



*Asesorías y Tutorías para la Investigación Científica en la Educación Puig-Salabarría S.C.
José María Pino Suárez 400-2 esq a Lerdo de Tejada, Toluca, Estado de México. 7223898475*

RFC: AT1120618V12

Revista Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores.

<http://www.dilemascontemporaneoseduccionpoliticayvalores.com/>

Año: X Número: 3. Artículo no.:61 Período: 1ro de mayo al 31 de agosto del 2023

TÍTULO: Obstáculos y facilitadores en la interacción de las personas mayores con los servicios de salud a partir de la pandemia de COVID-19.

AUTORA:

1. Lic. Norma Leticia Perales Espinoza.

RESUMEN: Con el surgimiento de la actual pandemia por coronavirus (COVID-19), las personas mayores han sido un grupo vulnerable, debido a que fueron los más susceptibles de contraer la enfermedad y presentar síntomas graves; a su vez las prestaciones de los servicios de salud fueron afectadas. El objetivo del trabajo es valorar obstáculos y facilitadores derivados de los DSS que presenten las personas mayores en la interacción con los servicios de salud a partir de la pandemia de COVID-19. La metodología fue cualitativa-interpretativa con un abordaje fenomenológico y un tipo de muestreo de casos típicos, donde se entrevistaron hombres y mujeres mayores de 60 años de edad, que tuvieron interacción con los servicios de salud a partir de la pandemia COVID-19.

PALABRAS CLAVES: personas mayores, determinantes sociales de la salud, servicios de salud, obstáculos y facilitadores.

TITLE: Obstacles and facilitators in the interaction of older people with health services from the COVID-19 pandemic.

AUTHOR:

1. Lic. Norma Leticia Perales Espinoza.

ABSTRACT: With the emergence of the current coronavirus pandemic (COVID-19), older people have been a vulnerable group, since they were the most susceptible to contracting the disease and presenting severe symptoms; in turn, the benefits of health services were affected. The objective of the work is to assess obstacles and facilitators derived from the DSS that older people present in the interaction with health services from the COVID-19 pandemic. The methodology was qualitative-interpretative with a phenomenological approach and a type of sampling of typical cases, where men and women over 60 years of age were interviewed, who had interaction with health services from the COVID-19 pandemic.

KEY WORDS: older people, social determinants of health, health services, obstacles and facilitators.

INTRODUCCIÓN.

Se trata de un estudio que recuperó de personas mayores sus experiencias en calidad de testimonios en la interacción con los servicios de salud sucedidos a partir de la pandemia COVID-19, respondiendo a la pregunta que orienta la indagación que es la siguiente: Desde la perspectiva de las personas mayores ¿Cuáles son los obstáculos y facilitadores en la interacción con los servicios de salud a partir de COVID-19? La investigación fue cualitativa de corte interpretativo, con un nivel de indagación descriptivo, donde las experiencias recuperadas fueron analizadas con estrategias fenomenológicas. Tras realizar entrevistas focalizadas y recuperar datos a través de la observación y notas de campo del evento, se analizaron los elementos de las dimensiones de los determinantes sociales de la salud.

Es un acercamiento de diseño abierto, pues comprende tres decisiones: para iniciar, durante el proceso, y el final; esas decisiones se tomarán en función de los datos y el análisis de los mismos, según se vayan recolectando, y quizá orienten la actualización o modificación de la pregunta de investigación.

DESARROLLO.

Antecedentes.

A nivel mundial, se ha reportado un cambio en la pirámide poblacional, observándose que el número de habitantes que representa al grupo de personas mayores de 60 años aumenta con el paso de los años. La Organización Mundial de la Salud (OMS), en el 2018, proyectó que entre los años 2015 y 2050 la población mayor de 60 años a nivel mundial duplicará sus cifras, pasando de 1,100 millones de habitantes a 2,000 millones.

En México, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) indicó en el año 2020 que existían 126,014,024 habitantes, de los cuales 15,121,682 (12%) eran personas mayores y un 20% (casi 3 millones) de ellos no estaban afiliados a ninguna institución de salud. Veracruz en el año 2020 reportó una cifra de 8,062,579 de habitantes, ocupando el cuarto lugar nacional con mayor población en el país y el segundo lugar en personas mayores con 1,161,011 (14.4%). Sumado a esto, 27.6% de la población total del Estado no estuvo afiliada a ningún servicio de salud; de ese porcentaje, entre el 18% y 23% de personas pertenece al grupo de personas mayores. El municipio de Xalapa, Veracruz, contó con una población de 488,531 habitantes, de los cuales el 14.59% fueron personas mayores.

A consecuencia del crecimiento en la población mayor, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) menciona, que los sistemas de salud en las Américas no están respondiendo a las necesidades que presentan este grupo poblacional, más del 50% de las personas mayores en países de ingresos bajos y medianos carecían de acceso a algunos servicios de salud esenciales. En la pandemia por COVID-19, las personas mayores han sido especialmente vulnerables frente al virus y se reportó en estos una mayor cantidad de muertes. Se pudo observar, que a partir de la pandemia existió en este grupo poblacional dificultad en el tratamiento de enfermedades crónicas, así como se notó que las personas jóvenes, en comparación con las personas mayores, tuvieron privilegio en la atención en los servicios de salud.

Con respecto al cambio demográfico a nivel global, caracterizado por un aumento en el número de personas mayores, se busca que puedan tener una mejor calidad de vida, para lo cual tienen relación los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) que incluyen tres elementos: a) *el contexto socioeconómico y político*, b) *los determinantes estructurales* y c) *determinantes intermedios*.

