

UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO

DIVISIÓN ACADÉMICA DE CIENCIAS DE LA SALUD



**Diagnóstico organizacional de una institución de atención gerontológica
en Villahermosa, Tabasco.**

**Tesis para obtener el Grado de
Maestro en Salud Pública**

Presenta:

RAQUEL ADRIANA RODRÍGUEZ SANTOS

<https://orcid.org/0000-0001-9901-6931>

Director:

DR. HEBERTO ROMEO PRIEGO ÁLVAREZ

<https://orcid.org/0000-0001-9217-5702>

Asesor:

DR. MANUEL LILLO CRESPO

<https://orcid.org/0000-0003-2053-2808>

Villahermosa, Tabasco.

Mayo de 2022.



ACTA DE REVISIÓN DE TESIS

En la ciudad de Villahermosa Tabasco, siendo las 10:30 horas del día 26 del mes de abril de 2022 se reunieron los miembros del Comité Sinodal (Art. 71 Núm. III Reglamento General de Estudios de Posgrado vigente) de la División Académica de Ciencias de la Salud para examinar la tesis de grado titulada:

Diagnóstico Organizacional de una institución de atención gerontológica en Villahermosa, Tabasco

Presentada por el alumno (a):

Rodríguez Santos Raquel Adriana
Apellido Paterno Materno Nombre (s)

Con Matricula

1	9	2	E	6	7	0	0	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Aspirante al Diploma de:

Maestría en Salud Pública

Después de intercambiar opiniones los miembros de la Comisión manifestaron **SU APROBACIÓN DE LA TESIS** en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.

COMITÉ SINODAL

Dr. Heberto Romeo Priego Alvarez
Dr. Manuel Lillo Crespo

Mtra. María Trinidad Fuentes Álvarez

Dr. Antonio Becerra Hernández

Mtro. Alfonso Rodríguez León

Dra. María Isabel Avalos García

Dr. Mandel Higinio Morales García



**UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO**

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División
Académica
de Ciencias de
la Salud

Dirección



Of. No. 0422/DACS/JAEP

06 de mayo de 2022

ASUNTO: Autorización impresión de tesis

C. Raquel Adriana Rodríguez Santos

Maestría en Salud Pública

Presente

Comunico a Usted, que ha sido autorizada por el Comité Sinodal, integrado por los profesores investigadores, Mtra. María Trinidad Fuentes Álvarez, Dr. Antonio Becerra Hernández, Mtro. Alfonso Rodríguez León, Dra. María Isabel Avalos García y Dr. Manuel Higinio Morales García, impresión de la tesis titulada: "**Diagnóstico Organizacional de una Institución de Atención Gerontológica en Villahermosa, Tabasco**", para sustento de su trabajo recepcional de la Maestría en Salud Pública, donde funge como Director de Tesis Dr. Heberto Romeo Priego Álvarez y Dr. Manuel Lillo Crespo .

A t e n t a m e n t e

Dra. Mirian Carolina Martínez López

Directora

C.c.p.- Dr. Heberto Romeo Priego Álvarez.- Director de Tesis
C.c.p.- Dr. Manuel Lillo Crespo.- Director de tesis
C.c.p.- Mtra. Maria Trinidad Fuentes Alvarez.- Sinodal
C.c.p.- Dr. Antonio Becerra Hernández.- Sinodal
C.c.p.- Dr. Alfonso Rodríguez León.- Sinodal
C.c.p.- Dra. María Isabel Avalos García.- Sinodal
C.c.p.- Dr. Manuel Higinio Morales García.- Sinodal

C.c.p.- Archivo
DC/MCML/MCE XME/mgcc*

Miembro CUMEX desde 2008
**Consortio de
Universidades
Mexicanas**
UNA ALIANZA DE CALIDAD PARA LA EDUCACIÓN SUPERIOR

Av. Crnel. Gregorio Méndez Magaña, No. 2838-A,
Col. Tamulté de las Barrancas,
C.P. 86150, Villahermosa, Centro, Tabasco

