaz, 2013).

De acuerdo con Díaz (2013), existen habitantes que no suelen utilizar los servicios de salud disponibles, ya que emplean otras maneras para tratarse, entre ellas, terapias alternativas, medicina tradicional y la automedicación. En este sentido, algunos estudios destacan que el uso de diferentes opciones se relaciona directamente con la percepción sobre la gravedad del padecimiento, mientras que otras investigaciones refieren que la falta de utilización de productos es el resultado de la falta de accesibilidad, ya sea por dificultades económicas, culturales o geográficas.

Por otra parte, algunos países como Estados Unidos, Brasil, México, España, Colombia e Inglaterra enfatizan el valor de la política y el papel que juega en el sistema de salud, en comparación con Cuba, que constantemente adecúan sus servicios de salud de acuerdo a las necesidades de su población (Díaz, 2013). Según Fajardo et al. (2015) en México aún se deben dirigir esfuerzos con el objetivo de reducir obstáculos a nivel personal, organizacional, social, económico y cultural para que haya una mejor utilización de los servicios de salud. En México, es notable la diferencia entre los servicios de salud que se ofrecen a población vulnerable y de clase alta, por lo que es conveniente implementar estrategias que puedan dirigirse a aquellos habitantes que más lo requieran. A partir de lo mencionado, se trata de mejorar la accesibilidad a instituciones de salud a toda la población mexicana, pues así podrán utilizar de una manera eficaz los servicios y serán cubiertas cada una de sus necesidades.

Los datos obtenidos en la ENSANUT 2006 a 2012 reflejan que durante estos años se presentó un aumento de afiliaciones al Seguro Popular, por lo que se registró un incremento en el número de personas que acudieron para tratar sus problemas de salud a través de medicamentos u hospitalizaciones (CONEVAL, 2014). En contraste, se ha observado que en la mayoría de los

casos las personas que están adscritas no siempre se atienden en el Seguro Popular, debido a que recurren a instituciones médicas privadas. Lo anterior, se podría deber a que en múltiples ocasiones no se cuenta con el equipo o insumos necesarios para tratar cada una de las necesidades de la población, o bien, la saturación del sistema que impide la autorización de más pacientes. Asimismo, las y los pacientes han reportado la ausencia de atención efectiva en casos de emergencia, pues un requisito primordial es contar con personal capacitado que sea capaz de proporcionar tratamiento. La falta de médicos y enfermeras se agrava en zonas rurales o en comunidades en que operan una cantidad reducida de centros. A partir de esto, es evidente el desabasto que existe en diferentes áreas de los centros médicos, lo que a su vez genera que los tiempos de espera sean más prolongados y finalmente existan repercusiones en la salud (CONEVAL, 2014).

3.5.3. Disponibilidad

Peranovich (2017) propone que la medición de la dimensión de disponibilidad se elabore a partir de los insumos, recursos humanos e infraestructura para proveer atención de salud eficaz y cubrir las necesidades específicas de personas que así lo requieran. De igual manera, CONEVAL (2018) refiere que existencia de elementos dependerá del nivel de renta de cada país y de los fundamentos que señalen su política sanitaria. Las instalaciones de proporcionen atención deberán contener elementos básicos como agua potable, así como con personal médico altamente capacitado para llevar a cabo su labor sin poner en riesgo a la población. Uno de los puntos de mayor relevancia que se señala es que el material médico y los medicamentos serán suficientes para tratar las enfermedades (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2000 citado en CONEVAL, 2018).

Por otro lado, la cantidad de médicos y enfermeras en las instituciones de salud es una manera de supervisar el uso de recursos humanos. En países como Grecia, Austria, Portugal y Noruega el número de médicos y enfermeros es superior en comparación a otros lugares del mundo. Sin embargo, en el caso de Grecia el número de enfermeros es menor en relación a los países previamente mencionados. En contraste, Noruega es de los países que tiene mayor cantidad de

enfermeros, lo que se traduce en una inversión elevada para brindar una mejor atención a los pacientes (OECD, 2017). De acuerdo con la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (2017), señala que la proporción de enfermeros per cápita es superior en Suiza, Alemania y en los países Nórdicos. Cabe destacar, que la cifra de enfermeros y médicos ha aumentado en términos similares en los últimos años, lo cual corresponde a 13%. Los hospitales representan una pieza clave para la asignación de recursos para la salud, pues existen indicadores de bienes técnicos y físicos que sirven para contabilizar la disponibilidad de los mismos. En los últimos años se ha observado un descenso en el número de camas de distintos países pertenecientes a la OCDE, debido a que se ha optado por llevar a cabo cirugías de tipo ambulatorio y atención primaria.

Otro dato a nivel mundial que es importante mencionar es que el número de enfermeros per cápita es considerablemente elevado en lugares como: Suiza, Alemania y países Nórdicos. En este sentido, la cantidad de enfermeros ha sido mayor en comparación a la de médicos. Sin embargo, en años recientes se ha registrado 13% de aumento entre ambas profesiones. Es importante mencionar que los hospitales constituyen una parte crucial para la destinación de recursos para la salud, como, por ejemplo: el número de camas per cápita que funge como un indicador para conocer los recursos técnicos y físicos que se encuentran disponibles en el sistema de salud. En los últimos años, algunos países de la OCDE han decidido disminuir la proporción de camas en los hospitales, ya que se han promovido las intervenciones quirúrgicas ambulatorias y la atención primaria. Por el contrario, en el caso de Japón y Corea aún no se implementa esta medida.

La OCDE (2017), señala que el gasto promedio en salud por habitante es aproximadamente de 4003.00 MXN, mientras que en el caso de México la cantidad que se invierte por paciente es de 1080.00 MXN. Respecto al personal que labora en instituciones de salud, se estima que hay 2.4 médicos por cada 1000 habitantes, en comparación con una media de 3.4 de los países restantes. De igual manera, el número de enfermeros y camas por habitante se encuentra por debajo del promedio. Lo anterior, es una situación inquietante para la población que busca atención médica, ya sea de especialidad, o bien que necesiten equipos médicos para llevar a cabo un tratamiento exitoso.

Cabe destacar, que CONEVAL (2014) sostiene que el promedio de centros de salud que atiende el Seguro Popular en la república disminuyó entre el 2008 y 2010. Este dato se registró a partir del aumento de personas que se afiliaron al Seguro Popular, de manera que la disponibilidad de

unidades era menor en comparación a la solicitud de personas para recibir atención. En Sonora, el número de camas por cada mil inscritos en el 2008 fue 3.04%, mientras que en 2010 correspondía a 2.10%. Como se refirió anteriormente, el crecimiento de personas admitidas al sistema ha generado una falta de abastecimiento en distintas áreas del Seguro Popular, debido a que la infraestructura y los recursos humanos se han mantenido en las mismas condiciones. Uno de los principales problemas lo constituye la falta de medicamentos que impide que las personas puedan seguir efectivamente su tratamiento.

Ante esta situación, las personas adultas mayores son consideradas como población en riesgo al no contar con los recursos necesarios para adquirir fármacos que disminuyan las molestias causadas por su enfermedad. En este sentido, el CAUSES y el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos se crearon con el objetivo de especificar bajo qué condiciones se tenía cobertura de medicinas y padecimientos. Sin embargo, se observó que las y los usuarios tenían la creencia que no habría gastos relacionados con la atención por contar con afiliación al Seguro Popular, o bien, se reportó en múltiples ocasiones que la falta de cobertura fue un problema evidente al momento de solicitar un tratamiento específico. Estos eventos han ocasionado una falta de confianza entre pacientes y el Seguro Popular, de manera que es común que se las personas acudan a consulta privada y utilicen el programa para situaciones que excedan el gasto, como, las intervenciones quirúrgicas (CONEVAL, 2014).

La disponibilidad de equipo se ve aún más afectada cuando se enfrentan crisis sanitarias provocadas por virus que afectan rápidamente el organismo de una persona, como, por ejemplo: la pandemia de SARS-CoV-2. En México, se ha reportado una disminución de los recursos humanos y materiales que son esenciales en hospitales para garantizar la salud de la población y así reducir el número de defunciones que son causa de la agravación de síntomas. De acuerdo con una nota del periódico Expreso (2020), el sistema de salud en Sonora se ha debilitado considerablemente por el aumento de pacientes en estado crítico. Cabe agregar que la población adulta mayor se ve más afectada, debido a que el deterioro de su organismo provoca que sean más vulnerables frente a las amenazas y que necesiten en mayor medida aparatos especializados que les ayuden a mejorar su condición. Igualmente, Expreso (2020) destacó que la situación ocasionada por el SARS-CoV-2 ha disminuido la capacidad de los hospitales del estado de Sonora, ya que se encuentra en el tercer lugar de la república con menor disponibilidad. Sin embargo, aún queda claro que es necesario prepararse constantemente y emplear medidas que sean útiles para no

rebasar la capacidad de las instituciones médicas.

3.5.4. Calidad

De acuerdo con CONEVAL (2018), el concepto de calidad adquiere distintos significados, en el ámbito de salud, se considera que hay calidad en el servicio cuando se llevan a cabo acciones concretas con el fin de mejorar el estado de salud del paciente. Sin embargo, Artaza (2015) (citado en CONEVAL, 2018) lo define como la manera de realizar labores con el uso apropiado de insumos, ya sea respetando la dignidad e independencia de los usuarios para satisfacer sus requerimientos. Asimismo, el personal de salud deberá ser justo y brindar oportunidad de acceso a toda la población sin importar su posición económica.

La OCDE (2006) definió en Health Care Quality Indicators Project la definición de calidad, en la que se identifican una serie de subdimensiones, como: seguridad, efectividad y atención centrada en la persona. La primera subdimensión sugiere la prevención de lesiones a pacientes durante el proceso de atención, pues lo primordial es proporcionar atención oportuna en el momento que se requiera sin poner en riesgo la vida del usuario. Además, que la seguridad de los pacientes también implica que los establecimientos de sistemas y procesos disminuyan la probabilidad de cometer algún error.

La segunda dimensión se conoce como efectividad, la cual se refiere a que la prestación eficaz de servicios basados en conocimientos científicos con el fin de proveer bienestar a la población. En resumen, se define como la obtención de mejora del estado de salud partir de la aplicación de lo que se ha aprendido durante la labor que desempeña como profesional de la salud. La tercera dimensión se denomina como atención centrada en la persona, la cual da prioridad a los usuarios durante el momento en que reciben por parte del personal médico, por lo que se refiere a la recepción de atención sin la presencia de obstáculos que puedan poner en riesgo la vida del solicitante (CONEVAL, 2018).

La efectividad y la seguridad son elementos esenciales para que un usuario pueda tener un mayor grado de satisfacción y mejores resultados en relación a su salud. La experiencia que tienen los usuarios durante su estancia médica está determinada en mayor medida por el trato que reciben,

en otras palabras, dependerá de la capacidad de respuesta del personal de diferentes áreas de la institución médica. Por último, es importante mencionar que la capacitación es un factor fundamental para que los empleados conozcan cómo interactuar de manera efectiva con pacientes (CONEVAL, 2018).

El Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2014) estimó en 2006 y 2012 que 84% de usuarios calificaron la atención del Seguro Popular como buena, sin embargo, este porcentaje decreció años más tarde como resultado del aumento de demanda y la presión por ausencia de insumos. La percepción positiva por parte de las y los pacientes durante el 2000 se asoció con el buen trato, la capacitación del personal y los cambios favorables en la salud. Durante el 2012, la evolución del usuario ya no constituía un elemento primordial como en años anteriores. Se considera que la relación entre médico y paciente es un elemento clave para la satisfacción del mismo, pues aumenta la probabilidad de regresar a la institución para atenderse nuevamente. En diferentes áreas se mantuvo constante la percepción positiva por parte de las personas adscritas, pero fue decreciendo a medida que se rebasó la capacidad del sistema. Respecto a las razones para no acudir nuevamente a revisión, se expresó que los costos eran elevados y que los empleados eran poco amables. A partir de este suceso, se optó por reducir los precios y ampliar la cobertura de los servicios básicos con el propósito de incrementar la calidad del servicio.

A manera de conclusión, las cuatro dimensiones que surgen del término de exclusión en salud son relevantes para conocer otras vertientes que también puede dificultar la atención que se provee en instituciones de salud. En el caso de la accesibilidad, se considera que la distancia o encontrarse en zonas marginadas puede considerarse una barrera para trasladarse rápidamente a un hospital, por lo que es importante que las personas cuenten con servicios a su disposición sin necesidad de recorridos largos que obstruyan o demoren la llegada a un punto en específico (CONEVAL, 2018). Por otra parte, Peranovich (2017) menciona que la utilización hace alusión al uso de insumos, infraestructura y establecimientos de los servicios de salud. Para ello, se tienen que contar con los recursos disponibles para que las y los adultos mayores dispongan de ellos de acuerdo a sus demandas. La dimensión de utilización y disponibilidad se encuentran estrechamente relacionadas, pues el que se cuente con el material necesario permitirá que la población sea capaz de hacer uso de las mismas. Es por esto, que las instituciones de salud pública deben de realizar los cálculos oportunos para que las y los adultos mayores cuenten con lo necesario para poder seguir las indicaciones que se les pide durante consulta médica. Como se mencionó anteriormente, la

disponibilidad se define como la presencia de edificios, equipo, medicamento y otros materiales. De acuerdo con CONEVAL (2018), la disponibilidad dependerá de cada país, pues en el caso de las regiones tercermundistas se considera que el gasto público será menor en comparación a países de primer mundo. Finalmente, la calidad consiste en que se tomen acciones concretas para mejorar el estado de salud del paciente. De igual manera, Artaza (2015) expresa que la calidad se traduce en el buen manejo de bienes y de acciones por parte del personal hacia el paciente. La calidad es una de las principales características para que las demás dimensiones se cumplan efectivamente, pues la ausencia de utilización, disponibilidad o accesibilidad puede ocasionar que las y los pacientes reciban un trato incorrecto que no vaya de acuerdo a los lineamientos. En cuanto a la población de edad avanzada, se puede decir que es necesario que la institución en que sean atendidos posea los recursos para brindarles un trato adecuado, pues el aumento de personas adultas mayores generará mayor presión en los sistemas de salud pública.

4. MARCO METODOLÓGICO

El presente proyecto de investigación tiene como objetivo evaluar la calidad del servicio médico proporcionado por el programa “Seguro Popular” a través de la percepción que tienen los adultos mayores de 65 años en adelante. Para ello se utilizó una escala adaptada con base en las dimensiones que propone el modelo de Donabedian (1980) en el que se midió la calidad a través del grado de satisfacción que expresaron las personas adultas mayores sobre una serie de variables que incluyeron las dimensiones de estructura, proceso, resultado y accesibilidad. En las próximas secciones se describirá la metodología que fue utilizada.

4.1. Tipo de Estudio

Se trata de un diseño de investigación mixto en el que se llevó a cabo la aplicación de encuestas y entrevistas semiestructuradas para conocer la percepción que tienen los adultos mayores acerca de la calidad del servicio médico y administrativo que reciben en el Seguro Popular. A partir de lo mencionado se logró evaluar utilizando las dimensiones de estructura, proceso, resultado y accesibilidad (Donabedian, 1980). Según Rocco et al. (2003) y Moscolini (2005), este tipo de diseños permite a quienes investigan, combinar paradigmas que posibilita tener mayor cercanía con el objeto de estudio. La integración de diversas fuentes como imágenes, historias de vida y grabaciones de los sujetos, ayudan a tener una visión más comprehensiva de los datos numéricos que se han obtenido durante la investigación.

4.2. Participantes y Tipo de Muestreo

Para la aplicación del cuestionario se eligió un muestreo no probabilístico, cuyo objetivo es que el investigador seleccione a las personas participantes según los criterios de inclusión-exclusión

establecidos previamente de acuerdo con el marco teórico-metodológico establecido (Tamayo, 2003). Los criterios de inclusión para la metodología cuantitativa y cualitativa fueron: pacientes con afiliación al Seguro Popular vigente que acudían a consulta en un hospital público de concentración, ubicado en la ciudad de Hermosillo, Sonora, personas mayores de 60 años de edad, de cualquier sexo y sin enfermedades o limitaciones físicas o cognitivas que les impidiera responder el instrumento aplicado (Cuadro 3).

Respecto a la aplicación de encuestas, se llevó a cabo el pilotaje con 50 personas adultas mayores y al hacer cambios en dos de los reactivos, se optó por incorporar a la muestra 35 personas adicionales para un total de 85. En la anterior decisión también tuvo que ver el cambio de gobierno, por los trámites para ingresar a la institución de salud que se extendieron más allá de los tiempos establecidos en el programa académico para el que se desarrolló esta tesis. Por lo mismo, desde la etapa piloto se optó por entrevistarles afuera del edificio, antes o después de ingresar a su consulta o trámite.

En el caso de las entrevistas para seleccionar a las 4 personas participantes, se utilizó la técnica “Bola de Nieve”. Díaz et al. (2013) definen éste término como el momento en el que una nueva entrevista ofrece los datos previamente recabados, o bien ya no se proporcionan datos novedosos. Además, que se pidió autorizaron a 4 personas adultas mayores para compartir su experiencia sobre el Seguro Popular. Igualmente, en este caso se tenía contemplada una entrevista más, pero el confinamiento por la pandemia del COVID-19, dificultó el hacerlo, por lo que se tuvo que dejar con cuatro casos.

Cuadro 3. Criterios utilizados en la selección de participantes para la aplicación del cuestionario y las entrevistas.

<i>Criterios de inclusión</i>	<i>Criterios de exclusión</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Contar con al menos 1 año de afiliación al Seguro Popular. • Ser adulto(a) de 65 años en adelante. 	<ul style="list-style-type: none"> • Debilidad auditiva/visual • Deterioro de habilidades cognitivas que les impidan o dificulten responder.

Fuente: Elaboración propia.

El estudio se realizó de septiembre de 2019 a febrero de 2020. A continuación, se describe primeramente el cuestionario y posteriormente el guion de entrevista:

4.3. Instrumentos

SERVQHOS. Se utilizó un cuestionario para evaluar calidad percibida de la atención hospitalaria, que combina expectativas y percepciones. Este instrumento fue elaborado y validado por Mira et al. (1998), el cual está conformado por cuatro partes. La primera parte contiene un mensaje de presentación y consideraciones éticas, que es el consentimiento informado en el que se aseguró la confidencialidad y el anonimato en el manejo de datos. La segunda parte está compuesta por 19 ítems en escala Likert, en el cual se pide que él o la usuaria evalúen aspectos tangibles e intangibles de la atención médica. Las opciones de respuesta en cada reactivo son las siguientes:

1. Mucho peor de lo que esperaba
2. Peor de lo que esperaba
3. Como me lo esperaba
4. Mejor de lo que esperaba
5. Mucho mejor de lo que esperaba

La tercera parte contiene 10 preguntas relacionadas con la satisfacción global de la atención que ha recibido últimamente en donde las opciones fueron: Por último, la cuarta parte recaba datos sociodemográficos, como: sexo, estado civil, nivel de estudios y ocupación. Al finalizar esta parte, se le pidió al(a) usuario(a) que llenara un espacio en blanco, en el cual es posible anotar sugerencias para la mejora de la calidad de la atención hospitalaria (Barragán y Manrique, 2018). Para efectos de este estudio se modificó el instrumento con base en las dimensiones que propone el modelo de Donabedian y se mantuvieron las mismas alternativas de respuesta (Anexo 1). Es importante resaltar, que como grado de satisfacción se interpretó a partir de la escala de Likert utilizada que expresaba en la segunda parte, un grado de expectativa que iba de peor a mejor de lo esperado. En el tercer apartado, la escala iba de valoración general que permitió conocer el grado de satisfacción con los servicios recibidos. A continuación, se describen las modificaciones que se realizaron al *SERVQHOS* para su aplicación en esta investigación:

1. Dimensión de estructura. Compuesta por 11 ítems en escala Likert, en el que se cuestiona por la infraestructura de la institución, preparación del personal, condición de equipos, baños y pasillos.
2. Dimensión de proceso. Se conforma por 8 reactivos en escala Likert en los que se abordan

las acciones del médico realizadas en consulta.

3. Dimensión de resultado: Se integra por 4 ítems que consulta por los cambios a partir del tratamiento indicado.
4. Dimensión de accesibilidad: Se constituye por 7 preguntas en escala Likert sobre la rapidez y facilidad para realizar trámites u obtener medicamento.
5. Se incluyen 4 preguntas encaminadas a conocer la percepción del paciente respecto al servicio que acaba de recibir
6. Datos sociodemográficos: Se recolecta información para caracterizar a la población, como: edad, sexo, estado civil, estudios concluidos y ocupación.
7. Comentarios. Se les pide a los usuarios si desean compartir datos adicionales.

La escala SERVQHOS que fue modificada para este estudio tiene ítems adicionales y además se organizó con base en las dimensiones propuestas por Donabedian (1966), debido a que la versión original solamente presenta los reactivos sin hacer ninguna distinción. De esta manera, se facilitó la captura de datos y la interpretación de los mismos para llevar a cabo el análisis de datos.

1. Cuestionario. El primer acercamiento consistió en que la investigadora realizara una breve presentación en la que se les habló brevemente a las personas participantes sobre el objetivo del estudio y se pedía el consentimiento informado, para posteriormente conocer su edad y si contaban con afiliación al Seguro Popular. Una vez que accedían a responder el cuestionario, se observó que la mayoría presentaba dificultades para responder con base en la escala Likert. Frecuentemente respondían la pregunta con un “muy bien o “excelente”, o bien en ocasiones se extendían para dar a conocer su punto de vista sobre su experiencia como paciente, por lo que se optó por repetir la instrucción. Durante el pilotaje se logró observar que los ítems en que se presentó mayor dificultad de comprensión fueron: el 7.05 de la dimensión de resultado “Su satisfacción general con la atención a su salud recibida durante su visita al hospital ha sido” y el 8.05 de la dimensión de accesibilidad “La rapidez para obtener su prescripción médica ha sido”. Ante esto, se optó por replantearlos para proveer una mejor comprensión al participante. La pregunta que corresponde a la dimensión de resultado se cambió por “Su satisfacción referente a la atención médica recibida durante su visita ha sido”, mientras que la 8.05 se modificó lo siguiente “La rapidez para obtener su receta médica ha sido”. Sin embargo, los resultados del levantamiento final de datos demostraron que los ítems previamente

mencionados no mostraban resultados significativos, por lo que se optó por eliminarlos del análisis de datos cuantitativo. El cuestionario fue aplicado en el área externa de la institución. Una vez que las personas aceptaban participar, la investigadora leyó cada reactivo para anotar las respuestas de las y los participantes. Se utilizó una tarjeta en la que se apreciaron los valores numéricos y su respectivo significado para facilitar la comprensión de la escala Likert. Lo anterior, con el fin de facilitar a los adultos mayores las opciones de respuesta y evitar confusión durante el proceso.