En el *determinante intermedio*, con relación a los servicios de salud, algunos estudios han demostrado una falta de cobertura y problemas de accesibilidad. Según Loza et al (2021) en Argentina realizaron una investigación cualitativa con el objetivo de explorar las experiencias de las personas mayores con relación al cuidado de su salud durante el confinamiento por COVID-19, los problemas en la accesibilidad al sistema de salud y las adaptaciones emergentes encontrando que a partir de la pandemia las oportunidades para las consultas médicas fueron afectadas, los centros de salud cerraron en la mayor parte del confinamiento, afectando el adecuado control de las enfermedades, los diagnósticos y los tratamientos de la población, y a pesar de esto, las personas mayores hicieron lo posible por ser atendidas, teniendo acceso a teleconsultas y recetas virtuales a través de las tecnologías de la información y comunicación, aunque esto no fue igual para todas las personas, ya que algunas no tuvieron acceso o conocimiento de su utilización.

Otro estudio cualitativo que aborda las interacciones de las personas mayores en los servicios de salud fue realizado en el año 2016 por Arroyo Rueda & Vázquez García, 2016) en Durango, donde realizaron un estudio cualitativo que tuvo como objetivo explorar las percepciones y los significados entre las personas mayores acerca de la atención en las distintas instituciones de salud, informando que las personas mayores valoraron más resolver su problema de salud a pesar de que no hubiera un trato amable y de calidad, por lo que atribuyen a la “suerte” ser bien tratados o recibir todos los medicamentos, y expresaron que acceder a una atención rápida implica tener conocidos o ser recomendados.

Actualmente, a partir de la pandemia las personas mayores han sido vulnerables por ser mayormente susceptibles a contraer la enfermedad, tal como lo que encontraron Vega Rivero et al (Alberto et al.,

2020), en un estudio con metodología de revisión bibliográfica realizado en el Estado de Hidalgo en el año 2020, con el objetivo de analizar la situación de las personas mayores ante la problemática del nuevo coronavirus y compilar las principales medidas de prevención general y específica para la protección de este grupo vulnerable; encontraron que las personas mayores son las más susceptibles de contraer COVID-19, presentar síntomas graves y morir.

En México, las personas mayores tienen desprotección social, económica, laboral y comorbilidades, conformando así una suma de factores de riesgo, y por lo tanto, alto porcentaje de mortalidad por COVID-19. En otro estudio realizado por González-González et al. (2021) en Colima, en donde el objetivo fue analizar las características socioeconómicas y familiares de personas de 50 años o más que están en riesgo alto de dar positivo a COVID-19, ser hospitalizado o intubado en México, en donde encontraron que el sexo y la edad son fuertes predictores de riesgo alto para contraer COVID-19, así como los de menos escolaridad, los que trabajan sin disponer un local, los que perciben su situación económica como regular o mala, los que viven en hogares unipersonales y reciben ayuda económica y no económica de sus hijos, se presentan como un grupo altamente vulnerable a COVID-19 y sus repercusiones.

A partir de los resultados encontrados con relación a la interacción de las personas mayores en los servicios de salud, se encontró la necesidad de conocer las experiencias de las propias personas mayores, identificando que existen obstáculos y facilitadores que están relacionados con los DSS, tal como se señala en otros estudios, que a continuación se muestran.

Debido a que el apoyo por parte de la sociedad hacia las personas mayores es crucial en la atención en los servicios de salud, se buscaron estudios con respecto a la dimensión de *determinante estructural* de los DSS en el elemento *social*. Garza et al (Garza-Sánchez & González-Tovar, 2018) realizaron una investigación cuantitativa en el año 2018 en Coahuila, con el objetivo de comparar si existían diferencias significativas en la percepción que tenían hombres y mujeres mayores de 60 años, sobre el

apoyo social que recibían por parte de su familia, amigos y otras redes de apoyo, encontrando que las mujeres tuvieron mejor percepción sobre el apoyo social.

En cuanto al elemento de *nivel de ingresos* de la dimensión de *determinante estructural*, se sabe que en ocasiones las personas mayores son afectadas por gastos en salud no planeados, tal como lo demuestran Pavón-León et al (Pavón-León et al., 2017) en el año 2017 en Xalapa, Veracruz, en un estudio que tuvo como objetivo identificar la asociación de distintas variables sociodemográficas con el gasto de bolsillo en servicios de salud: Seguro popular (SP), observando que el 95% de los entrevistados tuvo un gasto de \$64.8 dólares por mes y el rubro con mayor gasto fue el de medicamentos incluidos en el SP (\$28.8 dólares por mes).

Otro estudio que aborda la relación del *nivel de ingresos* de las personas mayores con los servicios de salud fue realizado por Córdova Jaimes et al (Jaimes et al., 2022) en el año 2022, mediante un diseño de revisión documental, el cual tuvo como objetivo establecer las características del gasto en salud para el segmento de adultos mayores en Argentina y Chile, encontraron que los países no tienen el recurso necesario para aportar un porcentaje suficiente del PIB a la salud, específicamente para el segmento de personas mayores, debido al cambio demográfico que se presenta a nivel mundial, ya que los recursos son escasos y las necesidades en el envejecimiento son múltiples; por lo tanto, no existe una cobertura de servicios de salud adecuada a las personas mayores.

