

El análisis institucional de la atención a la salud diferenciada de los adultos mayores

Institutional analysis of differential health care of older adults

Rey Arturo Salcedo-Álvarez,¹ José Cruz-Rivas-Herrera,¹ Blanca Consuelo González-Caamaño,¹ Sebastián Bustamante-Edquén²

¹Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México, Distrito Federal, México, ² Facultad de Enfermería y Escuela de Postgrado de la Universidad Nacional de Trujillo, Trujillo, Perú

Palabras clave:

Anciano
Atención de Enfermería

Resumen

Introducción: se describen aspectos demográficos y de salud de los adultos mayores y a partir de la postura de René Lourau se aborda con el análisis institucional la atención que se les brinda.

Objetivo: caracterizar la institucionalización de la atención diferenciada a los adultos mayores y las formas como esta se percibe y justifica.

Metodología: diseño descriptivo, cualitativo, inductivo con enfoque naturalista. Los participantes fueron entrevistados durante el primer semestre de 2013 en el sur de la Ciudad de México. La información se obtuvo al analizar el discurso de las doce entrevistas semiestructuradas a adultos mayores, sus familiares y el personal de salud (enfermeras y médicos); asimismo, se hizo el análisis de las políticas públicas y la normatividad establecida para la atención de los adultos mayores, así como de las observaciones realizadas durante la recopilación de datos en escenarios naturales.

Resultados: la atención a la salud a los adultos mayores en la Ciudad de México presenta características en el ámbito instituido de alta calidad, la cual está sustentada con un marco jurídico legal vasto; sin embargo, en el aspecto instituyente los largos tiempos de espera, el trato irrespetuoso y la falta de recursos son aspectos primordiales que los usuarios quisieran mejorar.

Conclusiones: el punto de equilibrio entre lo instituido y lo instituyente es lo institucionalizado. La población estudiada ve más aspectos positivos que negativos, por lo que podría decirse que sí existe una atención diferenciada pero está más enfocada a favorecer a los adultos mayores.

Keywords:

Elderly
Nursing Care

Abstract

Introduction: Demographic and health aspects of older adults are described, and based on René Lourau's position an institutional analysis of care for this age group is offered.

Objective: To characterize the institutionalization of differentiated services to older adults and the ways it is perceived and justified.

Methodology: A descriptive, qualitative, inductive design with naturalistic approach where participants were interviewed during the first half of 2013 in southern Mexico City. Information was obtained by analyzing the speech in twelve semi-structured interviews with older adults, their families, and health staff (nurses and doctors); public policies and regulations established for the care of the elderly are analyzed, as are observations made during data collection in the natural setting.

Results: Health care to older adults in Mexico City has high quality characteristics in the field, which is supported by an extensive legal framework; however, in terms of institutionalization, long waiting times, disrespectful treatment, and lack of resources are key aspects that users would like to improve.

Conclusions: The balance between the instituted and the instituting is the institutionalized. In the population studied more positive than negative aspects are highlighted, so it is possible to say that care is differentiated, but it is mostly focused on favoring older adults.

Correspondencia:

Rey Arturo Salcedo-Álvarez

Correo electrónico:
rasalced@hotmail.com

Fecha de recepción:
09/06/2014

Fecha de dictamen:
19/11/2014

Fecha de aceptación:
21/01/2015

Adultos mayores, algunos aspectos demográficos y de salud

Durante el siglo XX la población mexicana experimentó importantes transformaciones sociales, económicas, demográficas, políticas y culturales. Estas variaciones implicaron importantes cambios en la estructura de edad en la población, de la cual la cantidad relativa de personas de mayor edad aumentó gradualmente y la de niños disminuyó.¹ En 2001 los adultos mayores representaban el 5 % de la población en México, y se calculó que en 2030 alcanzarían el 12.6 %.² Sin embargo, datos del último censo³ indicaron que en 2010 esta población fue de 8.8 %; asimismo, el Consejo Nacional de Población estimó que a nivel mundial la población de adultos mayores ascenderá a 16.6 % en 2030 y para el año 2050 a 21.4 %.⁴

Si bien ahora los adultos mayores viven más años, esto no necesariamente indica que tengan buena salud: los padecimientos crónicos, degenerativos, neoplásicos, mentales o infecciosos son frecuentes y limitan de manera importante su estado de salud. Un estudio multicéntrico desarrollado en siete ciudades de América Latina y el Caribe (en el que se incluye la zona metropolitana de la Ciudad de México) y que tuvo por objetivo evaluar el estado de salud de los adultos mayores ha mostrado que las personas de este grupo están envejeciendo con más problemas funcionales, peor estado de salud y mayores limitaciones de atención en comparación con los adultos mayores de países desarrollados.⁵ En México la morbilidad de esta población también se ha incrementado; en 1990 se registró una tasa de 14 710 y para el año 2005 se elevó a 38 970 por cada 100 000 Adultos Mayores.⁶