Tel.: (993) 3581500 Ext. 6300, e-mail: direccion.dacs@ujat.mx

www.dacs.ujat.mx

DIFUSION DACS

DIFUSION DACS OFICIAL

@DACSDIFUSION

Carta de Cesión de Derechos

En la ciudad de Villahermosa Tabasco el día 15 del mes de diciembre del año 2021, la que suscribe, Raquel Adriana Rodríguez Santos, alumna del programa de la Maestría e Salud Pública, con número de matrícula 192E67003 adscrito a la División Académica de Ciencias de la Salud, manifiesta que es autor intelectual del trabajo de tesis titulada: **“Diagnóstico organizacional de una institución de atención gerontológica en Villahermosa, Tabasco”**, bajo la Dirección del Dr. Heberto Romeo Priego Álvarez, Conforme al Reglamento del Sistema Bibliotecario Capítulo VI Artículo 31. El alumno cede los derechos del trabajo a la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco para su difusión con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficos o datos del trabajo sin permiso expreso del autor y/o director del trabajo, el que puede ser obtenido a la dirección: adriana_roquez@hotmail.com. Si el permiso se otorga el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.



Raquel Adriana Rodríguez Santos

Nombre y Firma

Sello



AGRADECIMIENTOS

A mis padres, por escucharme, alentarme y enseñarme a trabajar para alcanzar mis sueños. A mis hermanas, mi hermano y mi novio, por acompañarme todos estos años, por escucharme con paciencia y aconsejarme con amor. A las amistades que hice durante el posgrado, por estar siempre para mí y acompañarme en los desvelos, las risas y los malos momentos.

A los profesores que me guiaron durante toda la maestría, porque han sido parte de mi crecimiento como persona y como profesional. Agradezco las palabras de aliento, sus enseñanzas y el valioso tiempo que me dedicaron.

A todos los participantes de este estudio, por regalarme su tiempo, su confianza y sus experiencias.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



DEDICATORIAS

A mi abuela Mirza, porque no importa cuánto tiempo pase, sé que en dondequiera que estés me acompañas y me inspiras a ser una mejor persona.

A mi abuela Ninfa, porque a pesar de la distancia siempre has estado al pendiente de mí, regalándome todo tu amor y tu dulzura.

A todas las personas adultas mayores, ustedes son la razón de que este trabajo exista y les pertenece por completo.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



ÍNDICE

	RESUMEN.....	I
	ABSTRACT.....	II
	GLOSARIO.....	III
	ABREVIATURAS.....	IV
1.	INTRODUCCIÓN.....	1
2.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	15
3.	JUSTIFICACIÓN.....	17
4.	OBJETIVOS.....	20
5.	MATERIAL Y MÉTODOS.....	21
6.	RESULTADOS.....	34
7.	DISCUSIÓN.....	59
8.	CONCLUSIÓN.....	65
9.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	67
10.	ANEXOS.....	76



ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1. Estudios relacionados sobre los modelos de evaluación de las organizaciones de salud

Tabla 2. Dimensiones de análisis e indicadores de la variable situacional

Tabla 3. Categorías de análisis del personal operativo entrevistado

Tabla 4. Categorías de análisis de los directivos

Tabla 5. Categorías de análisis de la variable estructural

Tabla 6. Categorías de análisis del personal operativo entrevistado sobre desempeño

Tabla 7. Categorías de análisis de los directivos sobre desempeño de la institución

Tabla 8. Categorías de análisis para las entrevistas semiestructuradas

Tabla 9. Operacionalización de variables

Tabla 10. Principales causas de enfermedad en Tabasco en personas de 60 y más años

Tabla 11. Principales causas de años perdidos por muerte prematura en personas mayores

Tabla 12. Ley Nacional de los Derechos de las Personas Adultas Mayores

Tabla 13. Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores en el Estado de Tabasco

Tabla 14. Objetivos y alcance de la Institución de atención al adulto mayor

Tabla 15. Evaluación de la adecuación y congruencia de objetivos de la institución

Tabla 16. Características sociodemográficas de ex directivos entrevistados.

Tabla 17. Objetivos de atención gerontológica según ex directivos

Tabla 18. Procesos para el definir y alcanzar los objetivos

Tabla 19. Organización institucional descrita por los directivos

Tabla 20. Sensibilidad de los directivos ante las expectativas y necesidades de los usuarios

Tabla 21. Características sociodemográficas de los trabajadores entrevistados.

Tabla 22. Componentes de desempeño de la organización

Tabla 23. Resumen de resultados y limitaciones del estudio

Figura 1. Esquema de interrelación entre variables del Modelo de Diagnóstico Integral Khandwalla (1977)

Figura 2. Envejecimiento paulatino de la población

Figura 3. Red de relación entre las categorías de las variables estratégica y desempeño



RESUMEN

Introducción: El envejecimiento poblacional es uno de los indicadores del desarrollo de los países, sin embargo, este proceso no ocurre de manera uniforme para todas las personas, debido a efectos acumulados de inequidades sanitarias, sociales, culturales y económicas. Con el objeto de disminuirlas surgen los modelos de atención gerontológica, quienes son objeto de evaluación.