De acuerdo al elemento *entorno físico* que pertenece a la dimensión *determinante intermedio*, se tiene conocimiento de que las personas mayores experimentan una situación de vulnerabilidad en los procesos de adaptación a los distintos escenarios urbanos a lo largo del tiempo; se encontró un estudio realizado por García-Valdez et al (García et al., 2019) en Sonora en el año 2019, el cual mediante una metodología de revisión bibliográfica tuvo el objetivo de realizar una reflexión sobre la necesidad de favorecer programas encaminados al desarrollo de estrategias de adaptación ambiental en el envejecimiento activo en ciudades de América Latina y el Caribe, mediante la evaluación de los activos personales, de los atributos y funciones del ambiente urbano en donde encontraron que en los países

de América Latina existen pocos avances en la adaptación ambiental para favorecer el envejecimiento y las investigaciones se han realizado solamente en ambientes controlados como hospitales, residencias y viviendas, siendo requeridas investigaciones longitudinales para favorecer el desarrollo de políticas de salud.

En esta revisión empírica se muestran investigaciones en las personas mayores; sin embargo, la mayoría son abordajes cuantitativos, donde se denota una gran preocupación de explicar condiciones sociales que han influido en las condiciones de salud y enfermedad de este grupo poblacional. Por otra parte, existe una menor proporción de abordajes cualitativos y se resalta la necesidad de contar con la perspectiva de las personas que contribuya a una mayor comprensión de esta posible influencia de los DSS y la salud. Además, es notoria la ausencia de datos provenientes en esta etapa pandémica de COVID-19 y las personas mayores han sido consideradas por muchos expertos e instituciones como una población vulnerable.

Marco teórico.

Determinantes sociales de la salud.

La perspectiva de la indagación es la teoría de Determinantes Sociales de la Salud (DSS), la cual a finales del siglo XX ha mostrado una evolución en su conceptualización. Se puede decir, que a partir del siglo XIX, a consecuencia de la revolución industrial y el crecimiento de las clases trabajadoras, los vínculos entre salud y sociedad se fortalecieron, el fenómeno social fue de interés político, se observó la salud en las sociedades y se generaron las bases para pensar de forma sistemática y científica a su favor.

En el año 2005, la OMS elaboró una propuesta más concreta que dio pauta a la Comisión de DSS (Morales Borrero et al., 2013), con tres principios de acción: 1) mejorar las condiciones de vida (circunstancias en que una población nace, crece, vive, trabaja y envejece); 2) luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos, en todos los niveles, y 3) medir la magnitud

del problema, evaluar las intervenciones, ampliar conocimientos, sumar personal capacitado en DSS y sensibilizar a la opinión pública (OMS, 2013). Esto implica que los determinantes sociales son resultado del momento histórico de cada corriente de pensamiento (Medina Gómez, 2015).

Además, Luz Mejía (Mejía O, 2013) en una revisión sobre las condiciones de vida y los determinantes de la salud y el bienestar de la población realizada en el año 2013, determinó que los DSS desde sus orígenes constituyen la base teórica de la salud pública. Los DSS se entienden por la influencia que tienen sobre la salud y el bienestar de los colectivos poblacionales, la organización político-económica de las sociedades, sus antecedentes históricos-culturales, y las condiciones medioambientales en las que desarrollan sus actividades cotidianas.

Siguiendo esta evolución de la categoría de los DSS, la perspectiva que apoya el desarrollo de la indagación es la postura de la OMS que define a la categoría como *“las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana”*; estas fuerzas y sistemas mencionadas son políticas sociales, sistemas económicos y normas (Organización Mundial de la Salud, 2005). De acuerdo con la OMS, la teoría está compuesta por:

- *Contexto socioeconómico y político*: aspectos que no pueden ser medidos directamente en la persona, pero ejercen influencia formativa sobre las oportunidades de salud, compuestas por diversos elementos: el mercado laboral, el sistema educativo y todas las instituciones.
- *Determinantes estructurales*: los factores sociales que promueven la salud de los individuos y las poblaciones y los procesos subyacentes a la distribución desigual de estos factores entre grupos que mantienen posiciones desiguales en la sociedad, que cuentan con la interacción política y socioeconómica, conformada por los siguientes elementos: clase social, estatus ocupacional, rendimiento educativo, nivel de ingresos, género y etnia.

- *Determinantes intermedios*: comportamientos relacionados con la salud y factores fisiológicos, procesos genéticos y biológicos. Los principales elementos son: el entorno físico (la vivienda, medios financieros para comprar alimentos), circunstancias socioambientales o psicosociales (estrés, exposición a situaciones difíciles de afrontar), factores conductuales (dieta, el tabaquismo, consumo de alcohol y sedentarismo), biológicos (genéticos, así como la edad y el sexo) y el sistema de salud (Solar & Irwin, 2007).

Planteamiento del problema.

La presente investigación se enmarca en los DSS, debido a que ejercen influencia sobre las oportunidades de salud de las personas y son factores distribuidos de manera desigual, por lo que pueden ser obstáculos y facilitadores en las experiencias de la interacción de las personas mayores en los servicios de salud (Organización Mundial de la Salud, 2005), tal como lo demuestran algunas investigaciones que evidencian que los DSS influyeron en la salud de las personas mayores (Arroyo Rueda & Vázquez García, 2016; Cárdenas, 2019; Garza-Sánchez & González-Tovar, 2018; Loza et al., 2021; Navarro et al., 2020), en su mayoría son abordajes cuantitativos, donde se denota una gran preocupación de explicar condiciones sociales relacionadas con las condiciones de salud y enfermedad de este grupo poblacional.