El estado de salud de este grupo etario tiene un peso específico que recae en el sistema de salud e impacta en la eficiencia de este: dos de las enfermedades crónicas prioritarias en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) son la diabetes y la hipertensión arterial. En 1996 se atendieron 280 000 adultos mayores con diagnósticos de esas enfermedades. Para el año 2000, esta cifra se incrementó a 670 000. Se estimó que en el año 2010 se presentarían 1 100 000 casos y para el año 2020 serán 1 500 000. Los recursos presupuestales actualmente ya son insuficientes y no está ocurriendo, ni se prevé, un crecimiento de la plantilla del personal ni de la infraestructura sanitaria para su atención.⁷

Es un hecho indiscutible que las consecuencias en el estado de salud de los adultos mayores dependen en gran medida del nivel socioeconómico, los estilos de vida, el

estado de nutrición, la actividad física, el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, y los hábitos de cuidado de cada uno de ellos. Sin embargo, también dependen del tipo de servicio de salud donde se atienden, por lo que dar una atención de enfermería segura y de calidad en un ámbito equitativo, justo y ecuánime es imprescindible no solo para la buena atención de las personas, sino también para lograr su satisfacción y ganar su confianza.

Atención a la salud diferenciada

El concepto de *atención diferenciada* no aparece en los “descriptores de la literatura científica para las ciencias de la salud”.⁸ La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que esta comprende la actitud de quien presta el servicio, pues lo individualiza de modo que toda persona que asista, salga satisfecha, acorde al nivel de resolución que se pueda ofrecer.

Para el caso particular de esta investigación se definió *atención diferenciada* como “El hecho de recibir por parte del personal de salud una atención diferente a la que se les da al resto de las personas, principalmente una atención desfavorable”.

En México, como en muchos otros países, el área médica es la que mayormente ha participado el diseño de las políticas públicas de salud. Por ello, a la “atención a la salud” la han definido como sinónimo de “atención médica”, aunque la realidad demuestra que son muchas las profesiones que interactúan para hacer efectiva la atención a la salud.

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS)⁹ la atención médica se define como “las acciones de salud que abarcan la atención a las personas y al entorno, realizada con la finalidad de promover, proteger o recuperar la salud, o bien de reducir o compensar la incapacidad irrecuperable, independientemente de la naturaleza pública, estatal, no estatal o privada de los agentes sanitarios”.

En México, la atención médica se conceptualiza como “El conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud”.¹⁰ Las actividades específicas de esta atención son: las preventivas, que incluyen la promoción general y la protección específica; las acciones curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar el tratamiento oportuno; las de rehabilitación, que incluyen acciones tendientes a corregir la invalidez, y finalmente, las paliativas, que se refieren al cuidado integral para preservar la calidad de vida del paciente, a través

de la prevención, tratamiento y control del dolor y otros síntomas físicos y emocionales por parte de un equipo profesional multidisciplinario.

Por consiguiente, la atención a la salud representa el conjunto de acciones basadas en el conocimiento científico, habilidades y destrezas dentro de un contexto ético para encausar el fomento, la protección y la recuperación de la salud individual y colectiva; asimismo, es la forma como la sociedad organiza y destina sus recursos a partir de políticas públicas sanitarias para asistir y enfrentar los riesgos de salud de la población al ofrecer servicios de fomento, prevención, asistencia y rehabilitación, todo esto bajo condiciones de imparcialidad, equidad y justicia.

Análisis institucional

De acuerdo con René Lourau las instituciones son cuerpos normativos jurídico-culturales, compuestos de ideas, valores, creencias y leyes que determinan las formas de intercambio social y caracterizan las prácticas sociales.

El *análisis institucional*, descrito por Lourau y George Lapassade a fines de la década del 60 se plantea como teoría y método. En un sentido amplio, en palabras de Lourau, se trata de una “teoría crítica de las formas sociales”, de un “método de trabajo científico, que pone el acento en la descripción de las condiciones de investigación, sobre la implicación permanente y no solo mencionada puntualmente, sobre el lazo entre implicación e institucionalización”.¹¹

Lourau define la institución apoyándose en tres nociones:¹² lo instituido, lo instituyente y lo institucionalizado. Estos mismos conceptos los describe de la siguiente manera:

- Lo instituido es sinónimo de orden establecido y de la ley social, contrapuesto a lo instituyente, es decir, es la antítesis, puesto que se caracteriza por ser informal, espontáneo y explosivo;
- Lo instituyente es el potencial del grupo informal que encarna la negatividad a lo instituido, es el momento en que se funda una institución, es decir, la noción, que pretende superar las instituciones ya existentes, por lo que es una negación y significa la anarquía para el orden establecido, y
- Lo institucionalizado se da cuando ya están las normas y reglas en el inconsciente del individuo y del colectivo, y cuando sus normas, lineamientos y preceptos continúan rigiendo la vida social.

Uno de los aportes del análisis institucional es que considera el concepto institución en su dimensión histórica y dialéctica.

Ahora bien, retomando el concepto de institución y analizándolo dialécticamente según Lourau, este consta de tres momentos:

1. La universalidad misma (lo instituido/la universalidad de la ideología) que se considera como el aparato jurídico, legal, normativo e ideológico que sustenta la atención; por ejemplo: el cuidado de enfermería proporciona salud y bienestar a las personas.
2. Particularidad (lo instituyente/la particularidad de la base social) que vendría a ser “el proceso” de los macroprocesos, de cómo lo universal condiciona a lo particular (programas, normas, reglamentos y procedimientos de enfermería a través de los cuales se da la atención).
3. Singularidad, que de acuerdo con la propuesta referida vendría a ser lo institucionalizado y serían las manifestaciones de base a la atención de enfermería que resultan de esta interacción.