Objetivo: Describir el diagnóstico organizacional de una institución de atención gerontológica en Tabasco. **Material y método:** Se realizó una investigación descriptiva, transversal de comportamiento analítico haciendo uso de diferentes métodos y técnicas bajo el marco conceptual del Modelo de Funcionamiento Organizacional de Pradip Khandwalla. **Resultados:**

se logró identificar la situación Tabasqueña respecto al envejecimiento: su proporción, las proyecciones, las principales enfermedades en la vejez y el estado socioeconómico. En el contexto interno de la institución, destacó que la toma de decisiones está basada con mucha frecuencia en los criterios biológicos, dejando de lado las esferas social y psicológica.

Conclusión: En términos generales, se obtuvo información suficiente para realizar un diagnóstico integral y emitir recomendaciones para mejorar el funcionamiento de la institución. La metodología implementada permitió conocer los factores que participan en el desempeño de la institución. Una de las principales ventajas, es que puede ser adaptada al contexto y características de la institución, por lo que se recomienda su utilización como parte de las herramientas de evaluación de las organizaciones sanitarias.

Palabras Claves: *Envejecimiento, evaluación, personas mayores, atención gerontológica*



ABSTRACT

Introduction: Population aging is one of the indicators of the development of countries, however, this process does not occur uniformly for all people, due to the accumulated effects of health, social, cultural and economic inequities. In order to reduce them, gerontological care models, who are the object of evaluation. **Objective:** To describe the organizational diagnosis of a gerontological care institution in Tabasco. **Material and methods:** A descriptive, cross-sectional investigation of analytical behavior was carried out using different methods and techniques under the conceptual framework of Pradip Khandwalla's Model of Organizational Functioning. **Results:** The situation in Tabasco regarding aging will be identified: its proportion, the projections, the main diseases in old age and the socioeconomic status. In the internal context of the institution, highlight that decision-making is very often based on biological criteria, leaving aside the social and psychological spheres. **Conclusion:** In general terms, sufficient information was obtained to carry out a comprehensive diagnosis and make recommendations to improve the functioning of the institution. The implemented methodology allowed knowing the factors that participate in the performance of the institution. One of the main advantages is that it can be adapted to the context and characteristics of the institution, so its use is recommended as part of the evaluation tools of health organizations.

Keywords: *Aging, evaluation, older people, gerontological care*



GLOSARIO

Autocuidado	Son las actividades que realizan las personas, la familia o la comunidad, para asegurar, mantener o promover al máximo su potencial de salud.
Crecimiento poblacional	Es el incremento de una población, (número de nacimientos menos el de defunciones, más el de inmigrantes y menos el de emigrantes), en un período determinado.
Cuidadores	Son aquellos que proporcionan los servicios necesarios para el cuidado de otros en sus actividades cotidianas. Los primarios o informales son la familia o círculo cercano y los secundarios corresponden a profesionales.
Deterioro cognitivo	Es el daño progresivo, en mayor o menor grado, de las facultades intelectuales de una persona.
Deterioro cognitivo leve	Estadio transicional entre el estado cognitivo del envejecimiento normal y la demencia inicial leve. Incluye déficit de la memoria, con conservación del resto de las capacidades cognitivas y habilidades instrumentales.
Envejecimiento	Proceso de cambios graduales e irreversibles en la estructura y función de un organismo que ocurren como resultado del paso del tiempo.
Envejecimiento activo	Proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen.
Envejecimiento exitoso	Proceso personal y social que cursa con dignidad; energía salud, actividad física y mental; participación e integración social, productiva y política; satisfacción con la vida propia y termina con una buena muerte.
Envejecimiento poblacional	Es el aumento progresivo de la proporción de las personas de 60 años y más respecto a la población total.
Envejecimiento saludable	Envejecimiento donde los factores extrínsecos contrarrestan los factores intrínsecos del envejecimiento, con poca o ninguna pérdida funcional.
Esperanza de vida	Número de años (basado en proyecciones estadísticas conocidas) que un conjunto de individuos con una determinada edad, pueden razonablemente llegar a vivir
Índice de envejecimiento	Es un indicador que expresa la relación entre la cantidad de personas de 60 años y más respecto a la población menor de 15 años
Población económicamente dependiente	Teóricamente se considera población dependiente a aquellos en los rangos de edad de 0 a 14 años y de 65 años o más para un determinado país, territorio o área geográfica, en un punto de específico de tiempo
Razón de dependencia	Número promedio de personas económicamente dependientes por cada 100 personas económicamente productivas, para un determinado país, territorio o área geográfica, en un punto de tiempo específico.