La pertinencia para la salud pública está elaborada con base en el cambio de la situación demográfica en la que se encuentran las personas mayores a nivel mundial, nacional y estatal, además de altos porcentajes de población mayor que no cuenta con afiliación a servicios de salud (INEGI, 2020; Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2020; Instituto Nacional Estadística y Geografía (INEGI), 2021; Organización Mundial de la Salud, 2018). Esta situación demográfica se volvió más compleja con la aparición en el año 2020 de la pandemia de COVID-19, que entre otras cosas implicó que las personas mayores fueran especialmente vulnerables frente al virus por presentar mayor susceptibilidad de contraer la enfermedad y presentar síntomas graves, y por lo tanto, mayores cifras

de mortalidad, además de carencia de acceso a algunos servicios de salud esenciales y en general a la afectación de las prestaciones de los servicios de salud; asimismo, el porcentaje económico que aportan los países a la salud no ha sido suficiente (Organización Panamericana de la Salud, 2020), por lo que se resalta la necesidad de contar con la perspectiva de los sujetos, que dé relevancia a sus experiencias de interacción con los servicios de salud en condiciones de pandemia por COVID-19.

Hacer indagaciones a nivel local permitió encontrar vivencias, experiencias, realidades desde la perspectiva de los sujetos y los escenarios para diseñar estrategias que permiten prevenir incidentes que provoquen más daños que beneficios; por tanto, la pregunta de la investigación que se contestó fue: desde la perspectiva de las personas mayores ¿Cuáles son los obstáculos y facilitadores en la interacción con los servicios de salud a partir de la pandemia de COVID-19? Es una pregunta de tipo cualitativa, con un nivel de indagación descriptiva, bajo un paradigma interpretativo con el siguiente supuesto.

Objetivo general.

Valorar obstáculos y facilitadores derivados de los DSS que presentan las personas mayores en la interacción con los servicios de salud a partir de la pandemia de COVID-19 para identificar estrategias que faciliten dicho proceso.

Objetivos específicos.

1. Identificar en testimonios de las personas mayores, obstáculos y facilitadores en la interacción con los servicios de salud a partir de COVID-19.
2. Caracterizar los testimonios de las personas mayores en función de los atributos de sexo y grupos de edad en la interacción con los servicios de salud a partir de COVID-19.
3. Analizar los testimonios de las personas mayores en relación con los determinantes sociales de la salud en la interacción con los servicios de salud a partir de COVID-19.

Supuesto.

Las personas mayores en su cotidianidad reciben múltiples influencias que provienen de diferentes ambientes y escenarios; por ejemplo, las cuestiones económicas, la edad, el sexo, entre otros elementos que se llegan a constituir en los DSS de su vida, y en muchas ocasiones, determinan su estilo y condición de vida; dichos elementos pueden ser obstáculos o facilitadores en la interacción con los servicios de salud a partir la pandemia COVID-19.

Diseño del estudio.

Se realizó una investigación de corte cualitativo, con enfoque interpretativo (Cecília et al., n.d.), con nivel de profundidad descriptivo (Taylor & Bogdan, 1984) con estrategias fenomenológicas (Taylor & Bogdan, 1984).

Fue un acercamiento de diseño abierto (Taylor & Bogdan, 1984), que se centró en las vivencias personales que las personas tuvieron en su interacción con los servicios de salud; se recuperó la cognición, las emociones, su comportamiento y lo que padecieron en su interacción con los servicios de salud en la pandemia.

El diseño contempló tres fases: una inicial, otra de proceso, y la expectativa de que existirá un diseño final, los cuales se seguirán construyendo en la medida que la pregunta de investigación se vaya afinando, actualizando o reformulando con relación a los datos colectados y analizados (Flick, 2014).

Metodología.***Escenario de la investigación.***

El primer acercamiento con los participantes para el diseño inicial, con la apertura de trabajar en los escenarios que la investigación requiera, fue en el Centro de atención integral para personas adultas mayores “Quinta de las rosas” perteneciente al Sistema Nacional de Desarrollo Integral de la Familia (DIF-Estatal); este lugar beneficia a personas mayores con la intención de realizar actividades artísticas, deportivas o culturales con el objetivo de mantener una vida activa y saludable (DIF Estatal

Veracruz, n.d.). Está ubicado en Av. 20 de Noviembre Oriente, Centro, 91000, Xalapa-Enríquez, Veracruz (Google maps, 2022). Dentro del lugar se encuentra un espacio en el que tuvo la posibilidad de tener contacto con personas mayores; este es el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM), que es un organismo público descentralizado de la administración pública federal, el cual tiene como objeto general coordinar, promover, apoyar, fomentar, vigilar y evaluar las acciones públicas, estrategias y programas que se deriven de ella (Hospital Juárez de México, n.d.).

Para el desarrollo del diseño inicial, se entregó al INAPAM un oficio expedido por el Instituto de Salud Pública en donde se explicó el objetivo de la investigación, así como la forma en la que se iniciarían las entrevistas realizadas a las personas mayores. Se reitera que el INAPAM es el lugar donde se tuvo un primer contacto con personas mayores; sin embargo, se tiene apertura de entrevistar a personas mayores en los escenarios que surjan durante la investigación.

Para el diseño del proceso, dado que implica discursos de nivel diferente a los que participaron en el diseño inicial, como ya se mencionó en líneas anteriores, los informantes y escenarios serán de otro nivel. El diseño final consistirá en confrontar, armonizar o discutir lo que otros teóricos o investigadores han escrito al respecto de los hallazgos de la investigación (Taylor & Bogdan, 1984).