Dice Lourau “La institucionalización es un proceso, una transformación, una lucha que concierne a todos los aspectos del fenómeno social”.¹¹ El primer momento remite a la dimensión abstracta, general, a la unidad positiva del concepto universalidad, que queda negada en la medida en que distintas condiciones políticas, culturales, económicas e históricas la particularizan.

La atención de enfermería es una institución, ya que para que esta se dé y sea asumida incluso de manera inconsciente como una actividad de las ciencias de la salud encargada del cuidado de las personas y posea las características de legitimidad y humanismo que genera un bien social, las relaciones necesarias para que esta atención se produzca (planes de estudio, escuelas, títulos universitarios, alumnos, maestros, clínicas, hospitales, etcétera) hacen que la atención de enfermería se asocie a una serie de normas, modelos y valores de comportamiento específicos dentro de una sociedad.

De esta manera se tiene claridad sobre los niveles de autoridad, autonomía y responsabilidad, que son exigibles para un estudiante, una auxiliar, una enfermera general, una licenciada, una especialista, maestra o doctora.

Si bien son tres muy diferentes momentos del concepto de institución, pueden descomponerse dialécticamente en estos tres:

- Momento de la universalidad. Es el momento positivo del concepto. Este es plenamente verdadero de modo abstracto: una enfermera puede dar atención altamente tecnificada a un paciente que cursa con un problema muy complejo de salud en un instituto nacional o bien puede estar realizando una visita domiciliaria para el control de un adulto mayor diabético y en ninguno de los dos casos podría considerarse que una atención es superior a la otra. Ejemplo: la atención de enfermería es un hecho social positivo y universal en lo abstracto.
- Momento de la particularidad. El concepto se encarna en condiciones determinadas, particulares. Todo universal conlleva en sí mismo su contrario; retomando el ejemplo anterior: un adulto mayor con una diabetes descompensada seguramente requerirá de atención altamente especializada y al menos en los momentos más críticos la visita domiciliaria será seguramente prescindible. Por ejemplo: la atención de enfermería no puede darse a todos por igual, ya que dependerá de las necesidades de cuidado de cada persona.
- Momento de la singularidad del concepto. Las normas universales no encarnan directamente en los individuos; pasan por la mediación de normas sociales particulares, por ejemplo: la atención de enfermería puede darse a todos por igual pero dependerá de la cultura de cada persona como esta acepta el cuidado.
- La transversalidad. Es el entrecruzamiento de instancias que se remiten al conjunto del sistema social. Toda forma social posee una funcionalidad específica, pero tomadas estas funciones transversalmente habría funciones oficiales y otras latentes, generalmente negadas. Toda forma social posee una finalidad oficial, así como una división del trabajo, en donde cada individuo ocupa un sitio como parte de una organización; así, la atención de enfermería es una vivencia necesaria por la que tienen que transitar las personas que la requieren y se ven obligados a permanecer por la lógica del orden social, de la herencia cultural y de la costumbre que prevalece en los centros de atención.

La atención de enfermería representa una relación entre lo instituyente y lo instituido que da lugar a un espacio inacabado y en permanente movimiento. La institución es captada como un espacio contradictorio, atravesado por fuerzas que escapan a los límites que fija la física del

establecimiento. Así, no podemos investigar el quehacer institucional si no es en relación con otras instituciones.

Derivado de los antecedentes planteados se formuló la siguiente pregunta orientadora: ¿Cómo es la institucionalización de la atención diferenciada a la salud de los adultos mayores en la Ciudad de México?

El objetivo de esta investigación consistió en caracterizar la institucionalización de la atención diferenciada a los adultos mayores y las formas como esta se percibe y justifica.

Metodología

El tipo de investigación fue descriptiva cualitativa con enfoque naturalista inductivo.¹² Se procuró describir, clasificar, interpretar y analizar los acontecimientos, hechos y fenómenos relacionados con la atención a la salud diferenciada a los adultos mayores del sur de la Ciudad de México, que es la capital y sede de los poderes federales de los Estados Unidos Mexicanos. Se trata de una entidad federativa de México que no forma parte de los 31 estados mexicanos, pero pertenece a la Federación, que en conjunto está conformada por las 32 entidades federativas de la nación.

La Ciudad de México es el núcleo urbano más grande del país, así como el principal centro político, académico, económico, de moda, financiero, empresarial y cultural. En ella se concentran los principales centros hospitalarios del país, los institutos nacionales de salud y los hospitales de alta especialidad que cuentan con la tecnología más avanzada y moderna del mundo.

Los participantes de estudio fueron adultos mayores y sus familiares, mismos que fueron entrevistados en sus domicilios; también estuvo constituido por enfermeras y médicos, quienes fueron entrevistados en sus lugares de trabajo.

Los criterios básicos de selección fueron adultos mayores que hubieran requerido atención médica, así como sus familiares que hayan sido sus cuidadores primarios; personal de salud operativo de los servicios que atienden adultos mayores; personal de salud directivo de unidades de salud.