ABREVIATURAS

CONAPO	Consejo Nacional de Población
DM2	Diabetes Mellitus tipo 2
DOF	Diario Oficial de la Federación
COVID-19	Enfermedad por coronavirus de 2019
ENADID	Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica
ENASEM	Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México
HAS	Hipertensión Arterial Sistémica
INAPAM	Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
INGER	Instituto Nacional de Geriatría
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
RAE	Real Academia de la Lengua Española



1. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional es uno de los indicadores del desarrollo de los países, sin embargo, este proceso no ocurre de manera uniforme para todas las personas. La diversidad que se da en la vejez se debe en gran medida a los efectos acumulados de inequidades sanitarias, sociales, culturales y económicas a lo largo de la vida. Con el objeto de disminuirlas, es necesario instaurar estrategias para garantizar el bienestar en esta etapa más de la vida. En este contexto surgen los modelos de atención para el adulto mayor, mismos que operan a través de instituciones de asistencia social, y cuya encomienda es salvaguardar la integridad de las personas mayores sin importar su condición física, social, y económica; así como favorecer su autonomía y prevenir la dependencia. Esto trae consigo otros retos que aseguren el buen funcionamiento de estas organizaciones, y de la necesidad de someterlas a evaluaciones que aporten información sobre su desempeño, formas de organización, y capacidad de respuesta a las necesidades de la población envejecida.

En este sentido, el diagnóstico organizacional de las instituciones de salud, representa una herramienta para identificar áreas susceptibles de mejora a fin de que los servicios que ofrezcan sean oportunos, al menor costo y de la mejor calidad posible, considerando a la persona mayor como individuo, como integrante de una familia y como miembro de la sociedad.

1.1 Antecedentes

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define al envejecimiento desde el punto de vista biológico como: *“la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, y que desencadena un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, con aumento del riesgo de enfermedad y, finalmente la muerte”*. Asimismo, establece que las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada y pronosticó que para el año 2050 su proporción será del 22% a nivel mundial.¹

En México, la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores decretada en el año 2002 y reformada en 2016, establece en su Artículo 3ro que las personas mayores son *“aquellas que cuenten con sesenta años o más de edad y que se encuentren domiciliadas o en tránsito en el territorio nacional”*.²



En este sentido, informes del Estudio de Diagnóstico del Derecho a la Salud 2018, emitido por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), revelaron que México enfrenta un efecto de envejecimiento paulatino de su población como resultado del aumento de la esperanza de vida, disminución de la tasa de fecundidad y de la tasa de mortalidad.³

Además, de acuerdo con datos del Censo de Población y Vivienda 2020, llevado a cabo por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en México existen alrededor de 15 millones de personas mayores, de las cuales el 53.7% son mujeres y el 46.3% son hombres, para este mismo año, el índice de envejecimiento a nivel nacional es de 47.69 personas de 60 años y más por cada 100 de 0 a 14 años. Mientras que en Tabasco viven poco más de 250 mil personas mayores, de las cuales un 51.6% corresponde a mujeres y el 46.3% son hombres. El índice de envejecimiento para esta Entidad Federativa es de 39.40 personas de 60 años y más por cada 100 de 0 a 14 años.⁴

Por otro lado, para el año 2018 resultados de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) revelaron que alrededor de 1.7 millones de personas mayores en México vivían solas. De ellas, cuatro de cada diez eran económicamente activas (41.4%). Asimismo, siete de cada diez adultos mayores que vivían solas refirieron algún tipo de discapacidad, limitación u enfermedad (69.4%).⁵

De acuerdo con lo anterior información recabada de la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) 2018, indicaron que los principales padecimientos que refirieron los encuestados a partir de los 50 años son: Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) con 70.68%, seguido de Diabetes Tipo 2 (DT2) con el 40.2%, y Artritis con el 19.87%. Además, el 11.25% de los encuestados señaló padecer algún tipo de discapacidad funcional para realizar actividades básicas como caminar, bañarse o comer.⁶