2. Entrevista semiestructurada. Se utilizó un guion de entrevista para complementar con otra técnica, la percepción que tienen los adultos mayores sobre los servicios que recibieron en el Seguro Popular. Los temas se plantearon con base en las dimensiones que propone el modelo de Donabedian (1980), como: estructura, proceso, resultado y accesibilidad. Las preguntas incluyeron los siguientes aspectos: opinión sobre el trato recibido por el personal, condiciones de los equipos médicos, experiencia con la entrega de medicamentos, recuperación del paciente, servicios de especialidad utilizados y las expectativas acerca del nuevo sistema de salud (Anexo 2). Esta técnica permitió otras preguntas que complementaron la información proporcionada recolectada durante la aplicación de encuestas, por ejemplo; profundizar en aspectos subjetivos sobre la calidad de atención en diversas áreas del Seguro Popular e indagar sobre asuntos que influyen en su grado de satisfacción. Díaz (2013), refiere que este tipo de técnica permite un alto grado de flexibilidad, ya que parten de preguntas previamente elaboradas que se pueden ajustar a las características de las y los participantes. Por otra parte, es posible motivar a las y los entrevistados debido a que se reducen formalismos y se mantiene el rapport. Las entrevistas fueron grabadas a través de un dispositivo con previa autorización de las y los participantes para captar la mayor cantidad de información.

4.4. Procedimiento

El cuestionario fue aplicado por la investigadora y cada uno de los reactivos se les leyó a los participantes, por lo que si tenían alguna duda se repetía nuevamente. El tiempo promedio de

respuesta del cuestionario varió de 20 a 25 minutos. Al aplicar el cuestionario por fuera de la institución se optó por hacerlo con las personas que esperaban afuera mientras llegaba la hora de su cita. Quienes llegaban justo a tiempo, era menos probable que aceptaran participar.

En el caso de las entrevistas, se recurrió a personas que tuvieran contacto con adultos mayores que contaran con las mismas características de inclusión. La selección de los 4 sujetos comenzó con una mujer de 66 años que se afilió al Seguro Popular aproximadamente en el año 2007. A partir de esta entrevista, se buscaron otras personas que cumplieran con los criterios de inclusión para mantener una muestra uniforme. En un principio se concretó cita con las y los entrevistados y se les pidió permiso para llevar a cabo la reunión en su domicilio. Al inicio, se solicitó autorización para grabar sus respuestas y así facilitar la transcripción de las mismas. Se realizó una visita por participante y la duración osciló entre 40 y 90 minutos aproximadamente. En cada visita realizada estuvo presente al menos un familiar del entrevistado. Al finalizar, se agradeció la colaboración y tiempo de las y los adultos mayores. Por último, se elaboraron las bases de datos y transcripciones para llevar a cabo los análisis correspondientes de los datos que se recolectaron en encuestas y entrevistas.

4.5. Análisis de datos

Para analizar el cuestionario se utilizó el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 25. La captura de datos se realizó cuidando que se introdujera a la base las respuestas correctas, pues de no ser así se corregía en ese mismo momento. Una vez que se tuvo la captura con los primeros 50 sujetos, se procedió al análisis de datos. En este primer momento, se depuró la base de datos para posteriormente evaluar la consistencia interna del instrumento. El análisis de fiabilidad de constructo teórico de la dimensión de estructura mostró un Alfa de Cronbach de .883, lo que demostró que existe una alta consistencia en los ítems. Respecto a las demás dimensiones en proceso se obtuvo .899, en resultado .747 y en accesibilidad .865 por lo que el cuestionario resultó confiable en sus tres dimensiones de acuerdo con Sampieri, Fernández y Baptista (2010) como aparece en el Cuadro 5. Uno de los aspectos más relevantes al momento de validar un instrumento se relaciona con la confiabilidad y o fiabilidad del mismo, debido a que se

encarga de mantener la consistencia interna. Según Kerlinger y Lee (2002), la confiabilidad permite suprimir problemas teóricos o prácticos que puedan sesgar la información recolectada. Por otro lado, Magnusson (1978), sostiene que una de las principales características de una escala confiable es la ausencia de errores que se pueden observar en el puntaje obtenido a través del coeficiente de Alfa de Cronbach. Para determinar esta medida, el investigador se encarga de medir la correlación de cada ítem con los restantes, pues de esta manera se obtiene el promedio de todos los coeficientes. En otras palabras, el Alfa de Cronbach *puede considerarse como la media de todas las correlaciones de división por mitades posibles* (Cohen y Swerdlik, 2001). A continuación, se muestran los índices de confiabilidad que fueron obtenidos a través del análisis de fiabilidad elaborado en SPSS versión 25 (Cuadro 4).

Cuadro 4. Lista de ítems y su respectivo índice de confiabilidad.

<i>Dimensión</i>	<i>Alfa de Cronbach</i>
Estructura	.883
Proceso	.899
Resultado	.747
Accesibilidad	.865

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados obtenidos en la aplicación de encuestas.

Una vez que se logró administrar las 85 encuestas a personas mayores, el primer paso fue conocer cómo se distribuyen los datos. Para ello se aplicó la prueba Kolmogorov-Smirnov para verificar la distribución de la muestra, obteniendo .000 en cada uno de los reactivos. Los resultados de la prueba demostraron que las cifras no se aproximaron al grado de significancia de $p < 0.05$ ($.000 < 0.05$) para ser considerada como distribución normal. De acuerdo con Saldaña (2016), es una prueba de significación estadística para corroborar si los datos muestran una distribución normal. Cabe mencionar que se maneja en muestras superiores a 50 y en variables cuantitativas. De ahí que se optara por utilizar una prueba no paramétrica como la U de Mann-Whitney para comparar las diferencias entre el sexo y cada una de las dimensiones (estructura, proceso, resultado

y accesibilidad). Saldaña (2013), sugiere que la prueba U de Mann-Whitney es equivalente a la prueba paramétrica T de Student y se utiliza siempre que no se cumplan los criterios que ésta última exige. Resulta viable mencionar que se utiliza para comparar dos muestras independientes, es decir, variables cuantitativas o cualitativas ordinales. La prueba U de Mann-Whitney se formuló en el año 1945 por Frank Wilcoxon para muestras de la misma cantidad, por lo que en 1947 se amplió para aplicarse en muestras de diferentes tamaños por Henry B. Mann y D. R. Whitney (Saldaña, 2013). La prueba U de Mann Whitney se utilizó para conocer las diferencias de satisfacción entre hombres y mujeres (Cuadro 7), por lo que se procedió a obtener las medias de cada reactivo y así analizar qué áreas son las que presentan menor satisfacción por parte de las y los usuarios.

Para el caso de las entrevistas, en un primer momento se realizó la transcripción de las mismas. Después se analizaron las respuestas de cada participante y se construyeron categorías de análisis a partir de la similitud de sus respuestas. Una vez terminado esto, se elaboró un breve resumen sobre los puntos en los que se mostró mayor acuerdo en las opiniones. Posteriormente, se elaboró la triangulación de los datos que busca una mejor comprensión de los datos recabados a través de la metodología cualitativa y cuantitativa. De acuerdo con Okuda y Gómez (2005) abarca la utilización de distintos métodos, fuentes de información, teorías, expertos en el tema o de contextos de estudio de un fenómeno. El concepto de triangulación puede ser entendido cuando el investigador ya conoce dos puntos de referencia y se sitúa en un tercero para analizar de manera más efectiva la información. En la metodología cualitativa resulta útil utilizar más de una estrategia, como, por ejemplo: las entrevistas individuales, grupos focales o talleres de investigación. Lo anterior, permite que se sumen las fortalezas de cada técnica, pues al utilizar solamente una existe mayor probabilidad de la presencia de sesgos y fallas metodológicas en el proyecto de investigación. En este sentido, la triangulación permite analizar un mismo fenómeno desde distintas perspectivas, lo que genera mayor validez y consistencia de los datos recabados.

Según Denzin (1970), sostiene que existen diferentes tipos de triangulación que le confieren de más herramientas al investigador para ampliar el estudio de un fenómeno. En este estudio se utilizó la triangulación metodológica, en la que se decide emplear en conjunto la metodología cualitativa y cuantitativa. En este sentido, Denzin (1970) menciona que el uso de diferentes medidas de análisis es solamente una estrategia, ya que la triangulación debe considerar la variedad de datos, personas que estudian un mismo objeto, teorías y metodología. Sin embargo, en ocasiones se

pueden presentar obstáculos debido a la diferencia de cada una, pero a pesar de lo mencionado se ofrece una visión opuesta del fenómeno que aporta grandes descubrimientos a la investigación (Okuda y Gómez, 2005).

Respecto a la presente investigación, se clasificaron por dimensión los resultados más relevantes que se obtuvieron a través de la aplicación de encuestas y entrevistas. Posteriormente, se elaboraron cuadros comparativos para depositar la información y facilitar su análisis. Una vez que se logró contrastar los datos, se añadió una columna adicional para concluir los principales hallazgos. Con base en lo anterior, fue posible visualizar las diferencias y similitudes que se recogieron durante el trabajo de campo. La implementación de este método permitió enriquecer en gran medida cada una de las aportaciones de las y los usuarios, debido a que provee una visión más amplia sobre los obstáculos que inciden en la calidad de la atención.

5. RESULTADOS

Este capítulo presenta los resultados cuantitativos y cualitativos derivados de la aplicación del cuestionario y la entrevista. En el análisis cuantitativo se dará a conocer la caracterización de las y los sujetos que participaron en la aplicación de la encuesta, también se presentará la prueba no paramétrica utilizada y el producto obtenido a partir del proceso estadístico que se elaboró en Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Cabe mencionar, que para cada caso aparecerá al inicio la caracterización de las personas participantes y posteriormente los análisis que se realizaron.

5.1. Análisis Cuantitativo

En cuanto a la caracterización de las y los participantes, 43.5% mujeres y 56.5% hombres. La población encuestada tenía una edad media de 70.08 y un rango de edad de 65 a 82 años. En cuanto al estado civil, se obtuvo que la mayoría de las y los adultos mayores están casados(as) por la iglesia (25.9%), mientras que en su minoría solamente por el civil (1.8%). Por otra parte, 14.1% reportó que se unieron tanto por la vía legal como religiosa. En contraste, se registró 20% de adultos mayores solteros(as), 17.6% viudos(as), 4.7% separados(as), 1.2% divorciados(as) y 4.7% viven en unión libre. Respecto al grado de estudios de la muestra, 9.4% carecía de algún nivel de escolaridad, 77.6% posee nivel básico, 10.6% bachillerato y 2.4% asistió a la universidad. En relación a la ocupación que desempeñan, 5.9% es jubilado(a), 34.1% no tiene empleo, 24.7% se encuentra trabajando y 35.3% se dedica a labores del hogar (Cuadro 5).

En general se observó que la mayoría de las personas adultas mayores valoran positivamente el servicio que reciben en el área médica y administrativa, expresando su agradecimiento por todo el apoyo que les ha brindado. Del cuestionario, opinaron que la cantidad de preguntas les pareció apropiada, debido a que contiene todas las preguntas necesarias para evaluar la satisfacción del paciente.

Cuadro 5. Caracterización de la muestra

<i>Categoría</i>	<i>Participantes</i>	
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Rango de edad: 65 a 82		
Sexo:		
Femenino	37	43.5
Masculino	48	56.5
Estado civil:		
Casados(as) por la iglesia	22	25.9
Casados(as) por el civil	10	11.8
Casados civil y religiosamente	12	14.1
Solteros(as)	17	20
Viudos(as)	15	17.6
Separados(as)	4	4.7
Divorciados(as)	1	1.2
Unión libre	4	4.7
Grado de estudios:		
Sin estudios	8	9.4
Estudios primarios	66	77.6
Bachillerato	9	10.6
Universidad	2	2.4
Ocupación:		
Jubilado sin ninguna otra actividad	5	5.9
Sin empleo	29	34.1
Se encuentra trabajando	21	24.7
Se dedica al hogar	30	35.3

N=85

Fuente: Elaboración propia con base en datos de la encuesta.

Los reactivos en escala Likert permitieron que las personas de edad avanzada eligieran con mayor facilidad la respuesta que creyeran conveniente, ya que al estar más conformes calificaban con la opción más alta y al sentirse inconformes seleccionaban la más baja. Se consideró presentar el grado de satisfacción, debido a que corresponden a ítems con un alto nivel de representatividad. Lo anterior, podría definirse como la o las diferentes áreas en que el grado de satisfacción de los usuarios se modifica a partir de la atención que se reciba, pues de esta manera se genera una percepción que es expresada a través de la opinión de las y los adultos mayores. Ante lo mencionado, se optó por obtener la media aritmética de cada ítem para hacer un comparativo y así elegir los resultados que se mantuvieran más uniformes. En este sentido, Paz (2007) refiere que esta medida se puede calcular al sumar los valores de interés y dividiendo entre el total de casos. Cabe señalar, que para la selección de reactivos con menor grado de satisfacción se obtuvo el

promedio de cada uno y además se elaboró la misma operación para conocer el producto de cada categoría (Cuadro 6). Para determinar el punto de corte, se tomó como referencia la media aritmética de cada una de las dimensiones y se consideraron los ítems con puntajes homogéneos más bajos. Este mismo procedimiento se llevó a cabo para distinguir los reactivos con mayor grado de satisfacción, pero en este caso se eligieron aquellos que eran superiores.

Cuadro 6. Media aritmética obtenida en cada dimensión.

<i>Dimensión</i>	<i>Media</i>
Estructura	4.29
Proceso	4.48
Resultado	4.47
Accesibilidad	4.25

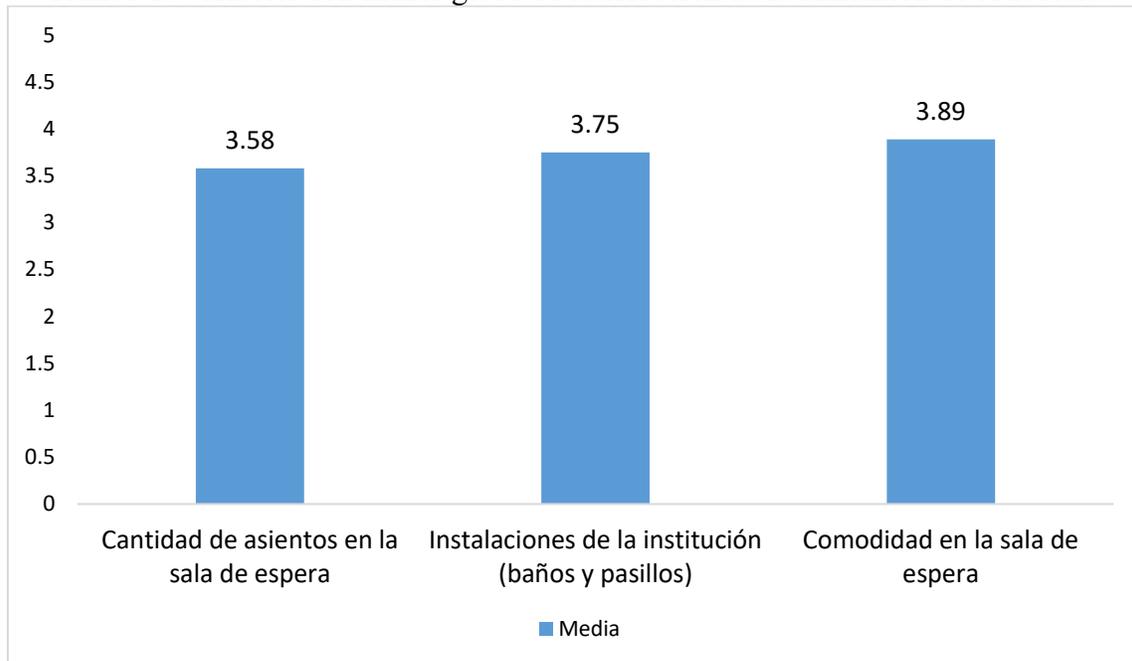
Fuente: Elaboración propia a partir del cálculo de la media aritmética.

En las próximas gráficas se describen los ítems en que las y los adultos mayores reportaron un mayor y menor grado satisfacción en cada variable. Resulta conveniente conocer aquellas áreas de oportunidad para que la calidad de instituciones que han sido evaluadas puedan elaborar estrategias que les facilite mejorar.

La dimensión de estructura constó de 11 ítems que abordó la infraestructura del hospital, instalaciones, cantidad, apariencia y preparación del personal que labora. Los 11 reactivos evaluados obtuvieron una media de 4.29, lo que significa que hay un alto grado de satisfacción en la dimensión de estructura. Sin embargo, aunque las puntuaciones proporcionadas por las personas mayores son altas, sus comentarios negativos van encaminados a la falta de insumos o amenidades. En este caso, la cantidad de asientos en la sala de espera obtuvo una media de 3.58, mientras que las instalaciones de la institución (baños y pasillos) fue de 3.75 y lo correspondiente a la comodidad en la sala de espera fue de 3.89. La cantidad de asientos en la sala de espera y la comodidad de la misma fueron los reactivos en que las y los adultos mayores comentaron más sobre su inconformidad con el servicio, pues en repetidas ocasiones hicieron hincapié en que no hay suficientes asientos, por lo que tienen que aguardar su turno en el área externa de la institución.

De igual manera, otra queja frecuente fue sobre las condiciones de los baños, pues expresaron que es común que no funcionen y que no se encuentren en condiciones óptimas de higiene.

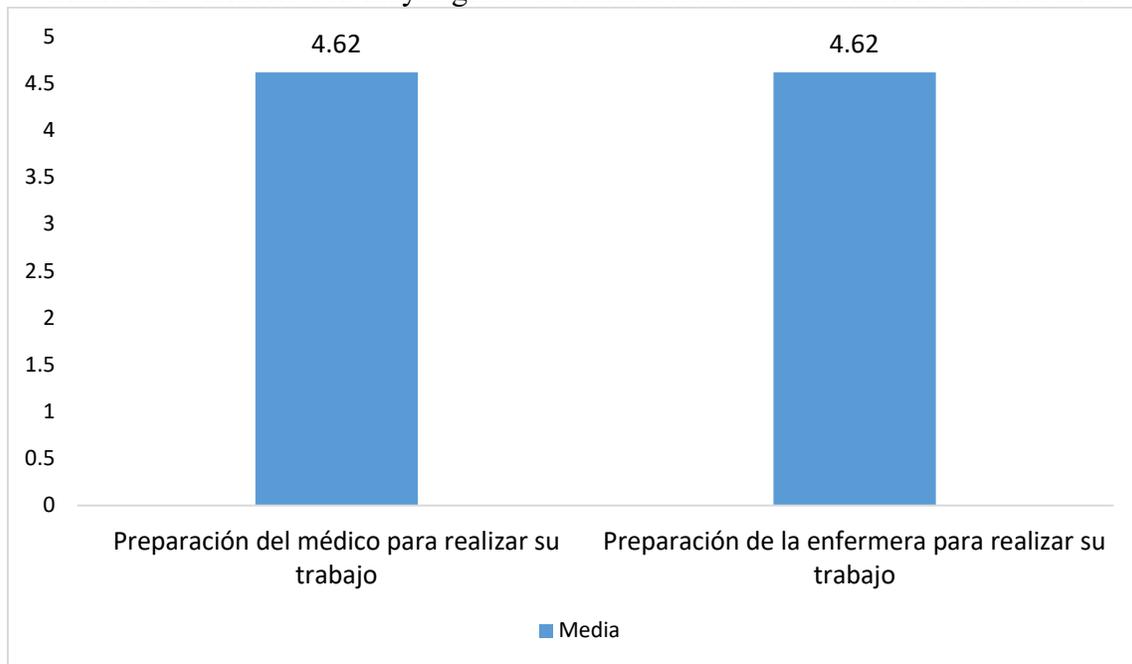
Gráfica 1. Variables con menor grado de satisfacción de la dimensión de estructura.



Fuente: Elaboración propia con base en datos de la encuesta.

La Gráfica 2 muestra los ítems con un mayor grado de satisfacción en comparación a los 11 reactivos restantes. La dimensión de estructura obtuvo una media total de 4.29. Las y los participantes demostraron su conformidad respecto a la preparación del médico y de la enfermera para llevar a cabo sus labores, que indica que las y los adultos mayores se encuentran más satisfechos. En ambos reactivos se puntuó una media aritmética de 4.62, en otras palabras, se trata de un valor que se aproxima a la opción más alta de respuesta. De manera que, constituyen elementos que las y los participantes consideran como esenciales para recibir una atención de calidad durante su estancia en el Hospital.

Gráfica 2. Variables con mayor grado de satisfacción de la dimensión de estructura.