Todos los sujetos de la investigación antes mencionados fueron obtenidos por los criterios de saturación y redundancia, los cuales se alcanzaron cuando el investigador obtuvo información similar o la misma; es decir, los informantes no indicaron algo diferente de lo ya expresado en las entrevistas.

Para la recolección de datos se utilizó una entrevista semiestructurada con tres enfoques distintos, dependien-

do de a quien estuviera dirigida: una para los adultos mayores y sus familiares, otra para enfermeras y médicos.

Para la organización de la información, se incluyó la transcripción total de las entrevistas y se analizó el discurso, para lo cual se incluyó el *código vivo*, que fueron las frases expresadas por el entrevistado. A este se le denominó Emic.

Para el procesamiento de la información, *código sustantivo*, se realizaron las abstracciones derivadas del marco teórico y de la experiencia empírica (Etic).

Desde las perspectivas instituyente e instituida de acuerdo con los tres actores esenciales de este trabajo se vincularon de manera vertical, horizontal y transversal los aspectos instituidos, instituyentes y en las entrevistas a adultos mayores, personal de salud y familiares de los adultos mayores.

Se hicieron cuadros comparativos para cada pregunta con las respuestas de los tres actores participantes. Se contrastaron las categorías con los clasificadores de análisis. Posteriormente se comparó esta información con las políticas públicas existentes para la atención de los adultos mayores. Luego se redactaron los resultados y las conclusiones finales.

Se establecieron unidades de registro y catalogación de elementos. El criterio fundamental de categorización del análisis de contenido temático fue semántico, es decir, se agruparon las unidades por similitudes en cuanto a su significado.

El análisis realizado a doce encuestas (tres a adultos mayores, tres a familiares de adultos mayores, tres a personal de enfermería y tres a médicos) permitió crear las siguientes líneas de análisis:

- Categorías: instituido, institucionalizado e instituyente.
- Clasificadores: atención proporcionada, atención recibida y consistencia del sistema.

Dado que en este trabajo se tuvieron tres fuentes de información (uno, el discurso oficial vigente en la legislación mexicana o bien la literatura científica; dos, el discurso de los adultos mayores y sus familiares; y tres, el de las enfermeras y los médicos), la descripción de los resultados se hizo a partir del contraste de los tres tipos de disertación para cada uno de los clasificadores establecidos.

Durante el desarrollo de la investigación se observaron los principios éticos. A todos los sujetos de investigación se les garantizó su anonimato y confidencialidad. Previa autorización, se les informó sobre el objetivo de la investigación, respecto a la privacidad, libertad para participar o no del estudio.^{13,14}

Asimismo, se les solicitó permiso para la grabación de la entrevista, previa autorización, y se eliminaron los nombres completos y solo se dejó el patronímico seguido de las iniciales de los apellidos que se utilizó en la transcripción de las entrevistas y en el informe final de la investigación.

Para los aspectos de rigor de la investigación cualitativa se consideraron los criterios de credibilidad, auditabilidad y transferibilidad.

Resultados y discusión

El análisis institucional es un método y teoría que desde su concepción filosófica tiene definidas sus categorías analíticas; para el primer caso son: instituido, instituyente e institucionalizado.

Las 131 unidades de análisis (cuadro I) se agruparon, debido a que las categorías del análisis institucional y de esta investigación fueron instituido, instituyente e institucionalizado, y los clasificadores atención proporcionada, atención recibida y consistencia del sistema, además de que cada una de estas puede tener connotación positiva o negativa.

Cuadro I. Agrupación de categorías y clasificadores

Categoría frente a clasificador	Instituido connotación		Institucionalizado connotación		Instituyente connotación	
	Pos	Neg	Pos	Neg	Pos	Neg
Atención proporcionada	2	0	20	7	7	0
Atención recibida	7	0	13	11	4	4
Consistencia del sistema	10	0	7	29	6	5
Total = 131	19	0	40	47	17	9

Para la descripción de los resultados nos centramos en la categoría institucionalizado, ya que consideramos que el aspecto institucionalizado es el punto medio entre lo instituido y lo instituyente, dado que en el aspecto institucionalizado la connotación positiva de los discursos está más apegada al ámbito instituido y por consiguiente los discursos encontrados en el aspecto instituyente están más enfocados en la connotación negativa de la categoría institucionalizado.

Categoría II, institucionalizado. Clasificador: atención proporcionada. Connotación positiva

El análisis institucional, en palabras de Lourau, es una “teoría crítica de las formas sociales”. Ahora bien, en México son muchos los discursos oficiales que afirman, pregonan y promocionan los beneficios, virtudes y logros en materia de salud; para muestra el programa de acción SICALIDAD.¹⁵ Este tiene como objetivo fundamental promover un trato digno y adecuado para los enfermos y sus familiares, así como brindar en todas las instituciones de salud servicios más efectivos. Al respecto, dos de las enfermeras entrevistadas comentaron lo siguiente.

E1PS Enf, P 2, R 1 a 2 y 3 a 5 Sí, los trato bien, puesto que yo también tengo abuelos y no me gustaría que los trataran mal porque los vean mayores... A mí en lo personal no me gusta tratar con adultos mayores, pero tampoco los discrimino; más bien, trato de atenderlos lo mejor posible.