Población y muestra.

La población del estudio para el diseño inicial fueron personas mayores hombres y mujeres, considerando grupos decenales de edad, entrevistando dos personas por cada de esos grupos, siendo un total de ocho participantes, tal como se observa en la tabla 1:

Tabla 1. Población de estudio y participantes. Diseño inicial.					
Grupo de edad	(60 a 70 años)	(71 a 80 años)	(81 a 90 años)	90 y más	Total
Sexo					
Hombres	1	1	1	1	4
Mujeres	1	1	1	1	4

Fuente: Elaboración propia.

El diseño del proceso se definirá en función del análisis de los datos del diseño inicial. De entrada, se puede definir que serán informantes de un nivel discursivo diferente a los del nivel inicial, recordando un principio básico de la investigación cualitativa que dice que no se buscan cosas en específico, sino que se encuentran (Taylor & Bogdan, 1984).

Procedimiento para la obtención de la muestra.

El tipo de muestreo para el diseño inicial fue considerado de casos *típicos* (Flick, 2014); es decir, aquellos informantes que pudieron narrar situaciones de obstáculos y facilitadores en la interacción con los servicios de salud en la fase pandémica de COVID-19. En el diseño del proceso, el muestreo será por *conveniencia* (Flick, 2014), teniendo acceso a sujetos según las condiciones que nos indiquen los datos.

Para el diseño final, el muestreo será *teórico* (Flick, 2014), el cual derivará de los resultados empíricos de las fases inicial y de proceso.

La selección de informantes para el diseño inicial fue a través de la técnica bola de nieve (Hernández Guerson & Saldaña Ibarra, n.d.).

La selección de informantes para el diseño inicial fue bajo los siguientes criterios:

- Personas mayores de 60 años, hombres y mujeres, que hayan tenido interacción con los servicios de salud a partir de COVID-19.

Categoría.

La categoría teórica denominada DSS está constituida por tres dimensiones tales como: *contexto socioeconómico, determinante estructural y determinante intermedio*; estas dimensiones a su vez se constituyen de elementos (categoría). Las personas mayores en la interacción con los servicios de salud durante la pandemia han obtenido respuestas resolutivas o no al respecto del motivo de su interacción y existe el supuesto indagatorio de que estos efectos han facilitado o bien obstaculizado esos procesos

de interacción (concepto facilitador/obstáculo). Estos se vieron identificados en las narrativas a través de procesos cognitivos, emocionales o bien en cierta intención de comportamiento (sub conceptos).

En la tabla 2 se visualiza esta relación entre categoría, conceptos y subconceptos; esta categorización no pretende ser limitativa, más bien tiene la intención, de quizá encontrar otro tipo de efectos, además de los ya mencionados.

Tabla 2. Categoría teórica, conceptos y subconceptos de los DSS.		
Categoría	Conceptos	Subconceptos
<p>Circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana (Organización Mundial de la Salud, 2005).</p> <p>a) Contexto socioeconómico</p> <p>b) Determinante estructural</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nivel de ingresos - Social <p>c) Determinante intermedio</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entorno físico - Servicios de salud 	<p>Circunstancias que apoyen la implantación de los cambios producidos por la presencia de dimensiones y elementos de la categoría de DSS.</p> <p>Facilitador. Son aquellos que contribuyeron favorablemente a la resolución del motivo de interacción (Asociación de academias de la lengua española, 2020).</p>	<p>Expresiones que las personas mayores refieran en aspectos por efecto de los elementos de los DSS en el proceso de interacción con los servicios de salud a partir de la pandemia de COVID-19.</p> <p>En lo cognitivo (Asociación de academias de la lengua española, 2020):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Información (ideas que recibí por otros medios o personas) - Aprendizajes (conductas, habilidades, competencias que se repiten) - Creencia (ayuda divina; en los servicios de salud, tratamientos alternativos) <p>En las emociones (Asociación de academias de la lengua española, 2020):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bienestar (emotividad positiva por el acontecer) - Tristeza (emotividad negativa por el acontecer) - Indiferencia (sin expresiones emotivas positivas o negativas) <p>En la intención de su comportamiento (Fisbhein, 2018): Dejar de hacer el comportamiento, continuar con lo que se hace o incrementar el comportamiento, pero mejorando lo que hizo.</p>
	<p>Obstáculo. Aquellos que ocasionaron la no resolución del motivo que provocó la interacción (Asociación de academias de la lengua española, 2020).</p>	<p>Expresiones que las personas mayores refieran en aspectos por efecto de los elementos de los DSS en el proceso de interacción con los servicios de salud a partir de la pandemia de COVID-19.</p> <p>En lo cognitivo (Asociación de academias de la lengua española, 2020):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Información (ideas que recibí por otros medios o personas) - Aprendizajes (conductas, habilidades, competencias que se repiten) - Creencia (ayuda divina; en los servicios de salud, tratamientos alternativos)

		<p>En las emociones (Asociación de academias de la lengua española, 2020):</p> <ul style="list-style-type: none"> – Bienestar (emotividad positiva por el acontecer) – Tristeza (emotividad negativa por el acontecer) – Indiferencia (sin expresiones emotivas positivas o negativas) <p>En la intención de su comportamiento (Fisbhein, 2018):</p> <p>Dejar de hacer el comportamiento, continuar con lo que se hace o incrementar el comportamiento, pero mejorando lo que hizo.</p>
--	--	--

Fuente: Elaboración propia.