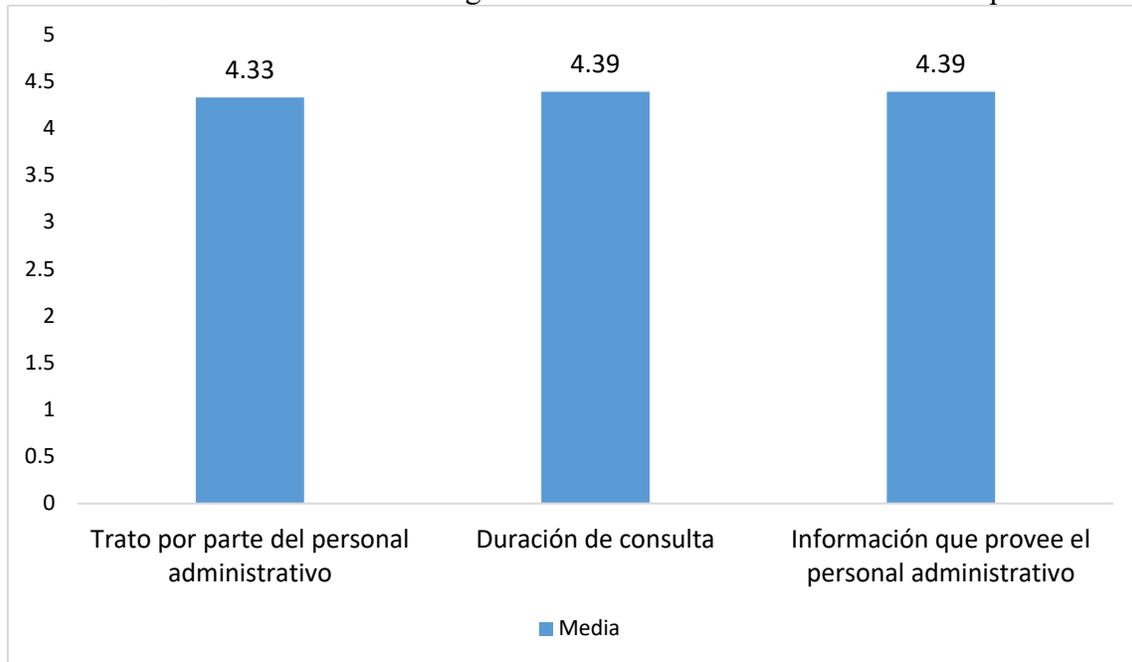


Fuente: Elaboración propia con base en datos de la encuesta.

La dimensión de proceso se compone de 8 ítems en los que se pregunta al participante acerca del trato que ha recibido por parte del médico y del personal administrativo. La media de respuesta en los 8 ítems es de 4.48, que en general están satisfechos con atención que brinda el personal. En contraste, es necesario abordar aquellos ítems en los que frecuentemente se reciben comentarios negativos. En el caso del ítem trato por parte del personal administrativo es de 4.33, mientras que la duración de consulta tiene una media de 4.39, y la información que proporciona el personal administrativo es de 4.39. Lo anterior significa que el personal administrativo generalmente los hace visitar distintas áreas del Hospital, lo que ocasiona que el procedimiento para realizar algún trámite sea más tardado en la mayoría de los casos. Finalmente, comentaron que la información que les brinda el personal de ventanilla o recepción tiende a ser limitado, ya que es común que no les proporcionen los detalles necesarios que pudieran agilizar el servicio.

Las y los adultos mayores que participaron en la encuesta expresaron que los tiempos dentro del consultorio suelen ser cortos para lograr atender a las indicaciones que el médico les provee.

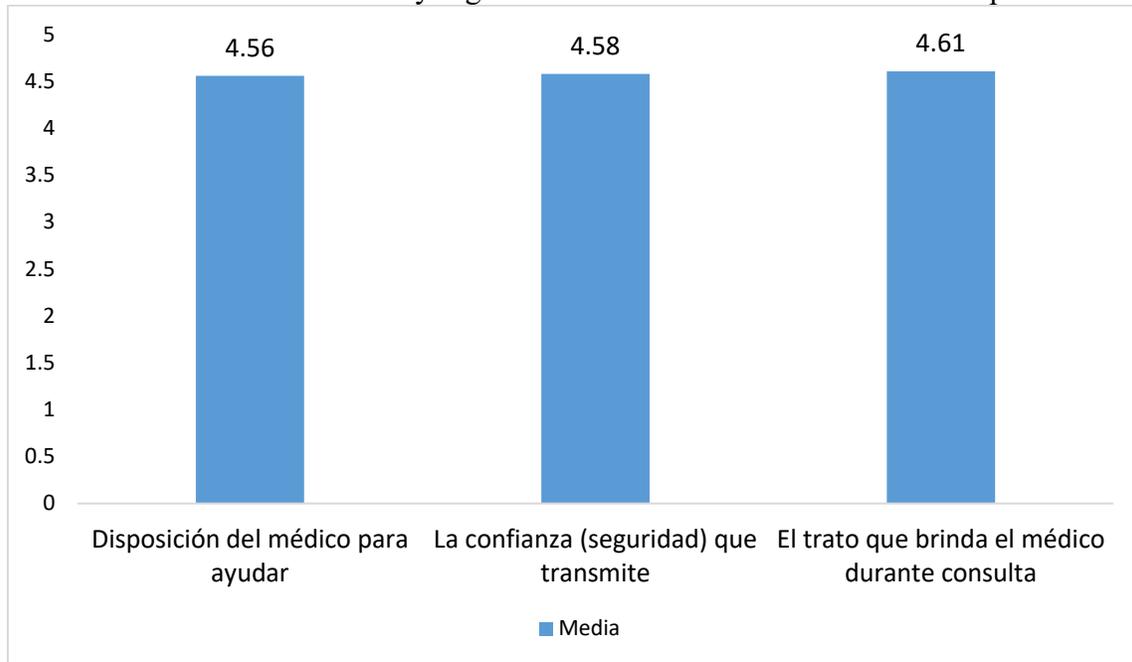
Gráfica 3. Variables con menor grado de satisfacción de la dimensión de proceso.



Fuente: Elaboración propia con base en datos de la encuesta.

En cuanto a los que obtuvieron un promedio mayor en contraste con los demás, se puede destacar que las acciones que el médico realiza durante la consulta son esenciales, ya que en este caso fueron las que puntuaron más alto. La disposición que muestra durante el proceso de atención médica tuvo una media de 4.56, mientras que la confianza y seguridad que se transmite fue de 4.58. Finalmente, el ítem en el que se tiene un mayor grado de satisfacción se relaciona con el trato que se provee en todo momento, ya que fue de 4.61. Las variables mostradas en la Gráfica 4 hacen alusión a las acciones que lleva a cabo el médico para tratar a sus respectivos pacientes, por lo que se muestra que se encuentran altamente satisfechos con el desempeño del mismo.

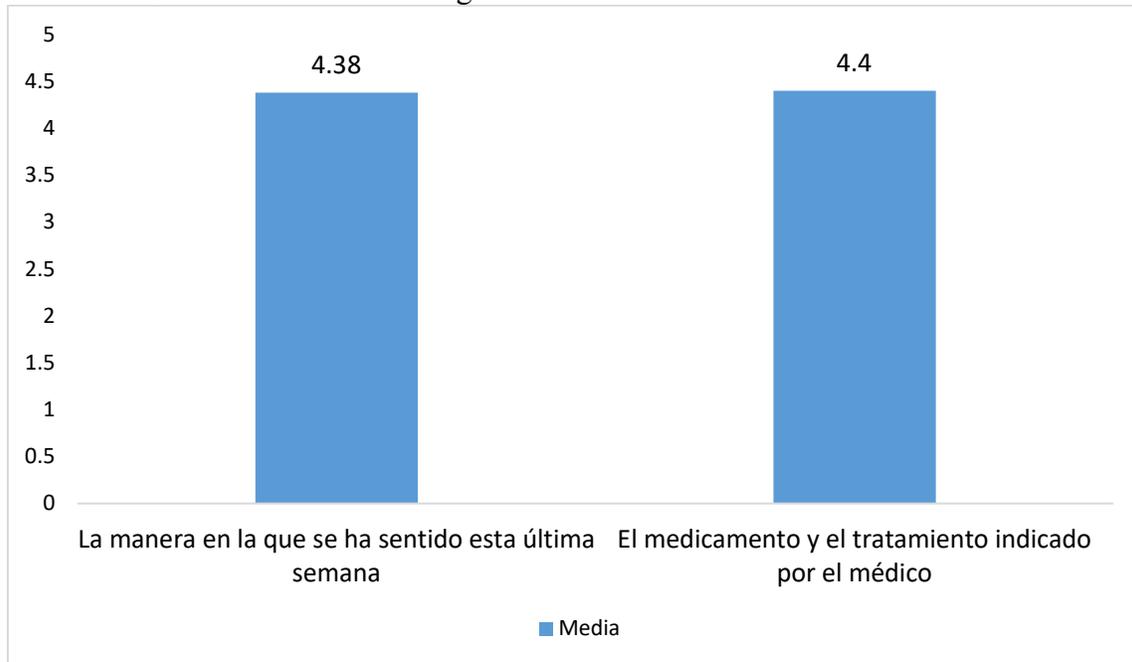
Gráfica 4. Variables con mayor grado de satisfacción de la dimensión de proceso.



Fuente: Elaboración propia con base en datos de la encuesta.

La dimensión de resultado se conforma de 4 ítems que abordan lo relacionado a cambios en la salud a partir del tratamiento indicado por el médico y la calidad de la atención que se ha recibido en el Seguro Popular. En la Gráfica 5 se pueden apreciar los ítems con menor promedio en comparación con los demás, los datos señalan que las y los usuarios menor satisfacción con los servicios recibidos en esta área. El primer ítem que habla sobre los cambios en la salud tiene una media de 4.38. De igual manera, el medicamento y el tratamiento indicado por el médico obtuvo un promedio de 4.40. Los reactivos previamente mencionados son los que obtuvieron una media menor en comparación a los demás. Lo anterior, se refiere a que las y los pacientes afiliados al Seguro Popular no notan considerables cambios en salud, lo que pudiera deberse a la falta de medicamentos que hay en el Seguro Popular.

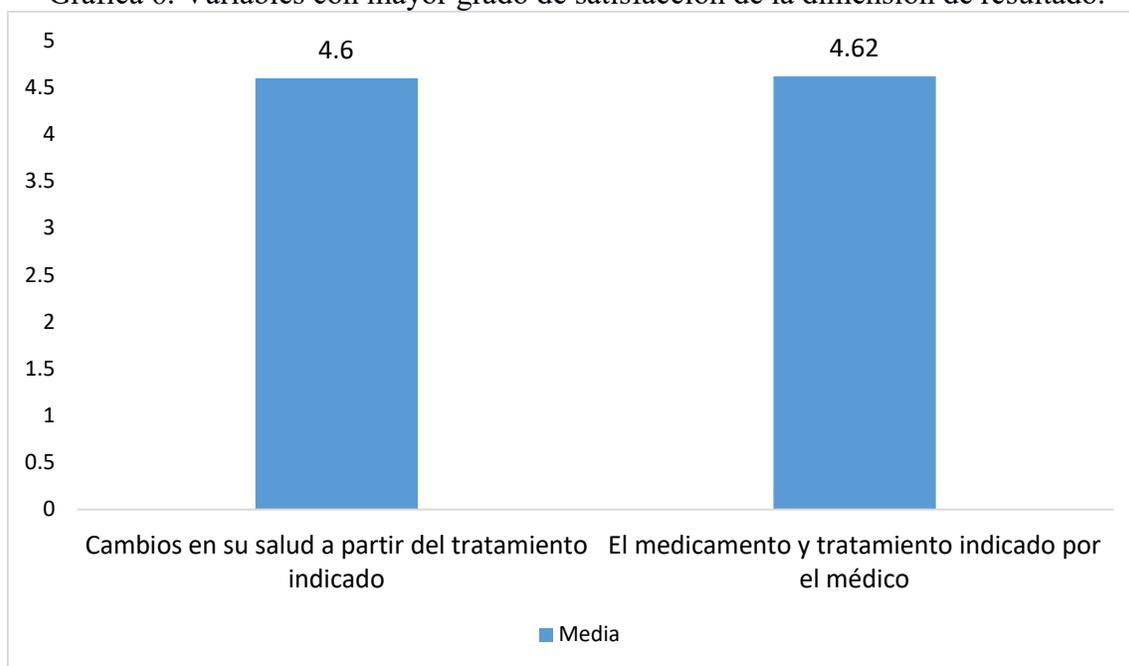
Gráfica 5. Variables con menor grado de satisfacción de la dimensión de resultado.



Fuente: Elaboración propia con base en datos de la encuesta.

Las y los adultos mayores con mayor satisfacción en la dimensión de resultado se relacionan con los cambios percibidos su salud a partir del tratamiento que se les ha recetado, debido a que la media de reactivo es de 4.6. Este valor se aproxima a la alternativa de respuesta más alta de la escala, la cual hace alusión al servicio que se provee adecuadamente. Por otra parte, las y los participantes calificaron el medicamento y el tratamiento que se les receta como óptimo, pues el promedio fue de 4.62. La dimensión de resultado contempla la evolución que ha tenido el usuario después de la atención médica que ha recibido.

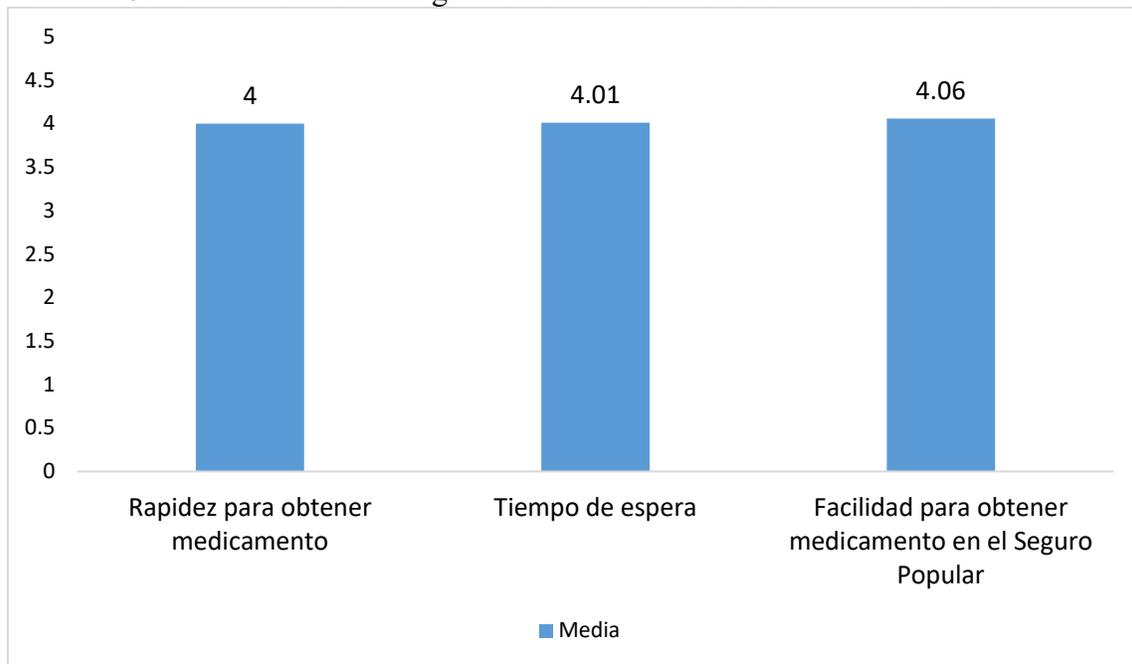
Gráfica 6. Variables con mayor grado de satisfacción de la dimensión de resultado.



Fuente: Elaboración propia con base en datos de la encuesta.

La dimensión de accesibilidad toma en cuenta aquellos aspectos como: tiempos de espera, facilidad para realizar trámites y facilidad para obtener medicamento. Respecto a la rapidez para obtener medicamento se calculó una media de 4.00, mientras que el tiempo de espera para a una ingresar a consulta fue de 4.01 y por último la facilidad para obtener medicamento en el Seguro Popular resultó en 4.06. Los ítems con menor puntaje (Gráfica 7) reflejan cuestiones que deberían mejorarse para proveer una mejor atención a las y los adultos mayores que se encuentran afiliados al Seguro Popular. Aunque se obtuvieron puntuaciones altas sobre el servicio recibido, las quejas las personas mayores reflejan que los tiempos de espera son prolongados y que en la mayoría de las ocasiones suelen aguardar más de lo esperado. Por otra parte, se comentó que existen dificultades para obtener medicamento, pues hay ocasiones en que el Seguro Popular no lo cubre o falta en la farmacia.

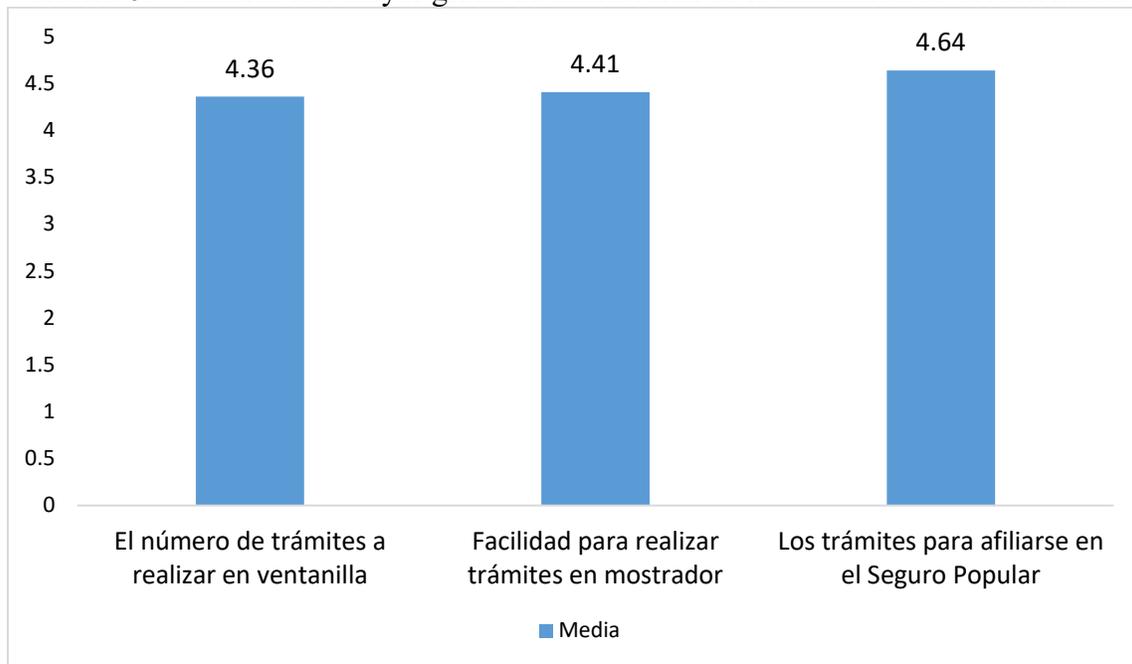
Gráfica 7. Variables con menor grado de satisfacción de la dimensión de accesibilidad.



Fuente: Elaboración propia con base en datos de la encuesta.

La dimensión de accesibilidad contempla la ausencia de dificultades u obstáculos que se presentan durante la estancia en la institución de salud. La satisfacción de las y los pacientes se relaciona con el servicio que se provee en la ventanilla, ya que el número de trámites a realizar es rápido (4.36). Además, que, se reportó facilidad durante la elaboración de papeleo (4.41) y finalmente se registró mayor satisfacción en el procedimiento para afiliarse al Seguro Popular (4.64). Lo anterior, indica que las y los adultos mayores muestran conformidad en los ítems previamente mencionados, ya que el promedio de cada reactivo se aproxima a 5, que es la opción más alta de respuesta.

Gráfica 8. Variables con mayor grado de satisfacción de la dimensión de accesibilidad.



Fuente: Elaboración propia con base en datos de la encuesta.

En el Cuadro 7 se muestran los valores obtenidos a través de la prueba U de Mann Whitney. Cabe mencionar, que fue utilizada para comparar las diferencias entre hombres y mujeres en cada dimensión. Los resultados arrojaron que el grado de satisfacción de ambos sexos son similares, por lo que no existe una disparidad significativa.

Cuadro 7. Diferencias por sexo entre cada dimensión.

<i>Dimensión</i>	<i>Femenino</i>	<i>Masculino</i>
Estructura	45.32	41.21
Proceso	43.82	42.36
Resultado	44.04	42.20
Accesibilidad	45.57	41.01

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos en la prueba U de Mann Whitney.
Nivel de significancia: 0.05

En el Cuadro 8 se puede observar que gran parte de las personas adultas mayores está satisfecha con el servicio que recibe por parte del Seguro Popular, ya que en su mayoría lo recomienda (90.6%). Por otra parte, algunos participantes refirieron que en ocasiones tienen dudas para sugerirlo a otras personas (5.9%), mientras que la minoría no lo hace (3.5%). Ante lo mencionado, es posible decir que gran parte de personas de edad avanzada que se atienden en el Seguro Popular tienen un alto grado de satisfacción y además perciben que sus expectativas han sido cubiertas completamente.

Cuadro 8. Porcentaje de adultos mayores que recomiendan el Seguro Popular.

Recomienda este hospital a otras personas	90.6%
Tiene dudas	5.9%
No lo recomienda	3.5%

Fuente: Elaboración propia con base en la información recolectada.

Las especialidades médicas que se demandan con mayor frecuencia por parte de las y los adultos mayores afiliados al Seguro Popular debido a los padecimientos crónico degenerativos se relacionan con urología (14.1%), ortopedia (8.2%), cardiología (15.4%) y oftalmología (9.5%).

Cuadro 9. Especialidades más consultadas por personas adultas mayores.

Urología	14.1%
Ortopedia	8.2%
Cardiología	15.4%
Oftalmología	9.5%

Fuente: Elaboración propia con base en la información recolectada.

5.2. Análisis Cualitativo

Se empleó una entrevista semiestructurada que constó de 11 preguntas cuyo fin era conocer la percepción del usuario en distintas áreas del Seguro Popular, entre ellas: el trato por parte del personal (administrativo y médico), estudios de laboratorio, experiencia con la entrega de medicamentos, tiempos de espera, instalaciones, cambios en salud a partir del medicamento recetado y expectativas sobre el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI). De acuerdo con Lucio-Villegas (2011), la entrevista semiestructurada tiene como objetivo recoger información precisa a partir de aspectos muy concretos en el que se le da oportunidad al participante de expresar ampliamente su punto de vista sobre un tema. Se plantean una serie de preguntas previamente que funcionan como guía para el investigador, mismas que se irán modificando o añadiendo otras durante el transcurso de la entrevista. Resulta común que este tipo de entrevista se emplee para delimitar ciertos aspectos, o bien para contrastarla con lo que ya se cuenta.