E1PS Enf, P 7, R 1 a 5 Los médicos son un poco más secos y no tienen el tacto por tratar a los adultos. El personal de enfermería los trata con más amabilidad y dulzura. Yo siempre trato de dar lo mejor de mis cuidados.

En cuanto a la categoría institucionalizado y el clasificador atención proporcionada connotación positiva, encontramos que en las 20 unidades de análisis agrupadas los discursos se refieren en su mayoría a la satisfacción profesional que encuentran tanto enfermeras como médicos al procurar proveer a todos sus pacientes de atención y trato igualitario, pese a las dificultades que pudiesen encontrar en cuanto a la provisión de recursos tanto materiales como humanos. Asimismo, observamos que son las enfermeras quienes mantienen mayor contacto con los pacientes y para el caso de los adultos mayores procuran proveerles un trato adecuado a sus necesidades y capacidades.

Categoría II, institucionalizado. Clasificador: atención proporcionada. Connotación negativa

La institucionalización es un “proceso, una transformación, una lucha que concierne a todos los aspectos del fenómeno social”.¹¹ El primer momento remite a la dimensión abstracta, general, a la unidad positiva del concepto universalidad que queda negada en la medida en que distintas condiciones políticas, culturales, económicas e históricas la particularizan. En este sentido, durante la Vigésima Séptima Conferencia Sanitaria Panamericana, llevada a cabo por la Organización Panamericana de la Salud en octubre de 2007, se subrayó la importancia de contar con una política y una estrategia regionales para garantizar la calidad de la atención sanitaria. Este organismo resaltó la importancia de la calidad de la atención y la seguridad del paciente como una cualidad esencial para conseguir los objetivos nacionales en salud, la mejora de la salud de la población y el futuro sostenible del sistema de atención en salud. En oposición a ello, la atención sanitaria de calidad deficiente impone una carga negativa a los servicios de salud, refleja en su falta de efectividad, ineficiencia, acceso limitado e insatisfacción de los usuarios.

Aunque la realidad muestra que muchas veces el trato personalizado depende más de aspectos personales que de los intereses institucionales.

E1PS Enf, P 1, R 1 a 4 Siento que sí se les da una atención con buena calidad... La atención siempre va a variar dependiendo mucho del estado de ánimo de las personas y en este caso de los médicos y enfermeras.

E3PS PS Méd, P 1, R 20 a 27 El médico tiene que ver cierta cantidad de pacientes. Con el adulto mayor, desde que entra al consultorio lo hace con ciertas limitaciones por su pérdida de agilidad en los movimientos y apenas va entrando al consultorio y ya le empezamos a preguntar qué tiene, qué le duele, a regañarlo porque no se cuida y eso ocasiona que su tiempo en la consulta médica disminuya, enfocándose el médico solo a tratar la molestia sin saber que a lo mejor en su casa sufre también discriminación, maltrato y que nosotros también le generamos eso mismo.

Al analizar la categoría institucionalizado, clasificador atención proporcionada, connotación negativa, encontramos cinco discursos en los cuales el personal médico y de enfermería acepta tener trato diferenciado hacia el adulto mayor, con lo que evidencia el “edadismo” (mantenimiento de estereotipos o actitudes prejuiciosas hacia una

persona únicamente por el hecho de ser mayor) presentado por Losada como la tercera gran forma de discriminación. Con esta, Losada se refiere a los estereotipos hacia las personas adultas mayores respecto de sus habilidades o capacidades cognitivas.¹⁶ Este tipo de discriminación proviene del propio miedo a la muerte inculcado en la sociedad, como lo menciona Todd Nelson en su análisis de la institucionalización del edadismo en Estados Unidos a partir de programas de televisión y hasta libros para niños.¹⁷ Asimismo, los discursos analizados en esta parte del análisis hacen referencia a que son los doctores los que ejercen mayor discriminación hacia el adulto mayor, debido en parte a la falta de personal de salud. Como se anotó desde las primeras páginas de este trabajo, son los adultos mayores el grupo poblacional de más rápido crecimiento y el que más problemas y necesidades de salud presenta. Al respecto, algunas entrevistas hacen notar la falta de recursos con que cuentan los médicos y las enfermeras para poder proveer a los pacientes de una atención adecuada.

Categoría II, institucionalizado. Clasificador: atención recibida. Connotación positiva

En el análisis institucional se considera que todo analizador es un analizador social. De aquí se desprende, por un lado, la espontaneidad del analizador natural, y lo artificial del dispositivo analizador estratégico espacio-tiempo, construido para la intervención. Ambos son secundarios al carácter social del analizador. Dice Lourau “el analizador desinstitucionaliza, revela el instituyente aplastado bajo el instituido y, al hacerlo, desarregla al instituido”. El analizador interroga simultáneamente al saber y al poder y analiza a ambos, tanto el deseo de saber como nuestra posición en las relaciones sociales. En este sentido cabe considerar que “por analizador entiendo los elementos de la realidad social que manifiestan con mayor virulencia las contradicciones del sistema.”