Instrumentos y técnicas de recolección de datos.

Para el diseño inicial, los métodos de producción de la información fueron los siguientes:

Entrevista semi-estructurada focalizada.

La investigadora responsable realizó entrevistas, que permitieron recuperar e indagar las experiencias de las personas mayores en los servicios de salud, así como ayudaron a esclarecer que los DSS fueron obstáculos y facilitadores en esa interacción (Kvale, 2008), focalizando el interrogatorio en torno a lo anterior descrito en la tabla 2.

Se partió de la situación en la que se encontraron las personas mayores sobre la interacción que tuvieron en los servicios de salud, y se estableció una guía de la entrevista validada por expertos, constituida por una presentación de inicio, la primera pregunta y las posibles preguntas para cubrir los temas y un cierre (Álvarez-Gayou Jungerson, 2009), para determinar las grandes áreas de la conversación (Hernández Guerson & Saldaña Ibarra, n.d.). La investigadora contó con la apertura para realizar la entrevista en diferentes modalidades, si así se requiere, ya sea verbalizada, cara a cara, grabada, escrita por la persona, etc. Las entrevistas fueron posteriormente transcritas y convertidas en texto, denominadas en este estudio como testimonio.

Observación no participante.

La observación incluyó la descripción del escenario en el que se realizó la entrevista y del nivel de entusiasmo que tuvo la persona entrevistada, así como incidentes que se presentaron. La investigadora cumplió la función de observadora, y posteriormente, registró detalles para poder complementar la investigación (Álvarez-Gayou Jungerson, 2009).

Notas de campo.

Las notas de campo incluyeron descripciones de las personas y de los acontecimientos que surgieron (situaciones no programadas, interrupciones, recordatorios de ajustes para realizar en la próxima entrevista, surgimiento de nuevas preguntas que detonaron el discurso, etc.), esto para comprender las narrativas y/o los datos obtenidos, que ayudaron a dar claridad al discurso de las personas mayores. Posterior a la entrevista, se registró en papel y en audio grabación, y se transcribieron para complementar las entrevistas (Taylor & Bogdan, 1984).

Para el diseño de proceso y final, se definirán las estrategias en función del análisis y de los potenciales informantes, tratando de conservar recursos que produzcan información tanto por medios conversacionales como de contexto.

Procesamiento y análisis de datos.

El análisis de los datos consistió en un proceso de lectura, reflexión, escritura y reescritura, lo que permitió transformar la experiencia de las personas mayores en una expresión textual (Álvarez-Gayou Jungerson, 2009).

El procesamiento de la información inició con la recolección de información y su transcripción para convertirla en textos, derivada de las entrevistas, de la observación y notas de campo. Los niveles de análisis de la información, denominado análisis cualitativo de los datos, están conformados por primer nivel de profundidad, segundo nivel de profundidad y tercer nivel de profundidad (Hernández Guerson & López Granados, 1998).

El Primer nivel de profundidad de análisis de los datos: *Reproducción fiel*. Se inició en el momento en que se aplicaron las técnicas antes descritas, hasta que se transcribieron textualmente cada entrevista individual, así como el contexto, la evaluación del entusiasmo y caracterización de los participantes. Con este procedimiento analítico, se dio respuesta al objetivo específico (Identificar en testimonios de las personas mayores obstáculos y facilitadores en la interacción con los servicios de salud a partir de COVID-19), utilizando para el logro del objetivo estrategias de análisis de contenido por segmento (Hernández Guerson & López Granados, 1998).

El Segundo nivel de profundidad de análisis de los datos: *Descripción*. Se realizará la codificación por categorización de segmentos de las transcripciones, identificando las dimensiones y elementos de los DSS. Con este procedimiento analítico, se dará la respuesta al objetivo específico (Caracterizar los testimonios de las personas mayores en función de los atributos de sexo y grupos de edad, en la interacción con los servicios de salud a partir de COVID-19), utilizando para tal fin, estrategias de análisis de discurso social (Hernández Guerson & López Granados, 1998).

El Tercero nivel de profundidad de análisis de los datos: *Reconstrucción*. Se realizará a partir de la subjetividad adquirida por la investigadora. Los hallazgos del nivel descriptivo se someterán en esta fase a la discusión y reflexión de la investigadora, siguiendo los principios de la inducción analítica. Se requerirá identificar los elementos obtenidos en las etapas anteriores, para ser reconstruidos en conocimientos, creencias, otras expectativas, otras visiones contextuales y otros motivos. Con este procedimiento analítico, se dará la respuesta al objetivo específico (Analizar los testimonios de las personas mayores en relación con los determinantes sociales de la salud en la interacción con los servicios de salud a partir de COVID-19), utilizando para tal propósito, estrategias con análisis de discurso crítico (Hernández Guerson & López Granados, 1998).

Se utilizó el software especializado para análisis de datos MAXQDA versión 2022 (MAXQDA, 2022) útil para la administración, almacenamiento, y análisis de datos, y permite una reflexión sistemática de

los hallazgos, e incluso comparar los mismos entre los hallazgos de participantes y el grupo de investigadores (Vasilachis de Gialdino et al., 2006).

El desarrollo de las entrevistas permitió tener como resultado tres transcripciones de manera fiel (Hernández Guerson & López Granados, 1998), recuperando las ideas tal como las expresaron los entrevistados, siendo un total de 4, 6 y 11 cuartillas de transcripción; se elaboró el mapa de códigos en el software MAXQDA. Se analizaron los testimonios, obteniendo la segmentación de los discursos pertenecientes a los conceptos y subconceptos a priori. La codificación se sometió al criterio de triangulación de investigadores a quienes se les presentó y se obtuvo retroalimentación sobre la segmentación y codificación realizada.