Se aplicaron cuatro entrevistas a 3 participantes del sexo femenino y 1 del sexo masculino. Las edades de las y los participantes fueron de: 66, 68, 69 y 79 con una media de 70.5. Previo a la entrevista se les explicó el objetivo del estudio y se les pidió autorización para participar en el mismo. Cabe mencionar que todas las entrevistas se llevaron a cabo en sus respectivos domicilios, las cuales tuvieron una duración de 60 a 90 minutos aproximadamente. Antes de comenzar a realizar las preguntas se les preguntó si aceptaban que fueran grabados a través de una aplicación de celular para así facilitar la transcripción y no perder algún detalle que resultara relevante al momento de clasificar la información. Una vez que se contó con su permiso se procedió a iniciar con las preguntas previamente planteadas. Sin embargo, durante la conversación surgieron otras que fueron consideradas esenciales para conocer más acerca de su experiencia y percepción como paciente.

En el Cuadro 10 se muestra la caracterización de las y los participantes que accedieron a participar en el proyecto de investigación. Cabe mencionar, que la diferencia más notable entre participantes se relaciona con el nivel de estudios. Pérez et al. (2017) señalan que la satisfacción del paciente se ve mediada por factores de la propia idiosincrasia del individuo, así como por particularidades del entorno social que lo rodea. En este caso, el nivel socioeconómico y el grado de estudios podrían

modificar la percepción y los criterios que utiliza el adulto mayor para evaluar un servicio.

Cuadro 10. Características demográficas de las y los participantes entrevistados.

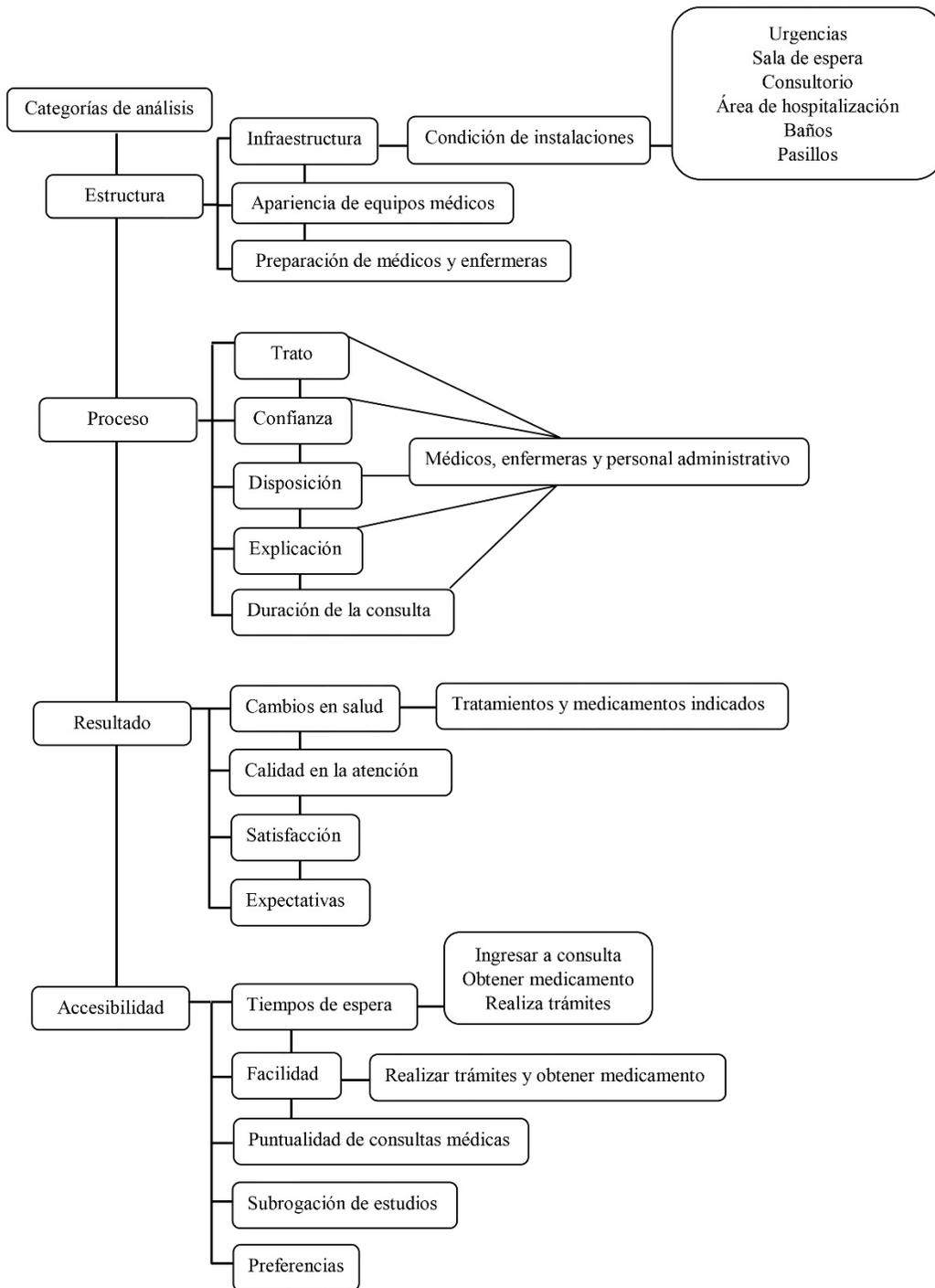
<i>Categoría</i>	<i>Participantes (fr)</i>
Estado civil:	
Casado(a) por el civil e iglesia	1
Soltero(a)	1
Viudo(a)	2
Grados de estudio:	
Estudios primarios	3
Estudios Posgrados	2
Ocupación:	
Pensionado(a)	1
Ayudante de limpieza	1
Hogar	1
No realiza actividad	1
Nivel Socioeconómico:	
Medio bajo	3
Bajo	1

N=4

Fuente: Elaboración propia.

Las categorías de análisis se elaboraron con base el guion de entrevista previamente elaborado y se clasificaron de acuerdo a las dimensiones del Modelo de Donabedian (Anexo 2). En el Esquema 5 se puede apreciar el listado de variables que se conformaron a partir de la información que se recolectó por parte de las y los informantes. Durante la conversación, expresaron abiertamente su opinión sobre el servicio que han recibido, además de hablar sobre las condiciones en que se encuentran las instalaciones de los centros que han visitado en diferentes ocasiones. Resulta importante mencionar que la estructura hace referencia a las condiciones de edificios, infraestructura y comodidades de la institución. Por otra parte, el proceso hace alusión a aquellas acciones que lleva a cabo el personal médico durante la consulta. En cuanto a resultado, se toman en cuenta la evolución de la salud del paciente a partir del tratamiento indicado y la percepción que tiene. Finalmente, la accesibilidad aborda las facilidades o dificultades que se tienen al momento de adquirir atención.

Esquema 5. Categorías de análisis estructuradas a partir de la información recolectada.



Fuente: Elaboración propia con base en datos de la entrevista.

5.2.1. Datos Recolectados en Entrevista

A continuación, se presentarán los discursos más representativos que se abordaron en cada categoría de análisis. Cabe mencionar que para identificar a cada uno se le asignó una clave distinta.

Problema compartido por personas entrevistadas. Las tres personas entrevistadas coincidieron en la falta de medicamentos para tratar sus padecimientos, aunque es un problema también reportado por una persona que ahora tiene ISSSTE.

F69F dijo *“En el Seguro Popular a veces en todo el año no había medicamento, tenía que andármelo sorteando y aquí en el ISSSTE hay veces que no hay medicamentos y dicen que vaya tal día por los medicamentos, va uno y no los hay. Hay veces que te dicen que todavía tienes medicamentos porque viniste tal día a consulta, entonces te dicen venga en unos diez días por los medicamentos, pero va a tener que sacar consulta para que le den la receta para que me surtan el medicamento porque ya esa receta ya no va a ser válida. Cuando volvía a surtir hay veces que no hay medicamentos, ahorita no hubo medicamentos, fui otro día y tampoco. Fui otro día, llegué tarde y ya no alcancé para medicamentos”*.

Calidad atención servicio médico. Tres usuarias refirieron que siempre han recibido un trato amable y buena atención por parte de los médicos, ya sea en los centros de salud asignados o en el Hospital de especialidad. Solamente una infórmate enfatizó que en general ha sido bien atendida, pero que ha observado que otras personas no reciben lo mismo.

M66F dijo *“Si hay uno que otro que te quiere hacer valer menos en el sentido que una vez uno me salió con “ahora voy con los baratitos” así de ese pelo y gente que todavía no es médico, o sea que está haciendo su residencia o prácticas. Claro que no me he dejado de nadie, pero algunos si se han portado así. La mayoría bien salvo ciertas excepciones, también con un ortopedista tuve problemas e iba y los reportaba a dirección para jalarle las orejas al que hiciera algo indebido”*.

Calidad atención enfermeras. En general, los entrevistados expresaron que las enfermeras han brindado un trato cordial, también una usuaria señaló que en ocasiones hasta bromea con el personal de enfermería.

M66F dijo *“Las enfermeras muy bien, se puede decir que mejor porque no tuve roce o problemas con algunas de ellas”*.

R79M dijo *“Se me hizo bien también porque será que me ha tocado saber que hay personas que no las atienden bien y que esto otro. A mí siempre me atendieron bien”*.

Calidad servicio de laboratorio. Los realizaron en dos instituciones. CAAPPS, institución de la que tres participantes opinaron favorablemente. Una entrevistada se realizó una radiografía en el hospital, pero calificó el servicio de manera negativa por el contacto excesivo que recibió por parte la persona que la atendió.

M66F dijo *“Se le notaba que era gay, o sea era mujer gay entonces era muy molesto para una mujer que otra te esté fisgoneando, más si estás en una batita. En general, el trato de esa persona pues ¿te imaginas? No checa, pero no me gustan las instalaciones que huelen a viejo”*.

F69F dijo *“Se me hicieron muy bien los equipos, de hecho, en imágenes por algo en el hospital ellos están ahí”*.

Calidad en el área de urgencias. De acuerdo con tres usuarios la asistencia médica fue oportuna y de calidad, mientras que una persona comentó que en su visita fue atendida por personas que no contaban con los conocimientos suficientes para realizar una intervención exitosa. En el caso de R79M se presenció un manejo inadecuado de equipo durante la operación. Sin embargo, opina que a pesar de lo que ocurrió el servicio es bueno.

M66F dijo *“Sí, la primera vez que me internaron ahí iba inconsciente, casi inconsciente. La cruz roja me puso el oxígeno volví en sí. Me tocó una doctora muy gacha en urgencias ahí se portó mal no supo para empezar. Me mandaba dos chamaquitas que tenían hasta miedo, una le gritaba a la otra para ayudarse. Hasta lastimaba te daban”*

R79M dijo *“Pues están bien, pero esperas. Cuando yo entré de nuevo que me llevaron muy malo de nuevo por la operación tiene que estar uno sentado esperando a que venga un doctor a revisarme la temperatura y me dijo que estaba con una contusión algo así no me acuerdo, pero estaba sentado esperando como dos horas diciendo hasta cuándo y si hasta que ya vino el doctor, pero realmente duré como unas tres horas. Duré como ocho días internado después de que me operaron. Cuando salí del hospital volví malo a los días”*.

Calidad del servicio para afiliación. Lo llevaron a cabo en CAAPS, de manera que tres de los participantes refirieron que es sumamente rápido y sencillo.

E68F dijo *“Pues está bien, pero como casi nunca yo ando sola me acompaña mi hija y es la que anda ahí arreglándome ahí rápido hicimos eso”*.

F69F dijo *“Me mandaron al CAAPS que era el materno y bien todo bien la atención”*.

R79M dijo *“Bueno es que el trámite pues muy sencillo porque luego, luego, se lo daban a uno. Bueno, para mí. No sé si otras personas habrán batallado o no, pero para mí todo fue muy fácil”*.

Calidad servicio administrativo. Las personas entrevistadas sugieren que es recomendable es que tengan mayor rapidez en sus servicios, puesto a que en ocasiones suelen trasladarse de un lugar hacia otro dentro de la misma institución. La atención en esta área es amable, pero en el caso de una usuaria mencionó que hay trato irrespetuoso y poco amable.

M66F dijo *“En general bien, en algunas ocasiones en trabajo social como hay muchas cosas que el mentado Seguro Popular no cubre, pues yo iba con la trabajadora social y a veces que se les notaba que no les caía muy bien que estuviera yendo. Uno nota como lo reciben sí se nota, pero fuera de ahí no recuerdo. Al principio del Seguro Popular una de las empleadas llegó a decirme que era un favor, o sea que era una ayuda y que tú lo pagas o lo paga el pueblo. El Seguro Popular, antes en el hospital o en salud se iba al fondo perdido, entonces no nos estaban haciendo un favorcito porque es dinero del pueblo. Ellos no nos están haciendo el favor”*.

F69F dijo *“Te mandan a ver “a dónde venden pan y queso” te dicen vaya allá a ventanilla tal o vaya a servicio social a que le autoricen. Yo digo uno todavía puede andar caminando, pero hay gente que todavía no puede que anda en silla de ruedas y la veo batallar. Luego tienes que hacer unos colones, los servicios médicos y luego hay que ir muy temprano porque son las colas largas. Para los análisis es igual”*

Condiciones de las instalaciones CAAPS. Los tres participantes coinciden en que se encuentran en buenas condiciones y que están limpias. Una informante opina que hay limpieza, pero opina que tiene un aspecto antiguo.

M66F dijo *“Pues en una ocasión o dos fui al materno se llama CAAPS, pero no me gusto. No me gustaron las instalaciones todo huele a viejo y la persona que me sacó una radiografía no me gustó”*.

Condiciones instalaciones del hospital.

1. Baños. Los cuatro participantes concordaron en que esta área del hospital carece de limpieza y que además no funcionan correctamente. Otro detalle destacable fue que carece de insumos básicos, como, papel y jabón.

F69F dijo *“Pues hay veces que están mal sucios o algo o hay veces que no funcionan bien. Hay veces que hay que estarle buscando cuál está mejor, si es que tienen papel y eso. Uno siempre lleva papel en las bolsas y otro te dice ¿ay tienes un pedacito de papel? Y pues ahí se le acaba a*

uno”.

R79M dijo *“En la cuestión del baño fue donde no me gustó, que un solo baño para tantos porque una peste horrible”*.

2. Área de hospitalización. F y R opinan que hay limpieza en la zona, mientras que R opina lo contrario. Asimismo, M y R coinciden en que hay poco espacio para moverse.

M66F dijo *“Los cuartos de hospitalización están muy llenos, incluso les falta limpieza. Agarré a las que lavan las sillas donde se sienta el paciente con una escoba. Las batas están esterilizadas, pero están muy cortitas”*.

F69F dijo *“El espacio me parece que es bueno y te acompaña un familiar. Te ponen como a cuatro personas en el cuarto y siempre está limpio”*.

R79M dijo *“Lo que pasa es que estaba bien, lo que no me gusta y nunca me gustó es el amontonamiento de tanta gente ahí adentro. Ahí la tenía cruzada a unos y otros no tenías ni campo para andar. Eso fue lo que nunca me gustó”*.

3. Urgencias. Los cuatro participantes opinan que las instalaciones están bien y hay limpieza.

A diferencia de los demás, una paciente opina que falta aseo.

M66F dijo *“Las instalaciones de emergencia están muy bien. Hace falta mucha limpieza y hace falta mucho personal de limpieza”*.

Subrogación de estudios. En el caso de tres participantes, reportaron que hay estudios que no cubre, ya sea por falta de equipo o recursos. Cabe mencionar, que un informante no presencié problemas con los estudios médicos, pues solamente se realizaba análisis clínicos en el CAAPS. Sin embargo, refirió que antes de su intervención quirúrgica se le pidió que comprara lo que le colocarían posteriormente.

M66F dijo *“El trato es muy bueno, siempre me hicieron estudios ahí. Había unos en los que ellos tenían que mandar la muestra afuera del hospital, entonces ellos me cobraban y pues mejor no me los hacía porque salían muy caros. Le decía al doctor que no me los hice. El ultrasonido no te lo cubre, yo me hice uno en diagnóstico por imagen que está enseguida del hospital en la parte de afuera. Ellos le trabajan al hospital, pero es particular y como uno está pagando el trato es bueno y las radiografías me las subrogan las de tórax que son las que yo pago y el trato ha sido muy bueno. Lo demás, las tomografías las he pagado y pues el trato ha sido muy bien”*.

F69F dijo *“Todo lo cubre el Seguro Popular. Cuando te mandan dos estudios, solamente uno te lo cubre el otro no. Me han mandado análisis y radiografía, entonces no te cubre la radiografía o*

te cubre una parte y tienes que entrar a servicio social para que te puedan dar un papel firmado para que te cobren menos, o sea la mitad”.

Tiempos de espera. Los participantes reportaron que los tiempos son prolongados para: ingresar consulta, recibir atención en urgencias, obtener medicamento en farmacia. En comparación con los Centros de Salud que tienen mayor rapidez.

E68F dijo *“Pues si espera uno, yo me voy a las diez de la mañana y vengo a las 2:30 o 3:00 de la tarde, pero es que hay muchísima gente, de fuera viene mucha gente y pues muchas veces le dan preferencia a los de fuera por eso. No esperas tanto, pero está bien”*

F69F dijo *“En el hospital siempre hay que esperar”*

Preferencias. Una entrevistada refirió que a los discapacitados los pasan más rápido para realizar trámites. Mientras que los demás mencionaron que suelen estar de pie por tiempos prolongados.

M66F dijo *“Era mucho y muy cansado yo por ejemplo por mi columna por ejemplo ahorita traigo sillita móvil entonces si me dan cierta preferencia”*

R79M dijo *“No, aquí es lo que necesitan porque ¿cuánta gente no va en silla de ruedas? o ¿cuántas señoras o señores mayores no pueden estar mucho esperando? Me tocaba esperar lo mismo que una persona joven. Aquí no hay atención como en el otro lado con la gente mayor. Aquí como dice el dicho “el que tiene más arriba traga más pinole”.*

Duración en consulta. Los cuatro participantes concordaron en que el tiempo que están dentro del consultorio es suficiente para resolver todas sus inquietudes.

E68F dijo *“Está bien pues lo necesario lo que el doctor tiene a uno preguntándole ¿cómo está? porque si atienden bien”.*

F69F dijo *“Pues hay veces que buena porque hay veces que los doctores tienen muchos pacientes, pero si buena como te digo en la Zapata a la hora que te dicen que es pues es a esa hora. En el hospital no porque es mucha gente y no te pasan a la hora que tú vas. Te dicen a las dos de la tarde todos y pues no pueden entrar a esa hora todos tienen que ser media hora cada paciente. Conmigo no se están tanto porque yo a lo que voy. Si me alcanza bien el tiempo de la consulta”*

Cambios en salud. Los cambios en dos participantes no han sido muy favorables, ya que aún con medicamento siguen sintiendo molestias, mientras que otra entrevistada opinó que si ha notado mejoría con los fármacos que le han recetado. Finalmente, un usuario sostuvo que al inició consumía medicamentos para reducir niveles de colesterol y triglicéridos, pero decidió abandonarlos porque no siente molestias.

E68F dijo” *Para la presión sí. El ojo yo sé que me dijeron que ya ni con operación ni con nada se me va a componer, pero él me dijo desde un principio porque una vez me operaron en particular entonces me dijo no le va a quedar bien, pero se le va a quitar el dolor que trae y sí muy bien he estado, pero con las puras gotas con el puro medicamento y sí ahí he estado no me ha dolido no me ha aumentado. Cada vez que voy el doctor me dice no le ha aumentado está bien porque es presión ocular la que se me subió en el ojo, entonces he estado bien. Me ha ido bien y me ha funcionado”.*

F69F dijo “*En otras ocasiones que me recetaron también sentí mejoría nada más es eso que la presión se me subía mucho, pero era por los medicamentos que me daban porque me daba muchos y eran demasiados medicamentos”.*

Expectativas INSABI. Las expectativas de los cuatro usuarios se relacionan directamente con que exista una mejor atención, mayor rapidez, organización, cobertura de estudios y abastecimiento de medicamentos.

E68F dijo” *Esperemos que sí, pues como le digo yo he estado agusto en el Seguro Popular, pero si mejora un poquito mejor para uno”. “Pues si en los medicamentos, que no batallemos porque a veces que se les acaba y a uno le quedan dos pastillitas y uno anda de “ay ya se me van a terminar””.*

R79M dijo” *Pues eso es lo bonito que mejore todo, pues en todo en todo. En limpieza, en los médicos que den buena atención para el paciente, por ejemplo, las empleados o empleadas que están ahí recibiendo a la gente que los reciben bien porque hay a muchos que no. A mí no me ha tocado que me reciban mal, pero me tocaba ver a otras personas que sí y a mí no”.*

En el Cuadro 11 se muestra la información recolectada a partir de la entrevista, su comparación y una columna al final bajo el nombre de resultados que incluye una breve conclusión sobre la similitud de los datos. Como se ha mencionado anteriormente, en la dimensión de estructura se contempló la calidad de equipos de laboratorio, condiciones de las instalaciones de CAAPS y de la institución en la que se llevó a cabo la recolección de datos. En general, las y los usuarios opinan que los servicios de laboratorio son buenos, pero que se podrían implementar mejoras en el desempeño y en la calidad de los equipos. Por otra parte, las y los informantes expresaron que las condiciones de CAAPS tienen buen aspecto, a excepción de una usuaria que mencionó lo contrario. Una queja por parte de las y los participantes de la institución en la que se atendían comentaron que la falta de aseo en los baños es un problema que observan cuando acuden a

atenderse. Asimismo, comentaron que generalmente no funcionan correctamente y faltan insumos que son indispensables para la higiene, como, por ejemplo: papel de baño y jabón. Finalmente, una participante manifestó que la preparación del personal que labora en urgencias carece de conocimientos para realizar una intervención quirúrgica, mientras que los demás refirieron que se les ha proporcionado atención eficaz y oportuna. Es importante resaltar que en la columna de comparación cuantitativa se seleccionó el porcentaje obtenido en la opción de respuesta más alta (mucho mejor de lo que esperaba), debido a que se encuentran la mayoría de los casos estudiados. Lo anterior, no significa que las y los adultos mayores se encuentren conformes con el servicio, ya que sus opiniones reflejan que hay carencia de limpieza y de materiales.