En este orden de ideas, en México dentro de los objetivos del Programa Sectorial de Salud 2013-2014¹⁸ se plantean las acciones y estrategias que se deben llevar a cabo para asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud con calidad. Entre ellas resaltan la estrategia 2.2, enfocada a mejorar la calidad de los servicios de salud del Sistema Nacional de Salud y la estrategia 2.3, enfocada a la creación de redes integradas de servicios de salud interinstitucionales, cuyas líneas de acción pretenden consolidar mejoras en la calidad de los servicios médicos,

las cuales incluyen el fortalecimiento de las unidades médicas, la implementación de modelos de atención prehospitalarios, el impulso del cumplimiento de estándares de calidad y seguridad del paciente en las instituciones de salud, así como la actualización de los mecanismos que permitan la homologación de la calidad técnica e interpersonal de los servicios de salud.

E2AM, P9, R5 a 12 Afortunadamente todavía encontré a un doctor. Me revisó, me dio una hoja y me dijo que me fuera de urgencia al Hospital de Milpa Alta... En ese hospital me operaron y gracias a Dios todos me trataron muy bien... Salí.

E3AM, P1, R2 y 4 Hasta ahorita me han atendido bien y no tengo queja alguna. El personal es muy atento, las señoritas enfermeras, hasta ahorita las que me han tocado, son muy amables.

En cuanto a la categoría institucionalizado, clasificador atención recibida, connotación positiva, al analizar los 13 discursos obtenidos, observamos que se refieren al buen trato que han recibido los pacientes adultos mayores o sus familiares por parte de las enfermeras, médicos y trabajadoras sociales. Los entrevistados reportaron que han observado mejoría en la calidad de la atención que reciben. En una investigación sobre la satisfacción de los adultos mayores,¹⁹ respecto a la calidad de los servicios de medicina familiar se encontró que el 80 % de los entrevistados consideran que la atención que recibieron fue buena tanto en las unidades de medicina familiar como en los hospitales de especialidades; sin embargo, otra investigación reportó la satisfacción del 64 % en cuanto a la amabilidad del trato recibido, el 21.7 % reportó mejoría del padecimiento, 9.1 % cortó tiempo de espera, el 93 % de los entrevistados expresó que la atención médica recibida fue buena el día de la entrevista. El motivo de esta percepción fue en 74.9 % por el buen trato por parte del médico.

Categoría II, institucionalizado. Clasificador: atención recibida. Connotación negativa

La producción de analizadores en toda situación dada es la condición indispensable de la manera como los actores perciben tal situación y posibilita tanto que los múltiples entrecruzamientos propios de la institución se tornen visibles, así como un reposicionamiento de los actores frente a sus propios lugares institucionales, es decir, que el

grupo recupere la posibilidad instituyente para moverse del lugar de alienación instituido.

En México, la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CNHDDF) en el *Manual de derechos humanos y no discriminación del adulto mayor* menciona que la no discriminación es un derecho humano. Asimismo, las prácticas discriminatorias están prohibidas por el marco jurídico; sin embargo, acepta que la discriminación sigue formando parte de la cotidianidad social tanto en el país como a nivel mundial.²⁰ Respecto de la discriminación hacia el adulto mayor precisa que

La discriminación hacia las personas adultas mayores significa aquellas actitudes o comportamientos negativos con respecto a los miembros de un grupo diferente [...] tienen por objetivo restringir o negar una igualdad de trato, servicios o derechos... Los individuos que discriminan tienen una visión distorsionada del ser humano, ya que atribuyen a sí mismos características o virtudes que los ubican un escalón más arriba que ciertos grupos...

A continuación se presenta la evidencia encontrada durante la realización de esta investigación sobre la existencia de discriminación en el trato a adultos mayores.

E2AM, P11, R1 a 3 Es muy notable la diferencia: con los adultos mayores son más groseros y no tienen nada de paciencia. Algunos de nosotros ya no escuchamos bien y a los doctores les molesta repetir las cosas.

E1Fam, P6, R1 a 6 Sí atienden diferente... Mi abuelito era muy enojón. Cuando se le acercaban, no quería que lo tocaran ni que le pusieran la medicina. Aventaba todo y por eso las enfermeras casi no se le querían acercar ni atenderlo... Yo entendía que no lo quisieran atender, pero deberían de entenderlo porque ya es una persona mayor.

En su mayoría, los discursos analizados en el clasificador atención recibida, categoría institucionalizado, connotación negativa se refieren al incumplimiento de las expectativas de calidad que tienen los pacientes sobre el trato recibido. Encontramos que los mayores insatisfechos los encuentran en el periodo previo y durante la consulta, es decir, cuestiones que van desde el tiempo de espera hasta el servicio recibido en el consultorio. La mayoría de las quejas de refieren al trato proporcionado por los médicos. Guadalupe Maldonado¹⁹ en una investigación similar, "Calidad de atención del adulto mayor", reporta que el tiempo de espera no es prioritario para los adultos mayores a la hora

de evaluar la calidad de la atención médica recibida; sin embargo, sí lo son factores como la amabilidad en el trato o la mejoría del padecimiento.