Justificación de la participación de seres humanos en la investigación.

De acuerdo al Título Quinto de la Ley General de Salud sobre investigación para la salud, en sus artículos 96, 97, 98, 99 y 100 se establece, que la investigación en salud se autoriza si contribuye en conocimiento de procesos biológicos y psicológicos, prevención y control de problemas de salud. Específicamente, en el artículo 100: La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases: adaptada a los principios científicos y éticos, se realizará solo si existe seguridad de que no se expone a un riesgo innecesario, bajo un consentimiento informado y realizada por una profesional de la salud que actuará bajo vigilancia de las autoridades competentes (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 1984).

Descripción detallada de los riesgos y beneficios de la investigación.

De acuerdo al artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, la presente investigación representa un riesgo mínimo para los participantes (Cámara de diputados del H Congreso de la Unión, 1987).

Existe relevancia para la investigadora, pues se obtuvieron aprendizajes teóricos y metodológicos, siendo un estudio cualitativo, se recuperó desde las propias palabras de las personas mayores y se

obtuvieron conocimientos que permitieron los procesos de investigación relacionados con la salud poblacional (Universidad Veracruzana, 2016).

Mecanismos de protección.

Las personas mayores fueron invitadas a participar de forma voluntaria y se les entregó un consentimiento informado en formato impreso; después de aceptar la participación en la entrevista y la realización de esta, se analizaron los datos, como se mencionó anteriormente, con la ayuda del programa MAXQDA, en el cual se registraron los participantes con codificación, protegiendo así la identidad de los participantes.

CONCLUSIONES.

Se encontró que las personas mayores vivieron experiencias de obstáculos y facilitadores en su interacción con los servicios de salud, en los elementos de nivel de ingresos, social, entorno físico y servicios de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Alberto, J., Rivero, V., Carlos, J., Ledezma, R., Pacheco, I. H., Del Refugio, M., Gurrola, A., Pontigo, L. L., Del, M., Gurrola, R. A., Pacheco, H., Acuña, I., Mr, G., & Pontigo, L. (2020). La salud de las personas adultas mayores durante la pandemia de COVID-19. *Jonnpr*, 5(7), 726–765. <https://doi.org/10.19230/jonnpr.3772>
2. Álvarez-Gayou Jungerson, J. L. (2009). *Cómo hacer investigación cualitativa fundamentos y metodología* (1st ed.). Paidós Mexicana.
3. Arroyo Rueda, M. C., & Vázquez García, L. (2016). Percepción de personas mayores sobre la atención recibida en instituciones de salud de la ciudad de durango. *Revista Pueblos y Frontera Digital*, 11(21), 144–172. <https://www.scielo.org.mx/pdf/rpfd/v11n21/1870-4115-rpfd-11-21-144.pdf>

4. Asociación de academias de la lengua española. (2020). Real Academia Española. <https://dle.rae.es/diccionario>
5. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (1984). Ley General de Salud Pública. Ley General de Salud Pública, 1–464. <https://doi.org/10.2307/j.ctv153k4jj>
6. Cámara de diputados del H Congreso de la Unión. (1987). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigaciones para la Salud. Ley General de Salud, DOF 02-04-, 1–31. https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
7. Cárdenas, J. (2019). Discriminación hacia los adultos mayores en los servicios de hospitalización. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 98. <https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/16655/2019juliethcardenas.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
8. Cecília, M., Minayo, D. S., & Desafío, E. (n.d.). El Desafío del Conocimiento.
9. DIF Estatal Veracruz. (n.d.). Centro de Atención Integral para Personas Adultas Mayores “Quinta de las Rosas.” Retrieved May 23, 2022, from <http://www.difver.gob.mx/2020/11/centro-de-atencion-integral-para-personas-adultas-mayores-quinta-de-las-rosas/>
10. Fisbhein, M. (2018). Modelo de la Acción Razonada. 1967, 1967. <https://www.uv.mx/cendhiu/files/2018/02/Modelos-de-accion-razonada.pdf>
11. Flick, U. (2014). El diseño en la investigación cualitativa. *Investigación Cualitativa*, 29–43. <https://doi.org/10.1016/b978-84-9022-445-8.00003-2>
12. García, M., Sánchez, D., & Román, R. (2019). Envejecimiento y estrategias de adaptación a los entornos urbanos desde la gerontología ambiental. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 34(1), 101–128. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-72102019000100101
13. Garza-Sánchez, R., & González-Tovar, J. (2018). El apoyo social en la vejez: diferencias por sexo en una muestra del norte de México. *Interacciones: Revista de Avances En Psicología*, 4(3), 191–198. <https://doi.org/10.24016/2018.v4n3.155>