Cuadro 11. Comparación de datos cualitativos y cuantitativos de la dimensión de estructura.

Dimensión de estructura Indicadores	Participantes				Comparación cuantitativa	Resultados
	M	F	E	R		
Servicio de laboratorio	Se realizó una radiografía en Hospital general, pero calificó el servicio de manera negativa por el contacto excesivo que recibió por parte la persona que la atendió.	Los realizaron en dos instituciones. CAAPPS, institución de la que tres participantes opinaron favorablemente.			55.3% Opinan que los equipos para diagnósticos y tratamientos son mucho mejor de lo que esperaban.	Los equipos médicos podrían mejorar, así como su servicio.
Condiciones de instalaciones de CAAPS	Opina que hay limpieza, pero opina que tiene un aspecto antiguo.	Coinciden en que se encuentran en buenas condiciones y que están limpias			No aplica	
Condiciones de instalaciones de HG	Baños	Los cuatro participantes concordaron en que carecen de limpieza y que en ocasiones no funcionan correctamente.			57.6% Opinaron que las indicaciones y señalizaciones para orientarse era mucho mejor de lo que esperaban. 63.5% Están completamente de acuerdo con la apariencia del consultorio. 37.6% Refirieron estar de acuerdo con la condición de las instalaciones (baños y pasillos)	La mayor queja de las personas afiliadas tiene que ver con los baños de la institución. En cuanto al consultorio expresaron que está bien.
Área de hospitalización	Urgencias	F y R opinan que hay limpieza en la zona, mientras que M opina lo contrario. Asimismo, M y R coinciden en que hay poco espacio para moverse.				
Urgencias	Los cuatro participantes opinan que las instalaciones están bien y hay limpieza. A diferencia de los demás, M opina que falta aseo.					
Área de urgencias	En su visita fue atendida por personas que no contaban con los conocimientos suficientes para realizar una intervención	La asistencia médica fue oportuna y de calidad			No aplica	

Fuente: Elaborado con base los datos obtenidos en la aplicación escalas y entrevistas.

Las y los participantes consideran que el servicio que les proporciona el personal médico es bueno, debido a que el trato es amable, existe disposición para ayudar al usuario(a) y genera un ambiente de confianza en el consultorio. Además, que el médico dispone del tiempo adecuadamente que tiene para la consulta, debido a que consideraron que es suficiente para las indicaciones que otorga el médico. De igual manera, las enfermeras proveen atención apropiada y son cordiales con los pacientes que acuden a la institución, ya que encuestados(as) y entrevistados(as) coincidieron en lo mismo. Por otra parte, el servicio proporcionado por el área administrativa es considerado oportuno, ya que se recibe información adecuada. Sin embargo, es importante resaltar que se necesita que haya una mejor organización para que los trámites se realicen con mayor rapidez. En la columna de comparación cuantitativa se puede observar el porcentaje de las y los participantes que eligieron la opción de respuesta “mucho mejor de lo que esperaba”. A continuación, se presentará el contraste de datos cualitativos y cuantitativos que se recogieron durante el trabajo el campo (Cuadro 12).

Cuadro 12. Comparación de datos cualitativos y cuantitativos de la dimensión de proceso.

Dimensión de proceso Indicadores	Participantes				Comparación cuantitativa	Resultados
	M	F	E	R		
Servicio médico	Recibió buena atención, pero ha observado que otras personas reciben trato poco amable.	Opinan que hay amabilidad y buena atención por parte del personal médico.			69.4% Están conformes con la disposición del médico. 65.9% Opinan que les transmite confianza. 71.8% Reciben buen trato. 67.1% Reciben una adecuada explicación sobre su diagnóstico. 65.9% Están satisfechos con la información general.	En general, las y los adultos mayores se encuentran satisfechos con la atención médica que les brinda el personal médico.
Atención de enfermeras	Expresaron que el trato que reciben es amable en todo momento. M refirió que en ocasiones hasta bromea con el personal de enfermería.				67.1% Opinan que la atención de las enfermeras es mucho mejor de lo que esperaban	Consideran que es adecuado.
Servicio administrativo	Reportó un trato irrespetuoso por parte de algunas personas	Es recomendable es que tengan mayor rapidez en sus servicios, puesto a que realizan varios trámites en un solo día. La atención en esta área es amable.			61.2% Consideran que el trato es mucho mejor de lo que esperaban. 60% Tiene un mayor grado de acuerdo con la información que provee.	Generalmente se recibe buen trato e información oportuna.
Duración de consulta	Consideran que el tiempo dentro de consulta es suficiente.				55.3% Respondieron con la opción más alta de la escala “mucho mejor de lo que esperaban”	Consideran que el tiempo atención es eficaz.

Fuente: Elaborado con base los datos obtenidos en la aplicación escalas y entrevistas.

El Cuadro 13, muestra que las personas que aceptaron realizar la encuesta y proporcionar su testimonio durante la entrevista concordaron en que si han percibido cambios su salud a partir del tratamiento que los médicos les han recetado. Sin embargo, dos entrevistadas señalaron que no notaron una evolución favorable, en comparación a los demás. Por otra parte, un detalle importante a resaltar es que las y los adultos mayores opinan que el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) va a mejorar la cobertura del Seguro Popular y habrá mayor calidad en las medidas que se vayan a implementar. Asimismo, enfatizaron que esperan mayor abastecimiento de medicamentos para tratar sus padecimientos. Algunos usuarios(as) refirieron que se sentían protegidos con la atención proporcionada a través del Seguro Popular, por lo que se encontraban sumamente satisfechos. En general, se ha percibido una mejora en la salud y se espera que el Instituto de Salud para el Bienestar cubra en mayor medida las necesidades de las personas de edad avanzada. En la columna de comparación cuantitativa se muestran las y los sujetos que eligieron la opción más alta de respuesta (mucho mejor de lo que esperaba). Sin embargo, en el cuestionario no se incluyó un ítem relacionado con las expectativas del nuevo sistema de salud, por lo que se consideró lo que comentaron al final de su participación.

Cuadro 13. Comparación de datos cualitativos y cuantitativos de la dimensión de resultado.

Dimensión de resultado Indicadores	Participantes				Comparación cuantitativa	Resultados
	M	F	E	R		
Cambios en salud	Los cambios en no han sido muy favorables, ya que aún con medicamento siguen sintiendo molestias		Si ha notado mejoría con los fármacos que se le han recetado	Sostuvo que al inicio consumía medicamentos para reducir niveles de colesterol y triglicéridos, pero decidió abandonarlos porque no siente molestias.	67.1% Reportaron estar completamente conformes con los cambios que han notado en su salud.	La gran mayoría ha percibido mejoras en su salud.
Expectativas INSABI	Sus expectativas se relacionan directamente con que exista una mejor atención, mayor rapidez, organización, cobertura de estudios y abastecimiento de medicamentos.				En la encuesta comentaron que sería bueno dejarlo, debido a que ha ayudado a muchas personas.	Existen opiniones positivas sobre el INSABI y el Seguro Popular.

Fuente: Elaborado con base los datos obtenidos en la aplicación escalas y entrevistas.

En el Cuadro 14, las y los pacientes sostuvieron que frecuentemente los tiempos de espera para ingresar a consulta son prolongados, pues suelen esperar en el área externa de la institución en que se atienden. Sin embargo, solamente dos personas señalaron que se les otorga preferencia a aquellos(as) que presentan algún tipo de discapacidad. En cuanto al trámite de afiliación se destacó que hay rapidez y los requisitos que piden son mínimos, por lo que suelen finalizarlos el mismo día. Por el contrario, las y los usuarios no están satisfechos con la cobertura de estudios médicos y la subrogación de estudios, ya que generalmente los adquieren por su cuenta con un costo elevado. Asimismo, expresaron que el Seguro Popular no incluye suficientes tratamientos ni análisis clínicos en su catálogo de servicios. Por otro lado, un problema común fue la falta de medicamentos, ya que generalmente no los encuentran con facilidad. Los porcentajes que aparecen en la columna de “comparación cuantitativa” corresponden a usuarios(as) que eligieron una opción alta de respuesta, pero sus comentarios van encaminados a un servicio deficiente.

Cuadro 14. Comparación de datos cualitativos y cuantitativos de la dimensión de accesibilidad.

Dimensión de accesibilidad Indicadores	Participantes				Comparación cuantitativa	Resultados
	M	F	E	R		
Tiempos de espera	Reportaron que los tiempos son prolongados para: ingresar consulta, recibir atención en urgencias, obtener medicamento en farmacia. En comparación con los Centros de Salud que tienen mayor rapidez.				44.7% de los encuestados opinan que es mucho mejor de lo que esperaban.	Tiempos de espera prolongados
Medicamentos	Todas las personas reportaron falta de medicamentos para tratar sus padecimientos, aunque es un problema también reportado por una persona que ahora tiene ISSSTE.				48.2% Piensa que hay rapidez para obtener medicamentos. 48.2% Respondieron estar conformes con la facilidad para obtenerlo.	Se reporta falta de medicamentos en la farmacia. Asimismo, falta cobertura en fármacos.
Servicio para afiliación	Lo llevaron a cabo en CAAPS, de manera que tres de los participantes (F, E y R) refirieron que es sumamente rápido y sencillo.				69.4% Se encuentran completamente satisfechos.	La opinión demuestra que hay rapidez en el trámite de afiliación.
Subrogación de estudios	Reportaron que hay estudios que no cubre, ya sea por falta de equipo o recursos.			No presenció problemas con los estudios médicos, pues se realizaba análisis clínicos en el CAAPS. Sin embargo, refirió que antes de su intervención quirúrgica se le pidió que comprara lo que le colocarían posteriormente	Durante la encuesta las y los participantes comentaron que les gustaría que el Seguro Popular tuviera mayor cobertura de estudios.	La gran mayoría de las personas opinan que falta cobertura y equipos.
Preferencias	Refirió que a los discapacitados los pasan más rápido para realizar trámites	Mencionaron que suelen estar de pie por tiempos prolongados.			Las y los adultos mayores encuestados refirieron que el tiempo de espera es prolongado	Generalmente suelen estar de pie

Fuente: Elaborado con base los datos obtenidos en la aplicación escalas y entrevistas.

6. DISCUSIÓN

Los estudios sobre calidad de la atención proveen múltiples ventajas que a través de los años se hacen más visibles, ya que permiten que el sistema de salud implemente mejoras y esté al tanto sobre los servicios que ofrecen. Además, que conocer la percepción de las personas adultas mayores es un dato relevante, puesto a que generalmente son las personas que enfrentan más dificultades para ser atendidos en instituciones médicas. En esta sección se analizarán los resultados obtenidos a fin de interpretarlos compararlos con lo que otros autores han encontrado en el mismo ámbito.

Como se ha mencionado en apartados anteriores, la dimensión de estructura se conforma de elementos que forman parte de la estructura arquitectónica, como, por ejemplo, baños, pasillos, infraestructura y condición de los mismos. De igual manera, se analiza la capacitación que tiene el personal de salud y administrativo para realizar su trabajo correctamente. En los resultados obtenidos a través de las encuestas demuestran que la dimensión de estructura es la que menor puntaje de satisfacción tiene, ya que las y los adultos mayores con frecuencia señalaron menor satisfacción en la cantidad de asientos en la sala de espera, la comodidad y el estado de instalaciones de la institución (baños y pasillos). Los ítems previamente mencionados fueron las principales quejas por parte de las y los participantes, pues reportaron que generalmente la sala de espera se encuentra con una cantidad excesiva de personas, lo que ocasiona que se tenga que esperar la hora de la consulta en la parte externa del hospital. Durante la aplicación de las encuestas se comentó que en ocasiones entran personas que no se van a consultar a la sala de espera. Los datos cualitativos y cuantitativos demostraron resultados similares, pues refirieron que en ocasiones suelen encontrar pordioseros utilizándolos. No obstante, también se expresó que es necesario implementar medidas de higiene en el hospital. En este sentido, Ortiz et al. (2000) llegan a la conclusión en un estudio realizado para evaluar la calidad en un hospital público de Hidalgo, pues las y los encuestados manifestaron que los baños se encuentran en condiciones deplorables y falta aseo.

De igual manera sucede con el clima, ya que al adquirir mayor edad hay más sensibilidad ante temperaturas elevadas, ya sea de calor o frío. Estos resultados coinciden con los de Cano et al. (2016) quienes, en la ciudad de Medellín, Colombia estudiaron la calidad de atención en mayores

de 18 años a través de 10 entrevistas cualitativas. Los entrevistados expresaron que hay pocas sillas en la sala de espera, hay baños insuficientes, espacios estrechos y falta de aseo en general. Al tratarse de una institución de salud se debería contar con los lineamientos para mantener todas las instalaciones del edificio en buenas condiciones, esto quiere decir, desde la limpieza hasta el estado en que se encuentra. La comparación entre los resultados de Cano et al. (2016), Ortiz et al. (2000) y el presente estudio demuestran que las deficiencias en el sistema de salud son evidentes, pues independientemente de la población se puede observar que las quejas pertenecen a la dimensión de estructura del modelo de Donabedian (1980).

Sin embargo, la Norma Oficial Mexicana NOM-197-SSA1-2000 establece los requisitos básicos de infraestructura y equipamientos que deben tener los hospitales generales y consultorios de atención especializada. En este sentido, se destaca la importancia de la limpieza en todas las áreas del hospital, pues se necesitan altos niveles de esterilización para evitar problemas de salud o contagios en los pacientes que recién ingresen (FENACQC, 2000). En contraste con lo mencionado, la limpieza es uno de los detalles con mayor deficiencia en la institución que prestaba el servicio, pues las y los participantes encuestados lo mencionaron en algunas ocasiones al finalizar la prueba.

Se detectó que la sala de espera del Seguro Popular carecía elementos que hicieran más amena su estancia y de asientos suficientes para las personas que aguardaban su turno. Además, que una queja expresada con frecuencia por las y los usuarios fue la ausencia de comodidad en esta área. Estas experiencias confortables son definidas por Donabedian (1980) como amenidades, las cuales forman parte del entorno del usuario para proveer una experiencia más placentera. Pareciera que los elementos que forman parte del ambiente no afectan en la calidad de la atención, pero desde el momento en que una persona ingresa al hospital comienza el proceso de evaluación que finaliza en el momento en el que es dado de alta por el médico general o especialista que le proporciona atención. Es por ello, se deben cuidar todos aquellos factores por más mínimo que parezca, ya que cada sujeto le otorga un significado distinto, que va de acuerdo a su historia o experiencias vividas a través de los años. En cuanto a la sala de espera, Ortega et al. (2018) sostienen que debe rodearse de distracciones positivas e informativas, ya que se trata de enfocar la atención del paciente en un ambiente que le resulte agradable para disipar un poco el estrés. Así, estos autores mencionan que el objetivo es proveer escenarios que apoyen al desarrollo de estrategias adaptativas del estrés que se traduzcan en beneficios en su salud. Lo anterior, también ayudará reducir la tensión en el

cuidador primario que generalmente acompaña al adulto mayor a consultas médicas.

Según Donabedian (1980), el proceso se compone de todas aquellas acciones de las y los trabajadores que laboran en la institución. En esta dimensión, los reactivos con menor grado de satisfacción son: duración de la consulta, trato por parte del personal administrativo e información que proporcionan estos mismos empleados. En contraste con lo mencionado, las personas que participaron en el presente trabajo expresaron que los médicos y las enfermeras cuentan con los conocimientos suficientes para atender sus demandas, por lo que reflejaban un alto grado de satisfacción respecto a la calidad del servicio recibida. De acuerdo a Barragán et al. (2011) un aspecto relevante para que exista calidad tiene que ver con la amabilidad y la preparación de los trabajadores.

En el caso de las y los encuestados, calificaron positivamente las siguientes acciones que se toman durante consulta: la disposición que el médico muestra, el trato que les brinda, la confianza que reciben y la información general para explicarles sobre su padecimiento. En comparación con las y los entrevistados, tres personas indicaron que siempre se les recibió con un buen trato y que suelen ser amables. Mientras que, una informante comentó que ha tenido problemas con algunos médicos, pero que actualmente se atiende con uno que le brinda excelente atención. Según Acuña et al. (2012) las atenciones del médico durante la consulta están relacionadas directamente con el grado de satisfacción del paciente, ya que tienden a contribuir en mejorar su estado de salud. Lo mismo sucede con la claridad de las explicaciones, pues aumentan el nivel de confianza.

En este trabajo, se encontró que las y los adultos mayores consideraron que el tiempo dentro del consultorio es suficiente, pues a pesar de ser breve se abordan todos los aspectos de interés y además se le da seguimiento al tratamiento que se ha recetado. De igual manera, el médico se comporta de manera amable y también se sienten cómodos para realizar cualquier duda sobre las indicaciones a seguir. Mismos resultados descubrió Ramos (2008), quien desarrolló un estudio para conocer la percepción de relación entre médico y paciente, en el que se encontró que 92.3% eran adecuadas. Asimismo, sostuvo que a mejor percepción hay un mayor grado de satisfacción, el cual incita a los y las pacientes a referir comentarios positivos a familiares o conocidos sobre la persona que les atendió. En relación con lo mencionado, Arroyo y Vázquez (2016) resaltan que las y los adultos mayores tratan de justificar con frecuencia el servicio deficiente que reciben, pues a pesar de saber que no es el apropiado buscan razones para enmendar el trato que han recibido. De tal manera, que pudiera deberse a que escuchan conversaciones de trabajadores y tratan de

entender las dificultades que presencian los médicos para brindarles tiempo suficiente en consulta, situación que se presenta muy a menudo en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Lo mismo se observó al momento de aplicar la encuesta a las y los participantes, ya que al momento de seleccionar una respuesta daban razones para disculpar el tiempo de espera. Por lo general, decían que “es mucho el tiempo de espera, pero hay mucha gente en el Seguro Popular y hay que entender que se saturan atendiendo a todos”. Además, el Seguro Popular ha beneficiado a muchísima gente y estoy agradecido con lo que he recibido”. De igual modo se observó con las personas entrevistadas, ya que generalmente expresaban su opinión positiva en diferentes áreas del cuestionario, pero coincidieron en que los tiempos de espera son prolongados para ingresar a consulta, obtener medicamento y recibir atención en urgencias.

En comparación, comentaron el personal administrativo les ha brindado muy buena atención, rapidez en servicios y ha sido amable. Solamente una persona comentó que recibió un trato irrespetuoso por parte del personal de ventanilla y que además los hacen trasladarse de un lugar hacia otro para cualquier trámite. Ante lo mencionado, Arroyo y Vázquez (2016) señalan que las personas de la tercera edad frecuentemente tienen la creencia de que la suerte les permite tener una mejor atención, en otras palabras, opinan que no cuentan con leyes que los respalden para recibir una atención oportuna, pues pareciera que no cuentan con derechos. De igual manera, estas autoras enfatizan que las personas de edad avanzada tienen como prioridad resolver su problemática en vez de recibir un trato adecuado, es decir, aunque no se reciba un trato amable se reconoce que hubo una buena práctica médica.

A nivel nacional, el Gobierno de la República Mexicana (2019) ha enfatizado que se garanticen los derechos de las personas adultas mayores, pues en el ámbito de la salud se deberá disponer de los equipos e insumos necesarios para otorgarles los cuidados necesarios, Asimismo se ha planteado generar mayor cobertura a través del nuevo sistema llamado Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI). En el Plan de Desarrollo Nacional 2019-2024 se ha hablado sobre la importancia que tienen las personas de edad avanzada de conocer ampliamente sus derechos. En contraste con lo señalado, en los planes de desarrollo nacional, estatal y nacional no se especifica la manera en la que personas adultas mayores podrán enterarse de sus derechos y mucho menos se detalla cómo. Lo anterior, ocasiona lo mismo que refieren Arroyo y Vázquez (2016), pues se tiene la creencia que son atendidos por suerte o por amabilidad de algún médico. Es imprescindible que las personas adultas mayores se percaten que se han elaborado programas, leyes y normas que han

sido dirigidos hacia ellos, pues no contar con la información podría posicionarlos en riesgo.

Asimismo, Bronfman et al. (2003) realizaron un estudio en el que se concluyó que las usuarias que carecen de recursos económicos y pertenecen a una clase social baja tienden a recibir un peor trato en comparación a las demás. Otro dato importante corresponde a que se encontró que la satisfacción está estrechamente ligada al trato recibido durante consulta y el tiempo de espera. Sin embargo, aunque las y los participantes del presente trabajo no se encuentren satisfechos con los tiempos de espera, debido a que expresaron en múltiples ocasiones que pasan horas para poder ingresar a consulta. Suelen justificar la atención que reciben por la carencia de capital económico, así como lo refieren las autoras Arroyo y Vázquez (2016).

Respecto a la dimensión de resultado, los ítems con menor grado de satisfacción fueron: la manera en la que se ha sentido esta última semana y el medicamento y tratamiento indicado por el médico. Esto quiere decir, que las personas adultas mayores no se encuentran satisfechas con estos cambios que han presenciado recientemente después de ser atendidos por un especialista. En cuanto a las y los adultos mayores que se entrevistaron, solo uno de los participantes refirió haber tenido mejoras con los medicamentos, el resto comentó que las molestias persistían a pesar de estar tomando lo que les recetó el médico o que dejaron de consumir fármacos debido a que no percibía incomodidades. Las y los participantes encuestados y entrevistados coinciden en estar en insatisfechos con los cambios en la salud y el tratamiento recetado. En el caso de las y los participantes encuestados, los ítems en que hubo mayor grado de satisfacción se relacionan con los cambios en la salud después de recibir tratamiento y con la calidad del servicio percibida en la institución.

Donabedian (1980) señala que la satisfacción es uno de los elementos que el paciente entiende como la aprobación final de la calidad de la atención y además se refleja la habilidad del personal de salud para efectuar exitosamente las necesidades de cada paciente. Lo anterior, indica que un cliente que esté complacido con el servicio tiene más probabilidad de utilizarlos de manera constante, pues se comienzan a formar lazos entre el personal y la persona adulta mayor. Para Massip et al. (2008), un detalle que es conveniente señalar se relaciona con el grado de satisfacción del usuario, ya que dependerá en gran medida del cumplimiento del tratamiento que se le ha indicado y de las conductas preventivas que se hayan tomado. Para esto, surge la importancia de tener en cuenta el concepto de satisfacción del paciente y la satisfacción específica. La primera, se define como el grado de satisfacción que se tiene sobre un servicio, mientras que la segunda es la

utilización un servicio específico o de aspectos concretos.