Categoría II, institucionalizado. Consistencia del sistema. Connotación positiva

Siguiendo la propuesta de Juan Acha,²¹ pero aplicando el concepto a la atención de enfermería: el cuidado como fenómeno sociocultural está sujeto a tres procesos básicos: producción, distribución y consumo. Conforme al primero se considera una actividad profesional que requiere de aprendizaje específico para producir procesos de cuidado que son humanos por sí mismos. Los otros dos procesos de los cuales se integra la profesión de enfermería concierne al público usuario, que es el receptor del cuidado y sus demandas de atención, en los espacios que median entre la atención a la salud y el cuidado de enfermería desde su función esencial de dar cuidado de calidad. En México el ejercicio de la atención a los pacientes por las enfermeras está monitoreado por el Sistema Indica, el cual plantea la integración de evidencias sobre la mejora de la calidad técnica y percibida de los servicios de salud. Asimismo, la Comisión Permanente de Enfermería define la calidad de los servicios de enfermería. En las entrevistas realizadas, se encontró evidencia de la mejora en la percepción de la calidad de la atención por parte de las enfermeras.

E1Fam, P22, R1 a 5 y 6 a 7 En el centro de salud yo siento que las enfermeras están más capacitadas para tratar con adultos mayores, porque les tienen más paciencia y nunca están enojadas... En el hospital yo creo que es regular la atención porque tienen mucho trabajo... Hay enfermeras buenas y enfermeras groseras.

E3AM, P1, R4 a 6 Años atrás, las enfermeras eran muy enojonas y déspotas. No sé si influya la edad porque las que hay ahorita son más jóvenes o a lo mejor ya están mejor preparadas.

En este rubro se encontraron siete discursos, los cuales en su mayoría hacen referencia a la mejoría que encuentran los pacientes en el trato proporcionado por las enfermeras. Asimismo, los entrevistados aseguran que el trato recibido varía según la institución en la que sean atendidos. Una investigación similar reporta que la mayoría de los adultos mayores entrevistados recibieron trato amable por parte del personal de enfermería; así, el 58 %

se sintió altamente satisfecho con el servicio recibido, el 40 % reportó un grado medio de satisfacción, mientras que el 2 % se sintió insatisfecho con los cuidados proporcionados por el personal de enfermería.²²

Categoría II, institucionalizado. Consistencia del sistema. Connotación negativa

La manera de hacer las cosas, que, como mencionamos con anterioridad, corresponde a la práctica discursiva y que, en su conjunto, representa la parte instituida de la atención de enfermería y el proceso de cuidar, se refiere a la manera en que los profesionales realizan sus prácticas diarias de cuidar (práctica cotidiana); es decir, la forma en que está institucionalizado el cuidado a los adultos mayores.

Sin embargo, en el artículo sexto, fracción primera de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores se declara que: “Toda institución pública o privada que brinde servicios a las personas adultas mayores deberá contar con la infraestructura, mobiliario y equipo adecuado, así como [con] los recursos humanos necesarios...”.²³

E3AM, P3, R3 a 6 He notado que no cuentan con el material necesario para brindar una buena calidad de servicio, pero eso no depende del personal sino de las autoridades gubernamentales que tienen a su cargo la clínica.

E1Fam, P16, R 1 y 5 a 7 A veces he visto que prefieren atender a un niño que a un abuelito... Uno entiende que hay gente más grave que uno, pero pues los viejitos ya no aguantan tanto. Nos queríamos salir y regresarnos, pero dijimos “ya estamos acá y es gasto”.

Obtuvimos 29 discursos para esta sección, en los cuales encontramos que las principales inconsistencias del sistema que fueron expuestas por los entrevistados se refieren a los tiempos de espera para ser atendidos, el trato insatisfactorio por parte de los médicos, la falta de recursos tanto materiales como humanos para recibir o proporcionar un servicio médico de calidad. Asimismo, algunos entrevistados presentaron evidencia de trato diferenciado hacia personas adultas mayores. Una investigación sobre la satisfacción de los usuarios en las unidades de medicina familiar²⁴ presentó como insatisfechos al 35.2 %. La investigación reportó que los mayores insatisfechos se tenían que ver con la dificultad para la obtención de la cita y los prolongados tiempos de espera.

Conclusiones

La investigación cualitativa representa una herramienta imprescindible para profundizar en la teorización del conocimiento. El enfoque del análisis institucional aplicado al estudio de la atención a la salud de los adultos mayores permite abordar aspectos de la atención que resultarían poco claros con metodologías cuantitativas, por lo que es conveniente continuar desarrollando esta línea de investigación.

Otra temática potencial de este trabajo es que a través de posteriores estudios para profundizar en la multifactorialidad que entraña la atención diferenciada se coadyuvará a disminuir las connotaciones negativas de la atención en el ámbito institucionalizado.

De igual manera, podría ser tema de investigaciones futuras, ya que es un hecho consumado que los adultos mayores perciben que por el simple hecho de ser un adulto mayor el personal de salud “los pueda discriminar” y además “a priori” asumen que no tiene ningún caso quejarse porque la institución siempre va a favorecer al personal y no los va a apoyar a ellos. Sin embargo, la población estudiada ve más aspectos positivos que negativos, por lo que podría decirse que sí existe una atención diferenciada, pero está mayormente enfocada a favorecer a los adultos mayores.