14. González-González, C., Orozco-Rocha, K., Samper-Ternent, R., & Wong, R. (2021). Adultos mayores en riesgo de Covid-19 y sus vulnerabilidades socioeconómicas y familiares: un análisis con el ENASEM. *Papeles de Poblacion*, 27(107), 141–165. <https://doi.org/10.22185/24487147.2021.107.06>
15. Google maps. (2022). Quinta de “Las Rosas.” <https://www.google.com/maps/place/Quinta+de+%22Las+Rosas%22/@19.53156,-96.913651,15z/data=!4m5!3m4!1s0x0:0xa8396ab96627ed42!8m2!3d19.53156!4d-96.913651>
16. Hernández Guerson, E., & López Granados, L. M. (1998). Una Aproximación al análisis cualitativo. *Enseñanza e Investigación En Psicología*, 3(2), 89–101.
17. Hernández Guerson, E., & Saldaña Ibarra, S. A. (n.d.). Guía básica para desarrollo de investigaciones.
18. Hospital Juárez de México. (n.d.). Gobierno de México. Retrieved August 29, 2022, from <https://www.gob.mx/sener/que-hacemos>
19. INEGI. (2020). Censo de población y vivienda 2020. https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/ccpv/2020/doc/cpv2020_pres_res_ver.pdf
20. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2020). Censo de población y vivienda 2020. INEGI. https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/ccpv/2020/doc/Censo2020_Principales_resultados_EUM.pdf
21. Instituto Nacional Estadística y Geografía (INEGI). (2021). Estadísticas a Propósito Del Día Internacional De Las Personas Adultas Mayores (1º De Octubre). 1–5. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP_ADULMAYOR_21.pdf
22. Jaimes, C., Díaz, E., Cristina, I., Medina, C., Jaimes, E. C., Díaz, A. E., Rincón, I. C., & Medina, J. C. (2022). Gasto y Política de salud: Población de adultos mayores en Argentina y Chile. *Revista de Ciencias Sociales*, 8(2), 182–198. <https://doi.org/10.31876/rcs.v28i2.37932>

23. Kvale, S. (2008). Las entrevistas en investigación cualitativa. In Morata (Morata, Vol. 2, Issue 9).
24. Loza, C. A., Baez, G., Valveldi, R., Pisul, P., & Salas Apasa, J. (2021). Estudio cualitativo sobre los adultos mayores y la accesibilidad a los servicios de salud durante el confinamiento por COVID-19 en Buenos Aires, Argentina - parte 2. *Medwave*, 21(4), 1–10. <https://www.medwave.cl/medios/medwave/Mayo2021/PDF/medwave-2021-04-8192.pdf>
25. MAXQDA. (2022). Software para el análisis de datos cualitativos. https://es.maxqda.com/software-analisis-datos-cualitativos?gclid=CjwKCAjwsfuYBhAZEiwA5a6CDP8usJuH3bYxk35HcMMTd1j202ScTKfLYg9MkHcmBIqczkEa8D8XsxoC1LMQAvD_BwE
26. Medina Gómez, O. (2015). Modelos de determinación social de la salud. Organización Mundial de La Salud. <https://www.uv.mx/msp/files/2015/10/Medina-OPS-Determinacio-social.pdf>
27. Mejía O, L. M. (2013). Los Determinantes Sociales de la Salud: base teórica de la salud pública. *Fac. Nac. Salud Pública*, 31(1), 28–36. <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-803817-8.00016-x>
28. Morales Borrero, C., Borde, E., Eslava-Castañeda, J. C., & Concha-Sánchez, S. C. (2013). ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. *Salud Pública*, 15(6), 797–808. <https://doi.org/10.1007/s11182-017-1147-y>
29. Navarro, R. M., Salazar-Fernández, C., Schnettler, B., & Denegri, M. (2020). Autopercepción de salud en adultos mayores: moderación por género de la situación financiera, el apoyo social de amigos y la edad. *Revista Medica de Chile*, 148(2), 196–203. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872020000200196>
30. OMS. (2013). Subsanan las desigualdades en una nación. Comisión Sobre Determinantes de La Salud, 1–260. http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/
31. Organización Mundial de la Salud. (2005). Determinantes sociales de la salud. OMS. <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>

32. Organización Mundial de la Salud. (2018). Envejecimiento y salud. OMS. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
33. Organización Panamericana de la Salud. (2020). Las personas mayores de 60 años han sido las más afectadas por la COVID-19 en las Américas. <https://www.paho.org/es/noticias/30-9-2020-personas-mayores-60-anos-han-sido-mas-afectadas-por-covid-19-americas>
34. Pavón-León, P., Reyes-Morales, H., Martínez, A. J., Méndez-Maín, S. M., Gogiascochea-Trejo, M. del C., & Blázquez-Morales, M. S. L. (2017). Gasto de bolsillo en adultos mayores afiliados a un seguro público de salud en México. *Gaceta Sanitaria*, 31(4), 286–291. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.12.015>
35. Solar, O., & Irwin, A. (2007). A conceptual framework for action on the social determinants of health. 25–43. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44489/9789241500852_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
36. Taylor, S. J., & Bogdan, R. (1984). Introducción a los métodos cualitativos. In Paidós Básica (Ed.), *Introducción a los métodos cualitativos de investigación* (2nd ed.). Paidós.
37. Universidad Veracruzana. (2016). Manual para la obtención de créditos opcionales por cursos y actividades académicas (Núcleo Académico (ed.); ISP).
38. Vasilachis de Gialdino, I., Ameigerias, A. R., & B, C. L. (2006). Estrategias de investigación cualitativa (gedisa (ed.)). <https://doi.org/978-84-9784-374-4>

DATOS DE LA AUTORA.

1. **Norma Leticia Perales Espinoza.** Licenciada en Enfermería y Maestranda en Salud Pública en la Universidad Veracruzana, 4to semestre. México. Correo electrónico: norma_perales03@hotmail.com

RECIBIDO: 5 de enero del 2023.

APROBADO: 1 de febrero del 2023.