Forguione (2015) concuerda que desde el primer contacto entre médico y paciente se mantiene una alta motivación a lo largo del tratamiento, lo cual se refleja en una buena adherencia a lo que se ha recetado. Es importante destacar, que es necesaria la colaboración de estos dos actores para que haya buen entendimiento y para que la relación funcione correctamente. El médico es el encargado de informar a través del conocimiento teórico y práctico, mientras que el paciente los pondrá en práctica para mejorar su condición. La comunicación efectiva entre ambos actores ofrece distintas ventajas, como: las y los usuarios estarán completamente informados sobre su estado de salud, se tiene un mayor compromiso con el tratamiento, confían más en la persona que los atiende, se adaptan fácilmente y se encuentran más satisfechos. Lo anterior, permitirá que puedan tener una pronta recuperación y que perciban una mejor evolución respecto a su padecimiento. Al tener una percepción positiva es menos probable que existan acusaciones por malas prácticas, por lo que el sistema de salud también suele verse beneficiado al reducir las estancias hospitalarias de cada persona que se verán reflejadas más adelante en la disponibilidad de camas o equipo.

Otro ítem con un alto grado de satisfacción fue la duración de la consulta, pues las y los encuestados lo calificaron como mucho mejor de lo que esperaban, mientras que las y los entrevistados detallaron que les era suficiente para resolver sus inquietudes. A diferencia de Ramírez et al. (1998) que encontraron que los motivos para percibir negativamente un servicio se asocian con los tiempos de espera y la brevedad de las consultas. De tal manera, que concluyen que los usuarios consideran que las instituciones de salud privadas demandan una gran cantidad de recursos económicos, pero suministran excelentes cuidados. En comparación con los servicios públicos que ofrecen un mal servicio a un bajo costo.

Cabe mencionar, que, en los resultados de las investigaciones realizadas en el Instituto Mexicano del Seguro Social se llegó a la conclusión que la falta de medicamentos es un problema inminente en las instituciones de salud pública, lo que podía ser una de las razones por las que existe insatisfacción en los cambios en salud percibidos por los pacientes. La ausencia de fármacos puede ser un factor para que no se siga al pie de la letra las indicaciones para tratar el padecimiento. Las personas adultas mayores que están afiliadas al Seguro Popular no cuentan con recursos suficientes para comprar lo que se les solicita el médico, o los insumos para poder realizarse una cirugía. Es por ello, que lo señalado podría ser un motivo para dejar de tratarse o no ingerir las medicinas,

debido a esto la evolución del padecimiento no es notoria. Lo mismo sucede con la insatisfacción en el ítem respecto al tratamiento indicado por el profesional de salud, pues como refirió anteriormente, el pertenecer a una clase social baja y la carencia de recursos van a obstaculizar que se adquieran los medicamentos y por ende se noten cambios en la salud de las personas adultas mayores (Campos et al. (2006); Guzmán et al. (2004).

De acuerdo con la dimensión de accesibilidad los reactivos con menor grado de satisfacción que seleccionaron las y los participantes que respondieron la encuesta se relacionan con el tiempo de espera, la rapidez para obtener medicamento y la facilidad para obtener medicamento en el Seguro Popular. En cuanto a las y los cuatro entrevistados manifestaron que los tiempos de espera en el hospital son largos en comparación a los centros de salud. En el caso de los medicamentos fue un problema común, ya que las y los entrevistados comentaron que no hay fármacos disponibles en todo el año. De igual manera, Ramírez et al. (1998) encontró en servicios que los servicios ambulatorios de salud en México para personas adultas mayores de 65 en adelante que los tiempos de espera son tardados y no había de medicamentos. Estos autores refieren que se debe a la carga acumulada de trabajo que tiene cada empleado, la insuficiencia de trabajadores, la deficiencia de organización a nivel interno y la asistencia de personal. Lo anterior, dificulta en gran medida la distribución de tareas, ya que las y los trabajadores se saturan de actividades. Además, que en las instituciones de salud pública hay una gran cantidad de afiliaciones en comparación a las personas que acuden a atenderse a un hospital privado.

Arroyo y Vázquez (2016) destacan que existen diversas investigaciones sobre el Seguro Popular e IMSS en los que se encuentran similitudes sobre las deficiencias que existen para atender a las personas adultas mayores, pues el decremento de la funcionalidad les impide estar de pie por prolongados periodos de tiempo para ingresar a consulta, lo mismo sucede para trasladarse de un punto hacia otro dentro de la institución de salud, o bien regresar para finalizar un trámite. Sin embargo, las y los entrevistados coincidieron en que los trámites de afiliación al Seguro Popular suelen concluir rápidamente.

Aunque el Plan de Desarrollo Nacional actual mencione que se garantizará una mayor cobertura y abastecimiento de medicamentos para tratar las necesidades de la población, sobre todo de aquellos grupos que son más vulnerables, resulta ser una situación que se ha observado en sexenios anteriores (Gobierno de la República, 2019). El deterioro en los sistemas de salud es preocupante para la generación de adultos mayores, ya que su número ha incrementado considerablemente

desde la década de los setenta. Sin embargo, el enfrentamiento ante crisis de pandemia provoca que las y los adultos mayores sean considerados un blanco fácil, por lo que si sería conveniente que se introdujeran medidas efectivas para los próximos años.

Es poco factible hablar de facilidad de medicamentos cuando las y los participantes del presente estudio refirieron en repetidas ocasiones que a lo largo de un año no se encuentran disponibles. Como se ha comentado anteriormente, las y los adultos mayores refirieron que los tiempos de espera son excesivos en distintas áreas de la institución en que se atienden, como, por ejemplo: trámites administrativos, farmacia y área de urgencias. En las distintas dimensiones del cuestionario las y los participantes encuestados inclinaron la mayoría de sus respuestas en un rango positivo, se observó que al hacer lo contrario con frecuencia comenzaban a justificar que no eran atendidos adecuadamente debido a la cantidad de personas que estaban afiliadas, lo que provocó que agradecieran el servicio recibido a pesar de las condiciones que se presentaban.

Cabe destacar, que se observó exactamente lo mismo en las y los entrevistados, a excepción de una participante que debido a su condición de salud y su alto grado de estudios permitió que analizará con mayor profundidad calidad deficiente de servicio que brinda el Seguro Popular. Según Arroyo y Vázquez (2016) los estudios en que se les da voz a las y los actores para conocer su punto de vista son escasos. La percepción que tienen las y los adultos mayores está sujeta al trato que reciben por parte de los empleados y la medida en la medida que reciben fármacos controlados. La ausencia de medicinas ocasiona que las personas comiencen a resentir las consecuencias de su padecimiento, ya sea, malestar y dolor. Esto genera que se vea deteriorada la vida de las personas adultas mayores, por lo que también es una situación que se refleja en las relaciones con sus pares.

Román et al. (2005) llegaron a la misma conclusión que otros investigadores sobre la percepción de la calidad del servicio, ya que la escala que aplicaron a personas mayores de 60 años arrojó que se encuentran satisfechos con el servicio de salud que reciben a través de instituciones de salud pública, lo que significa que probablemente se encuentre mediada por factores culturales y por la actitud que tienen sus pares hacia su condición. Lo anterior, quiere decir que la valoración que tiene un adulto mayor sobre los cambios graduales en su organismo, van a repercutir directamente en su autoestima. Esto influirá directamente en la manera en que se percibe un servicio, pues, aunque no exista una relación directa con la calidad, las y los adultos mayores tienden a estar más satisfechos con los servicios en comparación con las personas más jóvenes. En resumen, el bagaje

cultural de cada individuo repercutirá de manera positiva o negativa respecto a la atención que se reciba, pues las vivencias a través de los años y las creencias transmitidas por otros(as) juegan un papel crucial en la percepción de cualquier ser humano.

Finalmente, es importante explicar la relación que tiene este estudio con el desarrollo regional, para ello es necesario definir el concepto. Según Boisier (2000), es un proceso que debe ser considerado como un cambio estructural del mismo territorio, cuyo objetivo es la supresión de obstáculos que dificultan la participación de las personas, como es el caso de las y los adultos mayores. En este sentido, el autor menciona el término de sociedad civil regional, el cual se refiere a la distribución equitativa de responsabilidades durante el proceso, debido a que se considere la opinión de las personas mayores para que de esta manera sean capaces de participar activamente. Cabe destacar, que intervención de la sociedad es una pieza clave para que exista democracia. En este sentido, el privilegio que se le otorga a un individuo para hacer valer sus derechos es lo que define el desarrollo local de una región. En el caso de los adultos mayores, este estudio ha demostrado que es conveniente involucrarlos a lo largo del proceso de atención médica para incrementar los estándares de calidad en sus respectivas dimensiones.

7. CONCLUSIÓN

A continuación, se presentará una recapitulación de los puntos más relevantes de esta investigación y se enfatizará la importancia del estudio de esta población para el Desarrollo Regional.

1. Los servicios que las personas participantes en este estudio solicitaron con mayor frecuencia fueron: cardiología, oftalmología, ortopedia y urología. Lo mencionado, se relaciona estrechamente con el deterioro de los adultos mayores, pues generalmente tienden a visitar ese tipo de especialistas por la presencia de enfermedades crónico degenerativas.
2. La carencia de recursos fue algo en lo que se coincidió por parte de los encuestados y los entrevistados. De igual manera, refirieron las dificultades que enfrentan para conseguirlos, aunque en ocasiones los obtenían por medio de conocidos.
3. Independientemente de las condiciones del trato o del desabasto, la calidad de la atención percibida para las personas adultas mayores es excelente, en comparación a una persona joven que evaluaría el sistema como deficiente.
4. En general las y los adultos mayores suelen estar satisfechos con el servicio recibido por parte del personal médico y administrativo del Seguro Popular. Durante la aplicación del cuestionario, las y los adultos mayores se mostraban muy animados al participar, pues después de responder un reactivo referían que el Seguro Popular les había ayudado bastante y que estaban muy agradecidos con todo.
5. En cuanto a las personas entrevistadas, se recolectó información similar a las encuestas a excepción de una informante que tenía problemas graves de salud y además tuvo algunas diferencias con el personal que la atendió. A partir de lo anterior, resulta conveniente enfatizar las carencias que enfrentan este grupo, además de las medidas que sean más viables para mejorar la calidad de la atención en Sonora, ya que es un estado con un alto índice de padecimientos crónico degenerativos.
6. Las personas participantes tanto en el cuestionario como en la entrevista, reportaron la falta de medicamento para tratar sus padecimientos y así disminuir las molestias. A lo anterior, se añade la dificultad para realizarse estudios que les solicita el médico, debido a

que la institución no ofrece cobertura total en sus servicios.

7. Las instituciones de salud que atienden mediante el Seguro Popular no demuestran preferencias para las personas adultas mayores que acuden a atenderse, ya que solamente se les brinda más facilidades a los que presentan algún tipo de discapacidad o que vienen de otra localidad. En este caso, sería conveniente permitir que cualquier persona de la tercera edad pudiera tener acceso para realizar con mayor rapidez los trámites, ya que el estar de pie por tiempos prolongados ocasiona que realicen un esfuerzo adicional que pudiera comprometer su condición.
8. Resulta importante elaborar medidas que puedan ser implementadas con efectividad a futuro, ya que existe un alto número de personas adultas mayores residentes de la ciudad de Hermosillo. Por ello, es conveniente prepararse con más personal capacitado y que adquieran los materiales necesarios. Lo anterior, es con el objetivo de manejar de una manera más eficiente a las y los usuarios para impedir la saturación del mismo sistema.

7.1. Área Médica del Seguro Popular: Principales Hallazgos

Respecto a los principales resultados que se encontraron en este estudio en relación a los procedimientos que ejerce el personal médico durante la consulta, se destaca lo siguiente:

1. Las y los adultos mayores se encuentran satisfechos con el trato que les provee el médico, la confianza y con la disposición que muestra para atenderlos durante la consulta. Además, que refirieron que cuenta con la preparación suficiente para diagnosticar con precisión. De igual manera, se consideró que el personal de enfermería también está capacitado para realizar su trabajo de forma efectiva. Cabe destacar, que el compromiso que demuestran los trabajadores(as) del área de medicina provoca que las y los pacientes se apeguen más al tratamiento y que se sientan motivados para tratar su padecimiento. Además, que la percepción positiva facilita que recomienden el servicio a sus conocidos(as).
2. La comunicación entre médico y paciente es sumamente importante para el cumplimiento de logros previamente establecidos, como, por ejemplo: una pronta recuperación a través de cambios notables en la salud del individuo. Al aclararse dudas es más probable que se

lleven a cabo las acciones que se han indicado durante la visita.

3. Una desventaja que se presenta constantemente en esta institución se relaciona con el tiempo de duración de consulta, el cual suele ser bastante corto. De igual modo, el periodo de espera es sumamente largo y por lo general es en el área externa de la misma. Ante esto, las y los usuarios se encuentran riesgo por las temperaturas extremas a las que se ven expuestos.
4. Las y los participantes manifestaron que tienen una percepción positiva sobre la calidad de atención en la institución que se atienden, pues en general no se reportaron faltas de respeto ni malas prácticas por parte de los médicos y enfermeras que laboran.
5. Se espera que el Sistema de Salud para el Bienestar (INSABI) cumpla con las expectativas de las y los afiliados respecto a la cobertura de estudios clínicos, abastecimiento de medicamentos, agilidad en servicios de diferentes áreas y contratación de personal médico.
6. Resulta necesaria la implementación de pruebas al personal médico para valorar sus conocimientos, al igual que se deberán ofrecer programas de capacitación constante en la que se aborden los estándares de calidad que serán aplicados en la institución que laboran. Esto, con el fin de homogeneizar la atención que se provee durante la estancia de personas que acuden a consulta.

7.2. Área Administrativa del Seguro Popular: Principales Hallazgos

El trato y la información que brinda el personal de ventanilla a adultos mayores afiliados al Seguro Popular son elementos importantes que influyen en el grado de satisfacción, por lo que se describirán los que se encontraron a través del trabajo de campo.

1. La falta de rapidez en algunos trámites administrativos es una queja usual entre las y los adultos mayores, ya que el papeleo suele tomar un día o más. De igual manera, es importante que las y los empleados de ventanilla conozcan la información que se le deberá proveer a cada paciente. Lo anterior, permitirá que disminuya el tránsito de personas dentro de la misma institución y se brinde una atención eficaz.

2. La inscripción al Seguro Popular fue uno de los procedimientos que fue calificado de manera positiva, debido a que el personal de ventanilla realiza el papeleo con mayor agilidad y así se invierte menos tiempo de lo estimado.
3. El trato que ofrece el personal administrativo hacia las y los pacientes es bueno, sin embargo, una usuaria reportó que en ocasiones percibió que se dirigían hacia ella de forma descortés.
4. Las recomendaciones para mejorar el servicio van encaminadas a capacitar constantemente el personal y realizar evaluaciones periódicas para verificar que se cuenten con los conocimientos necesarios acerca de la información que se le debe brindar a las y los interesados.

7.3. Infraestructura

En esta sección se mencionarán los resultados más relevantes referente a las instalaciones, comodidades y preparación de empleados(as) de la institución en la que se realizó la recolección de datos.

1. La cantidad de asientos de la sala de espera representa un problema para las y los adultos mayores que acuden a consulta, pues la falta de asientos ocasiona que esperen en la parte externa de la institución. Las altas temperaturas en invierno y en verano puede provocar posibles complicaciones en la salud, debido a que las personas de edad avanzada son más sensibles que los más jóvenes. En verano existe la posibilidad de presentar deshidratación y golpe de calor, mientras que en invierno se padecen enfermedades respiratorias.
2. De acuerdo a lo mencionado previamente, la sala de espera de la institución también se calificó como carente de comodidad, debido a que las sillas que están colocadas son sumamente rígidas.
3. Una de las principales deficiencias de la institución fue la falta de aseo y funcionamiento en los baños. De igual manera, las y los adultos mayores declararon la escasez de insumos como papel y jabón para manos. Esto fue considerado una preocupación para las personas, ya que lo ideal sería que el hospital contara con medidas de limpieza más estrictas para

evitar la presencia de agentes infecciosos.

4. Es imprescindible mantener en condiciones óptimas las áreas del hospital para evitar posibles contagios entre las y los pacientes. Además, es conveniente que exista más organización por parte del personal administrativo para que disminuyan los tiempos de espera.

7.4. Accesibilidad

1. Uno de los problemas que fue reiterado en distintas ocasiones por las y los adultos mayores fue la falta de medicamentos en el área de farmacia. Asimismo, añadieron que es común que a lo largo del año se presente esta misma situación. El desabasto de fármacos impide en gran medida que las y los pacientes puedan reducir las molestias que son causa de los padecimientos crónico degenerativos.
2. El aumento de inscripciones en el sistema dificulta en gran medida que se les pueda suministrar medicamento a las y los pacientes.
3. Ante esta situación, el gobierno debería de plantear medidas efectivas para invertir efectivamente el gasto público y que los recursos sean destinados en materia de salud a aquellas personas que más lo necesiten. En este sentido, se pretende proveer una atención de calidad para disminuir la cantidad de adultos mayores, para así evitar que se acumulen y existe disponibilidad suficiente de médicos e insumos para proveerles un trato oportuno.

7.5 Consideraciones Generales

1. Las y los participantes están satisfechos y perciben una calidad del servicio que está en función del trato y de la prontitud con la que se administra la atención. A partir de toda la información que se recogió por medio de entrevistas y encuestas se comprobó la hipótesis que fue propuesta con anticipación. En este sentido, la calidad percibida estará mediada

por el grado de satisfacción en la dimensión de estructura, proceso, resultado y accesibilidad. Por otra parte, se logró responder a las preguntas de investigación que se plantearon previamente, debido a que gran parte de las y los participantes ubicaron sus respuestas en opciones que reflejaban conformidad con el servicio. Sin embargo, lo mencionado no significa que las personas adultas mayores se encuentren satisfechos y que el Seguro Popular posea calidad en sus servicios, puesto a que en repetidas ocasiones se comentó sobre el desabasto de medicamentos, carencia de higiene en sanitarios y falta de cobertura para realizarse estudios de radiografía.

2. Usualmente, las y los adultos mayores tienen una percepción positiva acerca de la calidad del servicio, puesto que al responder de una manera negativa durante la aplicación de encuestas se observaba que inmediatamente se trataba de justificar la respuesta al expresar su empatía sobre la alta demanda que tiene el Seguro Popular. Lo anterior, se puede explicar a través de la percepción de este grupo poblacional que se relaciona directamente con factores culturales que inciden sobre la construcción social de cada individuo. Se trata de un proceso que es producto de las experiencias vividas por cada persona a lo largo de diferentes etapas, ya que determinan en gran medida la manera en que se enfrentan diferentes eventos. Por otra parte, la satisfacción del servicio es el resultado del poco conocimiento que existe sobre las normas y derechos que los respaldan.
3. Es común que la población adulta mayor exprese que la atención que obtienen es resultado de la “suerte” que ellos tienen, por lo que es sumamente necesario que se den a conocer cada una de las garantías que respalda la salud de este grupo etario. En este sentido, se refleja la importancia de evaluar cada uno de los componentes para que el usuario tenga un mejor rendimiento en consulta y pueda disminuir el tiempo de su estancia médica.
4. Resulta importante que la persona adulta mayor esté complacida con la asistencia de la institución, pues así habrá un número menor de quejas y por ende una disminución en la tasa de mortalidad. De acuerdo con el modelo de Donabedian, la calidad del servicio se presentan cambios significativos en la salud del paciente, sin embargo, esto solamente puede ocurrir si el médico realiza un diagnóstico correctamente y que el tratamiento se ajuste a las necesidades del paciente. Por lo tanto, es fundamental estudiar la calidad desde el primer momento en que se ingresa a la institución hasta que es dado de alta, dado que es imprescindible contrastar el grado de satisfacción y la percepción en momentos

distintos.

5. En el caso de México, se requieren elaborar políticas públicas que estén encaminadas a la prevención de enfermedades crónico degenerativas y cuidado de la salud para evitar presiones en los sistemas de salud. Otro detalle imprescindible es implementar una cultura de envejecimiento, en la que participe activamente la familia y se normalice el cuidado de adultos mayores. Al disminuir el flujo de gente en los hospitales se podrá dar con mayor efectividad una atención personalizada y calidad en cada una de las áreas.
6. Generalmente, en los planes de desarrollo se observa que se pretende combatir la desigualdad en personas adultas mayores a través del acceso efectivo a servicios de salud. Sin embargo, los retos que se han propuesto no contienen las acciones que se llevarán a cabo para lograrlo. Ante esto, resulta conveniente estudiar la población objetivo para cumplir con las demandas que plantean. Por otra parte, es importante fomentar una cultura hacia el envejecimiento para suprimir los estereotipos negativos que actualmente existen hacia la vejez. En este sentido, el privilegio que se le otorga a un individuo para hacer valer sus derechos es lo que define el desarrollo local de una región.
7. La relación de este estudio con el Desarrollo Regional radica en la importancia de involucrar a las personas de edad avanzada en la toma de decisiones para fomentar la participación activa en la sociedad. De esta manera, aumentará la pertenencia hacia el territorio y el sentimiento de identificación con las personas que habitan en la misma comunidad. En el caso de las y los adultos mayores, es posible prolongar la calidad de vida y fomentar el envejecimiento activo exitoso.

8. ALCANCES Y LIMITACIONES

En esta sección se describirán las principales dificultades que se presenciaron a lo largo del estudio. Aunque no fueron obstáculos que impidieron la realización de las actividades se consideran limitaciones que podrán ser tomadas en cuenta para futuras investigaciones.