Además, es evidente que pese a los programas de capacitación de que es objeto todo el personal de enfermería y médico de las instituciones de salud, es un hecho que aún prevalecen prejuicios y predisposiciones que tienen sobre todo los médicos y algunas enfermeras sobre los adultos mayores y la manera como serán tratados.

Finalmente, es una realidad que la información y la educación son la mejor herramienta para disminuir actitudes negativas, por lo que es necesario incidir para que en los programas de estudio del personal de enfermería se incluya la temática de la atención diferenciada y el análisis institucional, a fin de que a mediano plazo se logre influir en los tomadores de decisiones. Con esto, la atención diferenciada será incorporada en la agenda política y pública a fin de que verdaderamente se logre que la calidad de la atención a la salud sea evaluada no únicamente con indicadores de cumplimiento de tipo cuantitativo, ya que es el aspecto vivencial cotidiano el que mayormente repercute en la calidad de la atención de los adultos mayores y por consiguiente en su satisfacción y confianza en las instituciones.

Referencias

1. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. Los adultos mayores en México. Perfil sociodemográfico al inicio del siglo XXI. México, 2005. Disponible en: http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/adultosmayores/Adultos_mayores_web2.pdf. [Consultado el 08/05/2014].
2. Negrete-Salas ME. Distribución geográfica de la población mayor. México: Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM; 2001.
3. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. Censo Nacional de Población y Vivienda 2010, México, 2012. Disponible en: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/TabuladosBasicos/Default.aspx?c=27302&s=est> [Consultado el 16/06/2013].
4. Consejo Nacional de Población. El envejecimiento de la población mundial. México, 2005. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/_enveje2005/enveje01.pdf [Consultado el 30/03/2014].
5. Albala C, Lebrao ML, León-Díaz ME, Ham-Chande R, Hennis AJ, Palloni A et al. Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): Metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. *Rev Panam Salud Publica / Pan Am Public Health*. 2005; 17:(5/6) 307-22.
6. Molina-Sánchez MR. Panorama epidemiológico del adulto mayor en el 2005. *Epidemiología*. México: Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud; 2006.
7. Gutiérrez-Robledo LM. Mortalidad en la población mayor. El proceso de la transición epidemiológica. México: Demos; 2001.
8. Descriptores en ciencias de la salud. Atención diferenciada. Disponible en: <http://decs.bvs.br/cgi-bin/>. [Consultado el 20/09/2012].
9. Organización Panamericana de la Salud. La salud pública en las Américas: nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. Washington, DC: OPS; 2002 (Publicación científica y técnica No. 589).
10. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Ley General de Salud. Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984. Últimas reformas publicadas DOF el 10 de junio de 2011. p 12.
11. Lourau R. Libertad de movimientos. Una introducción al análisis institucional. Argentina: EUDEBA; 2001.
12. Minayo MC, Deslandes S, Neto O, Gomes R. Investigación social: Teoría, método y creatividad. Buenos Aires: Colección Salud Colectiva: Serie Didáctica, 1ª ed; 2003.
13. Secretaría de Salud. Ley General de Salud. Diario Oficial de la Federación. México. 19 de junio de 2003.
14. Asociación Médica Mundial, Declaración de Helsinki. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Seúl, Corea: AMM; 2008.
15. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Innovación y Calidad. Programa de Acción Específico 2007-2012 de la Secretaría de Salud: Sí Calidad. México: SSA; 2008.
16. Losada A. Edadismo: consecuencias de los estereotipos, del prejuicio y la discriminación en la atención a las personas mayores. Algunas pautas para la intervención. Madrid, España; 2004.
17. Nelson D. Ageism: The Strange Case of Prejudice Against the older You. California, United States of America: Department of Psychology, California State University; 2011.
18. Secretaría de Salud. Programa Sectorial de Salud 2013-2018. México: SSA; 2013.
19. Maldonado G, Orrico SE, Frago JS, Pérez JHM. Calidad en la atención del adulto mayor en medicina familiar. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2000;38(3):125-9.
20. Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal. Manual de derechos humanos y no discriminación del adulto mayor. México; 2001.
21. Acha J. Teoría del dibujo, su sociología y su estética. México: Ediciones Coyoacán; 2000.
22. García MD. Satisfacción del usuario adulto mayor con la calidad de la atención de enfermería en el hospital general Cunduacán Tabasco. México: Secretaría de Salud; 2008. Disponible en: http://www.publicaciones.ujat.mx/publicaciones/horizonte_sanitario/ediciones/2008_sep-dic/03%20Ma%20DOLORES%20GARCIA%20HDEZ.pdf
23. Secretaría de Desarrollo Social. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores. México: SEDESOL; 2011.
24. Hernández Leyva B, García Peña C, Anzures Carro R, Orozco López M. Satisfacción de usuarios en Unidades de Medicina Familiar. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2002;40(5):373-8.

Cómo citar este artículo:

Salcedo-Álvarez RA, Rivas-Herrera JC, González-Caamaño BC, Bustamante-Edquén S. El análisis institucional de la atención a la salud diferenciada de los adultos mayores. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2015;23(3):177-86