1. En términos de alcances, el trabajo consistió en evaluar la calidad percibida por personas adultas mayores de 65 años afiliadas en Seguro Popular en Hermosillo Sonora. De tal manera, que se propone desarrollar estudios mixtos acerca de la calidad de la atención con muestras robustas en distintas instituciones médicas. Lo anterior, con el fin de hacer un comparativo y conocer determinar aquellos elementos que influyen en la percepción de las y los adultos mayores sonorenses.
2. A pesar de tratarse de una muestra pequeña, los resultados que se obtuvieron en la aplicación de encuestas y entrevistas mostraron similitudes. Con base en lo mencionado, se destaca la opinión positiva en el trato que brinda el personal médico y enfermería. Sin embargo, las dificultades que se enfrentan se relacionan con la falta de medicamentos, la condición de la sala de espera y limpieza en baños.
3. Respecto a las limitaciones se resalta la poca colaboración de las autoridades, la cual se asocia con el cambio de administración y sistema de salud. Ante esta situación, se optó por permanecer en el área externa de una institución de salud pública para recolectar la información con las y los usuarios que aguardaban su turno para ingresar a consulta médica.
4. Las condiciones climáticas en Hermosillo, Sonora dificultaron la aplicación de encuestas, pues se trataba de permanecer por largos periodos de tiempo en el área externa.
5. Otro detalle relacionado con el clima es que en un principio las y los posibles participantes se negaban a responder la encuesta, debido a que expresaban que tenían que retirarse o que estaban fatigados, pero una vez que aceptaban se mostraban animados al compartir su opinión.
6. Una de las mayores dificultades se debe a la transición de Seguro Popular (SP) a Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), pues la recopilación de datos se tuvo que hacer de manera más rápida de lo normal. Además, que no se sabía con certeza cuándo iniciarían

esos cambios y cómo afectaría al presente estudio.

7. Por otra parte, trabajar con una muestra inferior a 100 personas permite una reducción en costos y la facilidad para llevar a cabo este tipo de estudios. Sin embargo, Otzen y Manterola (2017) refieren que una desventaja es que existe una errónea representación de la población de interés, pues los datos no son generalizables.
8. Otra dificultad que se enfrentó fue al momento de contactar adultos mayores que aceptaran ser entrevistados en sus domicilios, por lo que a través de recomendaciones se puede lograr entablar una conversación. Finalmente, se pretendía elegir un quinto participante a través de personas conocidas, pero la crisis de COVID-19 impidió completamente establecer comunicación y acudir a su hogar. Lo anterior, ocasionó que el número de participantes en entrevista se redujera a 4 personas.

9. RECOMENDACIONES

Este capítulo tiene como objetivo enunciar algunas recomendaciones que pueden ser viables para futuras investigaciones. Se pretende dar a conocer las más significativas para quienes se interesen en trabajar con la población adulta mayor, específicamente en la evaluación de la percepción sobre la calidad médica.

1. Resulta conveniente informar que, para próximas aplicaciones, es necesario que el encuestador incluya una hoja adicional en la que se puedan apreciar todas las opciones y el valor numérico de cada respuesta. Lo anterior, se realiza con el objetivo de disminuir el tiempo de aplicación, también para facilitar la selección de una opción y para que el adulto mayor se familiarice más con el instrumento.
2. La escala siempre deberá ser leída por el investigador para evitar fatiga en el o la participante. De igual manera, se recomienda que el encuestador siempre porte elementos de identificación de la institución de procedencia, pues de lo contrario es posible que se rehúsen a participar.
3. Cabe mencionar, que en este tipo de estudios se aconseja agilizar el pilotaje y la recolección de los datos, ya que se debe estar preparado para cualquier modificación que se realice a nivel administrativo o en los programas de salud.
4. Es conveniente elaborar un estudio para evaluar la calidad de la atención en adultos mayores, pero centrado en el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) y contrastarlo con los resultados que se han obtenido en esta investigación.
5. La evaluación de la calidad del servicio por parte de un agente externo resulta complicada llevarla dentro de las instituciones de salud pública, debido a la cantidad de permisos que se deben adquirir. Ante esto, se sugiere que futuros aplicadores seleccionen un periodo con un clima ameno, ya que es altamente probable que se suministren las pruebas en la parte externa del hospital o centro de salud.
6. Resulta idóneo mencionar que es necesario la implementación de dimensiones de exclusión en salud para estudios más amplios, como, por ejemplo: la utilización y la disponibilidad.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acuña, C., Marín, N., Mendoza, A., Martins, I., Lucía, V., Botelho, T. (2014). Determinantes sociales de la exclusión a los servicios de salud y a medicamentos en tres países de América Central. *Rev Panam Salud Publica*, 35(2): 128-135. Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/8399/a07v35n2.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Acuña, P., Adrianzén, S., Almeyda K., Carhuancho, J. (2012). Evaluación del nivel de satisfacción del adulto mayor entre 60 y 90 en la consulta ambulatoria del Hospital Edgardo Rebagliati Martins. *Revista Horizonte Médico*, 12(3): 22-26. Recuperado de https://medicina.usmp.edu.pe/medicina/horizonte/2012_3/Art3_Vol12_N3.pdf
- Aguilar, S. (2005). Fórmulas para el cálculo de la muestra en investigaciones de salud. *Salud en Tabasco*, 11(1-2): 333-338. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/487/48711206.pdf>
- Alvarado, A., Salazar, A. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2): 57-62. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n2/revision1.pdf>
- Álvarez, M., Rocha, M., Bayarre, H., Almenares, K. (2014). Calidad de la atención al adulto mayor en el consultorio médico de la familia. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 30(4). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000400001
- Amador, L. (2002). Hacia una formación de las personas mayores. *Ágora Digital*, (4), 1-15. Recuperado de <http://rabida.uhu.es/dspace/handle/10272/3504>
- Aprahamian, I., Cesari, M. (2020). Geriatric Syndromes and SARS-COV-2: More than just being old. *The Journal of Frailty & Aging*: 1-4. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7150530/>
- Aranco, N., Stampini, M., Ibarrarán, P., Medellín, N. (2018). Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe. Banco Interamericano de Desarrollo. Recuperado de <https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/8757/Panorama-de-envejecimiento-y-dependencia-en-America-Latina-y-el-Caribe.PDF?sequence=3&isAllowed=y>
- Aranibar, P. (2001). Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina. Santiago de Chile: Publicación de las Naciones Unidas. Recuperado de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7157/1/S01121061_es.pdf
- Arroyo, M., Vázquez, L. (2016). Percepción de personas mayores sobre la atención recibida en instituciones de salud de la ciudad de Durango. *Revista pueblos y fronteras digital*, 11(21). Recuperado de <https://www.redalyc.org/jatsRepo/906/90645701007/html/index.html>
- Barragán, J., Manrique, F. (2010). Validez y confiabilidad del Servqhos para enfermería en Boyacá, Colombia. *Avances en Enfermería*, 28(2): 48-61. Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/21376/22431>
- Barragán, J., Pedraza, Y., Rincón, M. (2011). Calidad percibida de la atención de enfermería por

- usuarios hospitalizados, Tunja, 2011. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(2): 187-193. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/120/12028113004.pdf>
- Bazo, M. (1998). Vejez dependiente, políticas y calidad de vida. *Universidad del país Vasco*, 56:143-161. Recuperado de http://sid.usal.es/idocs/F8/ART11257/vejez_dependiente.pdf
- Bazo, M. (2014). Teorías sobre la vejez. En: Gómez, R. Salud, demografía y sociedad en la población anciana. Alianza Editorial. Madrid.
- Benítez, M. (2017). Envejecimiento poblacional: Actualidad y futuro. *Medisur*, 15 (1): 8-11. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v15n1/ms03115.pdf>
- Berdugo, C., Barbosa, R., Prada, L. (2016). Variables relevantes para la medición de la calidad percibida del servicio bancario. *Revista de Ingeniería DYNA*, 83(197): 212-221. Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/dyna/rt/printerFriendly/55426/60483>
- Berrío, M. (2012). Envejecimiento de la población: Un reto para la salud pública. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 40(3): 192-194. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120334712000111>
- Betranou, F. (2003). Una sociedad inclusiva para una población que envejece: El desafío del empleo y la protección social. Santiago de Chile: CELADE. Recuperado de <https://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/7/13237/pp13.pdf>
- Boisier, S. (2000). Conversaciones sociales y desarrollo regional: potenciación del capital sinérgico y creación de sinergia cognitiva en una región (Región del Maule, Chile). Universidad de Talca. PNUD *Coloquios de Maule*, 1-74.
- Bronfman, M., López, S., Magis, C., Moreno, A., Rutstein, S. (2003). Atención prenatal en el primer nivel de atención: Características de los proveedores que influyen en la satisfacción de usuarias. *Salud Pública de México*, 45(6): 445-454. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2003/sal036d.pdf>
- Bury, M. (1995) “Envejecimiento, género y teoría sociológica”. En: S. Arber y J. Ginn. Relación entre género y envejecimiento. Enfoque sociológico. Narcea. Madrid.
- Calabuig, F., Molina, N., Núñez, J. (2012). Una aplicación del modelo tridimensional de calidad de servicio en centros deportivos privados. *Revista de Ciencias del Deporte*, 8(1): 67-81. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4373379.pdf>
- Campos, R., Afganis, E., Torres, D., (2006). Calidad de los servicios de medicina familiar según adultos mayores del sureste de la Ciudad de México. *Archivos en Medicina Familiar*, 8(1): 131-136. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/507/50780210/>
- Cano, S., Giraldo, A., Forero, C. (2016). Concepto de calidad en salud: Resultado de las experiencias de la atención, Medellín, Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 34(1): 48-53. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v34n1/v34n1a06.pdf>
- Caruso, M., Galiani, S, Ibarrarán, P. (2017). Long-term care in Latin America and the Caribbean? Consideraciones teóricas y normativas. Banco Interamericano de Desarrollo. Recuperado de <https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/8514/Long-Term-Care-in-Latin-America-and-the-Caribbean.PDF?sequence=1&isAllowed=y>

- Castro, M.C. (2008). De pacientes a exigentes. Un estudio sociológico sobre la calidad de la atención, derechos y ciudadanía en salud. Colegio de Sonora. Hermosillo, Sonora.
- Céspedes, E., Rodríguez, K., Llopiz, N., Cruz, N. (2000). Un acercamiento a la teoría de los radicales libres y el estrés oxidativo en el envejecimiento. *Revista Cubana Invest Biomed*, 19(3): 186-190. Recuperado de http://bvs.sld.cu/revistas/ibi/vol19_3_00/ibi07300.pdf
- Chande, H. (2003). El envejecimiento en México: El siguiente reto de la transición demográfica. El Colegio de la Frontera Norte. Tijuana.
- Chande, H., González, C. (2008). Discriminación en las edades avanzadas en México. *Papeles de población*, 14(55), pp. 35-58. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252008000100003&lng=es&tlng=es.
- Cohen, R., Swerdlik, M. (2001). Pruebas y Evaluación Psicológica. Introducción a las Pruebas y a la Medición. (4ta Edición). México: McGraw Hill.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2020). América Latina y El Caribe ante la pandemia del COVID-19: Efectos económicos y sociales. Chile: CEPAL. Recuperado de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45337/4/S2000264_es.pdf
- Comisión Nacional de Derechos Humanos. (2017). Personas adultas mayores. Chile: CEPAL. Recuperado de http://www.cndh.org.mx/Derecho_Adultos_Mayores
- Comisión Nacional de Protección Social en Salud. (2018). Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES). México: Secretaría de Salud. Recuperado de http://www.documentos.seguro-popular.gob.mx/dgss/CAUSES_2018c.pdf
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2014). Indicadores de acceso y uso efectivo de los servicios de salud afiliados al Seguro Popular. México, D.F.: CONEVAL. Recuperado de <https://www.coneval.org.mx/Informes/Evaluacion/Impacto/Acceso%20y%20Uso%20Efectivo.pdf>
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2018). Estudio diagnóstico del derecho a la salud 2018. Ciudad de México: CONEVAL. Recuperado de https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Derechos_Sociales/Diag_derecho_Salud_2018.pdf
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2014). Indicadores de acceso y uso efectivo de los servicios de salud de afiliados al Seguro Popular. México: CONEVAL. Recuperado de <https://www.coneval.org.mx/Informes/Evaluacion/Impacto/Acceso%20y%20Uso%20Efectivo.pdf>
- Consejo Nacional de Población. (2016). Datos de Proyecciones. Ciudad de México: CONAPO. Recuperado de http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones_Datos.
- Coronado, R., Cruz, E., Israel, S., Arellano, A., Nava, T. (2013). El contexto actual de la calidad en salud y sus indicadores. *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación*, 25(1): 26-33. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/fisica/mf-2013/mf131e.pdf>
- Cozby, P. (2005) Métodos de Investigación del Comportamiento. McGraw Hill. México.

- Craig, G., Baucum, D. (2001). *Desarrollo psicológico*. Prentice Hall. Nueva Jersey.
- De los Ríos, J., Ávila, T. (2004). Algunas consideraciones en el análisis del concepto: Satisfacción del paciente. *Investigación y Educación en Enfermería*, 22(2): 128-137. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/1052/105216892010.pdf>
- Denzin, N.K. (1970). *The Research Act: A Theoretical Introduction to Sociological Methods*. New Jersey: Transaction Publishers.
- Díaz, A. (2009). La teoría de la economía política del envejecimiento. Universidad Complutense de Madrid. España. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=167550>
- Díaz, A., Rodríguez, A., García, R., Balcindes, S., Jova, R., De Vos, P., Van der Stuyfs, P. (2013). Utilización de los servicios médicos en un área de salud. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 51(1), pp. 27-39. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/hie/v51n1/hie04113.pdf>
- Díaz, L., Torruco, U., Martínez, M., Varela, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en Educación Médica*, 2(7): 162-167. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2007505713727066>
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44: 166-203.
- Donabedian, A. (1980). The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor (Mich): *Health Administration Press*, 1.
- Donabedian, A. (2001). La calidad de la atención médica. *Revista de Calidad Asistencial*, 16(1): 29-38.
- Duque, E., Parra, M. (2015). Análisis de los modelos de medición de calidad percibida del servicio aplicados en la industria de hospitalidad. *Perspectiva Empresarial*, 2(2): 35-54. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.16967%2Frpe.v2n2a4>
- Expreso. (2020). “Pega” la falta de personal de salud a atención de Covid-19. Sonora, México: Expreso. Recuperado de <https://www.expreso.com.mx/seccion/sonora/200696-pega-la-falta-de-personal-de-salud-a-atencion-de-covid-19.html>
- Fajardo, G., Gutiérrez, J., García, S. (2015). Acceso efectivo a los servicios de salud: Operacionalizando la cobertura universal en salud. *Salud Pública Mexicana*, 57(2): 180-186. Recuperado de <http://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/7415>
- Federación Nacional de Colegios de Química (2000). Norma Oficial Mexicana. México: FENACQC. Recuperado de <http://fenacqc.org.mx/wp-content/uploads/2014/11/NOM-197-SSA1-2000.pdf>
- Fernández, J. (2009). Determinantes de la calidad de vida percibida por los ancianos de una residencia de tercera edad en dos contextos socioculturales diferentes, España y Cuba. Servei de Publicacions. Valencia, España. Recuperado de <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/10297/fgarrido.pdf?sequence>
- Figueroa, D., Cavalcanti, G. (2014). Accesibilidad a los servicios públicos de salud: la visión de los usuarios de la Estrategia Salud de la Familia. *Enfermería Global*, 13(33): 267-278. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-

61412014000100013

- Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2020). Implicaciones de COVID-19 para personas adultas mayores: Respondiendo a la pandemia. Georgia: UNFPA. Recuperado de https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/Older_Persons_and_COVID19_final.pdf
- Forguione, V. (2015). Comunicación entre médico y paciente: Más allá de una consulta, un proceso educativo. *Revista de los estudiantes de medicina de la universidad industrial de Santander*, 28(1): 7-13. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/muis/v28n1/v28n1a01.pdf>
- García, M., Sánchez, D., Román, R. (2019). Envejecimiento y estrategias de adaptación a los entornos urbanos desde la gerontología ambiental. *Estudios Demográficos Urbanos*, 34(1): 101-128. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/educm/v34n1/2448-6515-educm-34-01-101.pdf>
- Gobierno de la República. (2019). Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024. México: Gobierno de la República. Recuperado de <https://lopezobrador.org.mx/wp-content/uploads/2019/05/PLAN-NACIONAL-DE-DESARROLLO-2019-2024.pdf>
- Gobierno de la República. (2019). Seguro Popular. México: Gobierno de la República. Recuperado de <https://datos.gob.mx/busca/organization/seguro-popular>
- Gobierno de México. (2015). Vigentes, Normas Oficiales Mexicanas, CCDNNDTIS-SSA3. México: Normas Oficiales Vigentes. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/documentos/vigentes-normas-oficiales-mexicanas-ccndntis-ssa3>
- Gobierno del Estado de Sonora. (2016). Sonora Trabaja: Plan Estatal de Desarrollo 2016-2021. México: Sonora Trabaja. Recuperado de <https://www.sonora.gob.mx/gobierno/sonora-trabaja.html>
- Gobierno del Estado de Sonora. (2019). Plan Municipal de Desarrollo 2019-2021 de Hermosillo. México: Transparencia Hermosillo. Recuperado de <http://www.transparencia.hermosillo.gob.mx/FracDependencia.aspx?IDfraccion=89&Periodo=3&IDdep=12>
- Gómez, M., Danglot, C., Vega, L. (2003). Sinopsis de pruebas estadísticas no paramétricas. Cuándo usarlas. *Revista Mexicana de Pediatría*, 70(2): 91-99. Recuperado de <http://www.ugr.es/~fmocan/MATERIALES%20DOCTORADO/Sinopsis%20de%20pruebas%20estadisticas%20no%20parametricas.pdf>
- González, K., (2015). Envejecimiento demográfico en México: Análisis comparativo entre las entidades federativas. En la situación demográfica de México. México: CONAPO. Recuperado de <http://coespo.qroo.gob.mx/Descargas/doc/15%20ENVEJECIMIENTO%20POBLACIONAL/ENVEJECIMIENTO%20DEMOGR%3%81FICO%20EN%20M%3%89XICO.pdf>
- Guerrero, N., Yépez, M. (2015). Factores asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor con alteraciones de salud. *Revista Universidad y Salud*, 17(1): 121-131. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v17n1/v17n1a11.pdf>.
- Gutiérrez, L., Agudelo, M., Giraldo, L., Medina, R. (2016). Hechos y desafíos para un

- envejecimiento saludable en México. México: Instituto Nacional de Geriátría. Recuperado de <http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/hechos-desafios.pdf>
- Guzmán, M., Ramos, L., Castañeda, O., López del Castillo, D., Gómez, A. (2006). Satisfacción de los usuarios de una unidad de medicina familiar. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 44(1): 39-45. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/4577/457745531006.pdf>
- Hernández, F. (2012). La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones: 12 años de experiencia. México: Secretaría de Salud. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/60111/libro_02.pdf
- <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4175520.pdf>
- Huenchuan, S. (2013). Los derechos de las personas mayores. Módulo 2: Los derechos de las personas mayores en el ámbito internacional. Santiago de Chile: CEPAL. Recuperado de https://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/8/51618/Derechos_PMayores_M2.pdf
- Huenchuan, S., Rodríguez, L. (2010). Envejecimiento y derechos humanos: Situación y perspectivas de protección. Santiago de Chile: CEPAL. Recuperado de http://www.inpea.net/resources/envejecimiento_y_derechos_humanos.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2010). Población, hogares y vivienda. Recuperado de: <http://www.inegi.org.mx/sistemas/temas/default.aspx?s=est&c=17484>.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2014). Perfil sociodemográfico de adultos mayores. México: INEGI. Recuperado de http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/perfil_socio/adultos/702825056643.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2016). Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad. México: INEGI. Recuperado de http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/edad2016_0.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2017). Estadísticas a propósito del día mundial de la población. México: INEGI. Recuperado de http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/poblacion2017_Nal.pdf
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (2016). Programa Nacional Gerontológico 2016-2018. México: Secretaría de Gobernación. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/265503/PROGRAMA_NACIONAL_GERONTOLOGICO_5_ENERO_2017.pdf
- Jiménez, M., Ortega, M., Cruz, G., Cruz, M., Quintero, M., Mendoza, E., Antúnez, M., Solís, M., Hernández, M. (2003). Satisfacción del usuario como indicador de calidad. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 11(2): 58-65. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2003/en032c.pdf>
- Joseph Y, Phillips M. (1979). Accessibility: the rural challenge. Methuen and Co. Ltd. Londres.
- Kaneda, T., Greenbaum, C. (2020). How demographic changes make us more vulnerable to pandemics like the coronavirus. Washington, DC: Population Reference Bureau. Recuperado de <https://www.prb.org/how-demographic-changes-make-us-more-vulnerable->

to-pandemics-like-the-coronavirus/

- Kánter, I. (2017). El envejecimiento en México, una visión demográfica. *Revista Pluralidad y Consenso*, 7(33), 3-22. Recuperado de revista.ibd.senado.gob.mx/index.php/PluralidadyConsenso/article/view/436
- Kerlinger, F., Lee, H. (2002). *Investigación del Comportamiento. Métodos de Investigación en Ciencias Sociales*. McGraw Hill. México.
- Knaul, F., Arreola, H., Mendez, O., Borja, C., Torres, A. (2003). El Sistema de Protección Social en Salud de México: Efectos potenciales sobre la justicia financiera y los gastos catastróficos de los hogares. *Caleidoscopio de la Salud*: 1-18. Recuperado de https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2053744
- Lee, S., Walter, L. (2011). Quality indicators for older adults: Preventing unintended harms. *JAMA*, 306(13): 1481-1482. Recuperado de <https://europepmc.org/article/med/21972311>
- Lien Tan, P. (2017). Vejez y envejecimiento en China. *Estudios de Asia y África*, 52(2): 459-470. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/586/58650386010.pdf>
- Lozano, Z. (1999). Conceptualización del proceso de envejecimiento. *Papeles de Población*, 5(19): 23-41. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/112/11201903.pdf>
- Lucío-Villegas, E. (2011). *Investigación y práctica en la educación de personas adultas*. Nau Llibres.Valencia.
- Martín, A. (1992). Enfoques teóricos sobre la participación educativa en la vejez. *Universidad de Salamanca*, 4: 165-181. Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/277176866>
- Massip, C., Ortiz, R., Llantá, M., Peña, M., Infante, I. (2008). La evaluación de la satisfacción en salud: Un reto a la calidad. *Revista Cubana de Salud Pública*, 34(4): 1-10. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000400013
- Medina, M. (2000). *Evaluación de la calidad asistencial del servicio de ayuda a domicilio*. Murcia, España: Universidad de Murcia, Servicio de Publicaciones.
- Melero, L. (2007). Modificaciones de los estereotipos sobre los mayores. *Comunicación e pessoas maiores*, pp. 29-46. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2651192>
- Mira, J. Aranaz, J., Rodríguez, J., Buil, J, Castell, M., Vitaller, J. (1998). SERVQHOS: Un cuestionario para evaluar la calidad percibida de la asistencia hospitalaria. *Medicina Preventiva*, 4: 12-18. Recuperado de http://caliterevista.umh.es/indep/web/art_servqhos.pdf
- Miranda, A., Hernández, L., Rodríguez, A. (2009). Calidad de la atención en salud al adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 25(3): 11-24. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v25n3/mgi03309.pdf>
- Miró, C. (2003). Transición demográfica y envejecimiento demográfico. *Papeles de población*, 9(35): 9-28. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252003000100002&lng=es&tlng=es.
- Montes, B., González, A. (2012). *Envejecimiento de la población en México: Perspectivas y retos*

- desde los derechos humanos. Instituto Mexicano de Derechos Humanos y Democracia, A.C. México.
- Montoya, B., Román, Y., Gaxiola, S., Montes de Oca, H. (2016). Envejecimiento y vulnerabilidad social en el Estado de México, 2010. *Papeles de población*, 90: 43-77. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/pp/v22n90/2448-7147-pp-22-90-00043.pdf>
- Moscoloni, N. (2005). Complementación metodológica para el análisis de datos cuantitativos y cualitativos en evaluación educativa. *Revista Electrónica de Metodología aplicada*, 10(2):1-10. Recuperado de <http://www.psico.uniovi.es/rema/v10n2/moscoloni.pdf>
- Moseley M. (1979). *Accessibility: The rural challenge*. Londres: Methuen and Co. Ltd.
- Naciones Unidas. (2014). *La situación demográfica en el mundo 2014: Informe conciso*. Nueva York: Naciones Unidas. Recuperado de <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/trends/Concise%20Report%20on%20the%20World%20Population%20Situation%202014/es.pdf>
- Naciones Unidas. (2017). *Derechos de las personas mayores: Retos para la interdependencia y la autonomía*. Santiago de Chile: Naciones Unidas. Recuperado de <https://www.cepal.org/es/publicaciones/41471-derechos-personas-mayores-retos-la-interdependencia-autonomia>
- Naciones Unidas. (2017). *Envejecimiento*. Santiago de Chile: Naciones Unidas. Recuperado de <http://www.un.org/es/sections/issues-depth/ageing/index.html>
- Nuin, C. (2011). *Enfermería de la persona mayor*. Editorial Universitaria Ramón Areces. España.
- Okuda, M., Gómez, C. (2005). Métodos en investigación cualitativa: Triangulación. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(1): 118-124. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v34n1/v34n1a08.pdf>
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2006). *Health care quality framework*. Estados Unidos de América OECD. Recuperado de <https://www.oecd.org/els/health-systems/36262363.pdf>
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2017). *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*. Estados Unidos de América: OECD. Recuperado de <https://www.oecd.org/mexico/Health-at-a-Glance-2017-Key-Findings-MEXICO-in-Spanish.pdf>
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2017). *Panorama de la salud 2017*. Estados Unidos de América: OECD. Recuperado de https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/panorama-de-la-salud-2017_9789264306035-es;jsessionid=M7jGrovm3cgKVCB-JOX8ZxoW.ip-10-240-5-132
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2019). *Presentación del estudio económico de México 2019*. Estados Unidos de América: OECD. Recuperado de <https://www.oecd.org/economy/2019-economic-survey-of-mexico-may-2019-sp.htm>
- Organización de las Naciones Unidas. (2002). *Political declaration and Madrid international plan of action on ageing*. Nueva York: Naciones Unidas. Recuperado de https://www.un.org/en/events/pastevents/pdfs/Madrid_plan.pdf

- Organización Mundial de la Salud. (2009). Organismos internacionales y envejecimiento. España: OMS. Recuperado de http://traballo.xunta.es/export/sites/default/Biblioteca/Documentos/Publicacions/congreso_envelhecimento/congreso_envejecimiento_activo.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2011). Discapacidad y salud. Comunicado de Prensa 2011. Geneva. Switzerland: World Health Organization. Recuperado de <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2011/disabilities>
- Organización Mundial de la Salud. (2012). Crecimiento acelerado de la población adulta de 60 años y más de edad: Reto para la salud pública. Estados Unidos: OMS. Recuperado de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2796:2010crecimiento-acelerado-poblacion-adulta-60-anos-mas-edad-reto-salud-publica&Itemid=1914&lang=pt
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Envejecimiento y ciclo de vida. Estados Unidos: OMS. Recuperado de <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). Nuevo coronavirus - Japón (procedente de China). Estados Unidos: OMS. Recuperado de <https://www.who.int/csr/don/17-january-2020-novel-coronavirus-japan-ex-china/es/>
- Ortega, P., Estrada, C., Toledano, F., & Campos, J. (2018). Calidad ambiental, carga y estrés en cuidadores primarios informales de un hospital pediátrico. En P. Ortega & C. Estrada (Eds.). *Ambientes hospitalarios y estrés* (pp 65-96). México: UNAM.
- Ortiz, M., Muñoz, S., Lechuga, D., Torres, E. (2000). Consulta externa en instituciones de salud de Hidalgo, México, según la opinión de los usuarios. *Rev Panam Salud Pública*, 13(4):229-238. Recuperado de <https://scielosp.org/article/rpsp/2003.v13n4/229-238/es/>
- Osorio, O. (2017). Vulnerabilidad y vejez: Implicaciones y orientaciones epistémicas del concepto de vulnerabilidad. *Intersticios sociales*, (13): 1-34. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-49642017000100003&lng=es&tlng=es
- Osorio, P. (2006). La longevidad más allá de la biología. Aspectos socioculturales. *Papeles del CEIC*, (22): 1-28. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=76500603>
- Otzen, T., Manterola, C. (2017). Técnicas de muestreo sobre una población de estudio. *International Journal of Morphology*, 35(1): 227-232. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95022017000100037
- Palloni, A., Peláez, M. (2004). Encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE). México: SSCC. Recuperado de: <https://www.ssc.wisc.edu/sabe/docs/informeFinal%20EspaNol%20noviembre%202004.pdf>
- Parales, C., Dulcey, E. (2002). La construcción social del envejecimiento y de la vejez: Un análisis discursivo en prensa escrita. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 1-2(34): 107-121. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/805/80534209.pdf>
- Paz, I. (2007). Media aritmética simple. Guatemala: Universidad Rafael Landívar. Recuperado de <http://www.editorialkamar.com/et/archivo11.pdf>
- Peranovich, C. (2017). Capacidades y retos del monitoreo sobre la disponibilidad y el acceso a los

- servicios de salud en Argentina. *Salud Colectiva*, 13(1): 73-90. Recuperado de <https://www.scielosp.org/pdf/scol/2017.v13n1/73-90/es>
- Pérez, S., Gascón, J., Salmerón, D., Parra, P., Monteagudo, O. (2017). Relevancia del contexto socioeconómico y sanitario en la satisfacción del paciente. *Gaceta Sanitaria*, 31(5): 416-422. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911117301395>
- Plan Municipal de Desarrollo. (2016). Plan Municipal de Desarrollo 2016-2018. Sonora, México: H. Ayuntamiento de Hermosillo. Recuperado de https://www.hermosillo.gob.mx/descargas/plan_municipal_de_desarrollo_2016-2018.pdf
- Puentes, E., Gómez, O., Garrido, F. (2006). Trato a los usuarios en los servicios públicos de salud en México. *Rev Panam Salud Pública*, 19(6): 394-402. Recuperado de <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v19n6/30520.pdf>
- Ramírez, T., Nájera, P., Nigenda, G. (1998). Percepción de la calidad de atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. *Salud Pública de México*, 40(1), 3-12. Recuperado de <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/6051/7047>
- Ramos, C. (2008). Percepciones de las relaciones médico-paciente, por parte de los usuarios externos de un departamento de medicina. *Anales de la Facultad de Medicina*, 69(1): 12-16. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v69n1/a03v69n1.pdf>
- Robledo, H., Meljem, J., Fajardo, G., Olvera, D. (2012). De la ida al concepto en la calidad en los servicios de salud. *Revista Conamed*, 17(4): 172-175. Recuperado de
- Rocco, T., Bliss, L., Gallagher, S., Pérez, A. (2003). Taking the next step: Mixed methods research in organizational systems. *Information Technology, Learning and Performance Journal*, 21(1): 19-29. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/253625105_Taking_the_Next_Step_Mixed_Methods_Taking_the_Next_Step_Mixed_Methods_Research_in_Organizational_Systems_Research_in_Organizational_Systems
- Rodríguez, K. (2011). *Vejez y envejecimiento*. Bogotá: Universidad del Rosario. Recuperado de http://www.urosario.edu.co/urosario_files/dd/dd857fc5-5a01-4355-b07a-e2f0720b216b.pdf
- Román, R., Valdez, E., Cubillas, M. (2005). Análisis de la oferta de servicios para adultos mayores y sus necesidades manifiestas. *Psicología y salud*, 15(001):127-133. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/26472700_Analisis_de_la_oferta_de_servicios_para_adultos_mayores_y_sus_necesidades_manifiestas
- Rubio, L., De Lucas, S. (2018). *Un análisis de los principales indicadores de calidad de los aeropuertos de España, Chile, Brasil y Perú*. ACCI Ediciones. Madrid, España.
- Saldaña, M. (2013). Contraste de hipótesis. Comparación de dos medias independientes mediante pruebas no paramétricas: Prueba U de Mann-Whitney. *Revista Enfermería del Trabajo*, 3: 77-84. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4327652>
- Saldaña, M. (2016). Pruebas de bondad de ajuste a una distribución normal. *Revista Enfermería del Trabajo*, 6(3): 105-114. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5633043>
- Sampieri, H., Fernández, C., Baptista, M. (2010). *Metodología de la investigación*. McGrawhill.

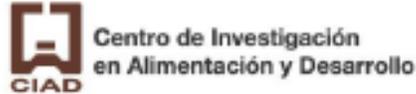
México.

- Sánchez, D. (2015). Accesibilidad a los servicios de salud: Debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 1(55). Recuperado de <http://www.redalyc.org/jatsRepo/4577/457749297021/html/index.html>
- Sánchez, P. (2009). *Viudedad y vejez: Estrategias de adaptación a la viudedad de las personas mayores en España*. Valencia: Lozano Impresores.
- Saturno, P. (2012). Tendencias actuales en los sistemas de gestión de la calidad. En Secretaría de Salud. *La Calidad de la Atención a la Salud en México a través de sus instituciones: 12 años de experiencia (225-238)*. Secretaría de Salud. México.
- Secretaría de Desarrollo Social. (2013). Diagnóstico del programa pensión para adultos mayores. México, D.F: SEDESOL. Recuperado de http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/Documentos_Inicio/Cultura_del_Envejecimiento.pdf
- Secretaría de Desarrollo Social. (2014). Ley de los derechos de las personas adultas mayores. México: Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. Recuperado de http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/Documentos_Inicio/Ley_2014.pdf
- Secretaría de Salud. (2014). Atención del envejecimiento: Programa Sectorial de Salud 2013-2018. México: CENAPRECE: Recuperado de http://www.cenaprece.salud.gob.mx/descargas/pdf/PAE_AtencionEnvejecimiento2013_2018.pdf
- Secretaría de Salud. (2015). Sistema de Protección Social. México: Secretaría de Salud. Recuperado de <http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/deppes/spss.html>
- Secretaría de Salud. (2019). CAUSES 2019: Catálogo universal de servicios de salud. Recuperado México: Secretaría de Salud. Recuperado de http://www.documentos.seguro-popular.gob.mx/dgss/CAUSES_2019_Publicaci%C3%B3n.pdf
- Suñol, R. (2017). Calidad de la atención. España: Fundación Avedis Donabedian. Recuperado de http://www.coordinadoraprofunds.org/docs/214/rosa_sunol.pdf
- Tamayo, M. (2003). *El proceso de la investigación científica*. Editorial Limusa. México,
- Tamez, S., Eibenschutz, C. (2008). El Seguro Popular de Salud en México: Pieza clave de la inequidad en salud. *Salud Pública de México*, 10(1):133-145. Recuperado de www.scielo.org.co/pdf/rsap/v10s1/v10s1a12.pdf
- Torres, M., Vásquez, C. (2015). Modelos de evaluación de la calidad del servicio: caracterización y análisis. *Compendium*, 18 (35): 57-76. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=88043199005>
- Vaillant, G., Mukamal, K. (2001). Successful aging. *Am J Psychiatry*, 158(6): 839-847. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11384887>
- Váldez, S. (2016). Perfil Demográfico, Epidemiológico y Social de la Población Adulta Mayor en el País, una Propuesta de Política Pública. México: Sociedad Mexicana de Geografía y

- Estadística. Inapam. Recuperado de <http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/1174/1/images/perfildemografico.pdf>
- Vargas, I., Vázquez, M., Morgollón, A. (2009). El acceso a servicios de salud. *En Reflexiones de Salud Pública*:136-142. Bogotá: Universidad del Rosario.
- Vera, J., Trujillo, A. (2018). Medir desempeño del servicio de bancos detallistas en México: Una adaptación del SERVPERF. *Contaduría y Administración*, 63(4): 1-18. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0186-10422018000500001&script=sci_arttext
- Villarreal, M. (2005). La legislación en favor de las personas mayores en América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: CEPAL. Recuperado de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7206/S0501092_es.pdf
- Wong, R., Palloni, A. (2009). "Aging in Mexico and Latin America." *International handbook of population aging* (sin número): 231-252.
- Wong, R., Snyder, N. (2007). Género y pobreza: determinantes de la salud en la vejez, *Salud Pública de México*, 49(4), 515-521. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007001000011
- Zetina, M. (1999). Conceptualización del proceso de envejecimiento. *Papeles de Población*, 5 (19): 23-41. Recuperado de <https://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=11201903>
- Zúñiga, E., García, J. (2008). "El envejecimiento demográfico en México. Principales tendencias y características". La situación demográfica de México, Consejo Nacional de Población. En Gobierno de México, México, 93-100. Recuperado de http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101243_1.pdf

11. ANEXOS

11.1. Escala SERVQHOS Adaptada para la Recolección de Datos.



"2019, Año del Caudillo del Sur, Emiliano Zapata"

Hermosillo, Sonora, junio de 2019.

1.00 Clave: _____

Estimado(a) Señor/Señora:

El Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo A.C. está realizando un estudio sobre su satisfacción con el servicio proporcionado por el Seguro Popular. Para este fin le invitamos a contestar un cuestionario ya sea por Ud. mismo(a) o con ayuda de alguna persona que lea las preguntas y las opciones de respuesta. Responderlo no le tomará más allá de 20 minutos.

Su participación no representa un riesgo ni tampoco tendrá un beneficio inmediato. La información que proporcione permitirá que las autoridades conozcan las facilidades o dificultades de Ud. al solicitar los servicios del Seguro Popular.

Sus respuestas son estrictamente confidenciales y de utilidad para este estudio y no para otros fines. No es necesario que proporcione su nombre. Su participación es absolutamente voluntaria y tiene plena libertad de negarse a participar o suspender sus respuestas en el momento que lo desee. Si Usted tiene alguna pregunta, comentario o duda sobre este estudio favor de hacerla a la persona que le contactó.

Agradecemos de antemano su colaboración.

Consentimiento de participación:

2.00 ¿Acepta participar en el proyecto?

SI

NO

3.00 Fecha _____ Firma: _____

Testigo 1: _____ Testigo 2: _____

Su firma indica su aceptación para participar voluntariamente en el estudio.

Responsables del Proyecto:

Dra. Rosario Román Pérez

Profesora-Investigadora

Vianney Dalnee Fernández Iglesias

Estudiante de la Maestría en Desarrollo Regional

Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, A. C.

Tel. (662) 2 89 24 00 Ext. 129

Carretera Gustavo Enrique Astizarán Rosas No. 46, Col. La Victoria, C.P. 83304,
Hermosillo, Sonora, México. Teléfono +52 (662) 289-2400, www.ciad.mx



4.00 Hora de Inicio: _____

Basándose en su experiencia señale si la calidad de los servicios de salud que le ha proporcionado este hospital/clínica ha sido mucho mejor o peor de lo que usted esperaba. Si cree, por ejemplo, que ha sido MUCHO PEOR de lo que esperaba ponga X en la casilla 1. Si ha sido MUCHO MEJOR de lo que esperaba, ponga X en la casilla 5, y así sucesivamente.

La calidad de la asistencia sanitaria en el área médica y administrativa ha sido

Clave de respuesta:

1 Mucho peor de lo que esperaba 2 Peor de lo que esperaba 3 Como me lo esperaba 4 Mejor de lo que esperaba 5 Mucho mejor de lo que esperaba

5.00 Estructura					
5.01 Los equipos médicos para los diagnósticos y tratamientos han sido	1	2	3	4	5
5.02 La apariencia (limpieza y uniforme) del personal ha sido	1	2	3	4	5
5.03 Las indicaciones (señalizaciones) para orientarse y saber a dónde ir en el hospital han sido	1	2	3	4	5
5.04 La apariencia del consultorio donde le atienden ha sido	1	2	3	4	5
5.05 La cantidad de asientos en la sala de espera ha sido	1	2	3	4	5
5.06 La comodidad en la sala de espera ha sido	1	2	3	4	5
5.07 Las instalaciones de la institución (baños, pasillos) han sido	1	2	3	4	5
5.08 La preparación del médico para realizar su trabajo ha sido	1	2	3	4	5
5.09 La preparación de la enfermera para realizar su trabajo ha sido	1	2	3	4	5
5.10 La cantidad de médicos que atienden ha sido	1	2	3	4	5
5.11 La cantidad de enfermeras que atienden ha sido	1	2	3	4	5
6.00 Proceso					
6.01 La disposición del médico para ayudarlo cuando lo necesita o pide ha sido	1	2	3	4	5
6.02 La confianza (seguridad) que el médico le transmite durante consulta ha sido	1	2	3	4	5
6.03 El trato que le ha brindado el médico durante la consulta ha sido	1	2	3	4	5
6.04 La explicación que ha recibido para comprender su diagnóstico ha sido	1	2	3	4	5
6.05 La duración de la consulta ha sido	1	2	3	4	5
6.06 La información general que le da el/la médico/a ha sido	1	2	3	4	5
6.07 El trato por parte del personal administrativo (repcionistas o ventanilla) ha sido	1	2	3	4	5
6.08 La información que provee el personal administrativo ha sido	1	2	3	4	5
7.00 Resultado					
7.01 Los cambios en su salud a partir del tratamiento indicado han sido	1	2	3	4	5
7.02 La manera en la que se ha sentido en la última semana ha sido	1	2	3	4	5
7.03 La calidad de la atención recibida en esta institución ha sido	1	2	3	4	5
7.04 El medicamento y tratamiento indicado por el médico ha sido	1	2	3	4	5
8.00 Accesibilidad					
8.01 El tiempo de espera para ser atendido/a ha sido	1	2	3	4	5
8.02 La facilidad para realizar trámites en mostrador ha sido	1	2	3	4	5
8.03 El número de trámites a realizar en ventanilla ha sido	1	2	3	4	5
8.04 La puntualidad de las consultas médicas ha sido	1	2	3	4	5
8.06 La rapidez para obtener sus medicamentos ha sido	1	2	3	4	5
8.07 Los trámites para afiliarse al Seguro Popular han sido	1	2	3	4	5

8.08 La facilidad para obtener medicamento en el Seguro Popular ha sido	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

Marque con una X la casilla que mejor refleje su opinión

9.00 Recomendaría este hospital a otras personas

Sin dudario	
Tengo dudas	
Nunca	

9.01 ¿Conoce el nombre del médico que le atiende habitualmente?

Si	
No	

9.02 ¿Qué servicio acaba de recibir? _____

9.03 ¿Cuántas veces se ha atendido con el Seguro Popular en lo que va del año? _____

Marque con una X

9.04 Edad: _____

9.05 Sexo:

Femenino	
Masculino	

Casado(a)	
Soltero(a)	
Viudo(a)	
Separado(a)	

9.07 Estado civil:

9.06 Estudios concluidos:

Sin estudios	
Primarios	
Bachillerato	
Universitarios	

9.08 Actualmente está:

Jubilado sin ninguna otra actividad	
Sin empleo	
Trabajando	
Dedicada/o al hogar	

9.09 Comentarios: _____

10.00 Hora de término: _____

¡Muchas gracias por su colaboración!

11.2. Guion de Entrevista.

Fecha: _____

Sexo: F M

Edad: _____

Estudios concluidos: _____

Estado civil: _____

Ocupación: _____

1. ¿En qué año comenzó a atenderse en el Seguro Popular?
2. ¿Qué opina sobre el Seguro Popular?
3. Descríbame cómo ha sido la atención que se le ha proporcionado en el Seguro Popular.
Incluya todo lo que Ud. guste por favor, desde la atención del personal administrativo, de enfermería, recepcionista, personal médico
4. ¿Qué opina de las instalaciones donde le han atendido? *Nota: Especificar si ha visitado distintos centros.
5. De los centros en los que la han atendido ¿Qué opina sobre los equipos médicos que se utilizan para diagnosticar? (Ej. Rayos X, ultrasonido, laboratorio, etc.)
6. ¿Cómo ha sido su experiencia respecto a la entrega de medicamentos?
7. ¿Cómo ha sido su recuperación de los padecimientos por los que se ha atendido usando el Seguro Popular?
8. ¿Cuál es su opinión sobre los tiempos de espera para ingresar a consulta y duración de la misma?
9. ¿Qué información tiene sobre el INSABI?
10. ¿Cuáles son sus expectativas sobre el cambio de Seguro Popular a INSABI?
11. ¿Qué servicios de especialidad médica ha recibido?