Con frecuencia, estas condiciones propician la aparición de otros factores sociales en el núcleo familiar que propician situaciones de abandono para la persona mayor. Entre los factores mayormente estudiados se encuentran: la situación económica, cultural, emocional y conceptual, que se manifiestan a través de la desvalorización de la vejez y *viejismo*, en el que subyacen actitudes que propician estereotipos que minimizan al adulto mayor y que favorecen prácticas



discriminatorias y políticas públicas mal diseñadas que los preservan.⁷ Esta situación, pone de manifiesto las dificultades a las que se enfrentan los adultos mayores, quienes con mucha frecuencia son *“señaladas como personas poco o nulas para el marco de la productividad y se identifica la ruptura de los vínculos afectivos familiares, así como la desprotección, exclusión y aislamiento que afronta la tercera edad”*⁸.

Esto significa que las principales necesidades de atención para las personas de 60 años y más, sean por padecimientos de naturaleza crónica, y que una gran proporción de ellos se encuentre en una situación de vulnerabilidad. En este contexto, el deterioro funcional, la pérdida de la autonomía y el abandono por parte de las familias, son las principales justificaciones para la institucionalización.

1.2 Evolución de las instituciones de atención geriátrica en México.

El inicio de los años de 1900 trajo consigo la inquietud por establecer las bases para la medicina geriátrica a fin de garantizar la funcionalidad de los adultos mayores y promover la rehabilitación de aquellos que lo necesitaran. Se atribuye entonces a Marjory Warren, como la principal promotora para sentar las bases de la geriatría. Casi cincuenta años más tarde, en 1957, en México se realizó el Primer Congreso Panamericano de Gerontología.⁹

Más tarde se celebró en Viena, la Primera Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, para el año de 1982, en el que se diseñó un Plan de Acción Internacional Sobre el Envejecimiento para responder a las necesidades de las personas mayores. En ese mismo año, en el marco de la Convención de Ginebra se decretan los Derechos de los Adultos Mayores.¹⁰ Sin embargo, durante esta época *“la atención de los ancianos continuaba limitada a residencias públicas y privadas conocidas como asilos, la mayoría de las cuales sólo proporcionaban servicios básicos de alimentación y alojamiento, sin la infraestructura, programas y recursos humanos profesionales para una verdadera atención geronto-geriátrica”*.¹¹

Esto incide para que, en 1986, se realizara en México el primer curso de especialización en Geriatría bajo la instrucción del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), y más tarde en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"⁹. Años más tarde en el 2002, se celebra la Segunda Asamblea Mundial sobre



Envejecimiento en la que se establecen las acciones para reforzar los servicios sanitarios para la atención de las personas mayores.¹⁰ En este sentido, se decreta en México la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores a partir de la cual se establecen formalmente los marcos para la creación y diseño de programas específicos para atender a las necesidades de los adultos mayores.

Así para el año 2008, se firma el Decreto presidencial para la creación del Instituto de Geriátrica, que se realiza en 2012, el Decreto de Creación del Instituto Nacional de Geriátrica para quien se establece que en *“su carácter como Instituto Nacional habrá de conducir al fortalecimiento del trabajo de manera horizontal con los Institutos Nacionales de Salud en su conjunto y en forma coordinada con el Sector Salud”*.¹²

1.3 Modelos de atención gerontológica y geriátrica: Las Residencias

Según el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) los modelos de atención gerontológica son *“un conjunto de actividades preventivas, asistenciales, terapéuticas, de rehabilitación y capacitación, especialmente preparadas por el equipo de salud para un grupo de pacientes y sus familias que comparten necesidades y problemas médicos, psicológicos y sociales”*.¹³ Estos modelos de atención responden a las directrices establecidas en la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores¹⁴, que decreta los lineamientos para el cuidado de la salud, asistencia y participación sociales al que tienen derecho. Asimismo, se encuentran alineados con la Norma Oficial Mexicana NOM-167-SSA1-1997, Para la prestación de Servicios de Asistencia Social para Menores y Adultos Mayores, que establece *“los procedimientos para uniformar principios, criterios, políticas y estrategias en la prestación de servicios y desarrollo de actividades en materia de asistencia social”*.¹⁵

En México existen diversos modelos de acuerdo con el enfoque de atención y en función al tiempo de los cuidados en corto y largo plazo. El corto plazo incluye atención inmediata de problemas agudos y de las implicaciones inmediatas derivadas del evento. Los modelos que comprende esta categoría son los hospitales, la atención aguda en el domicilio y los hospitales de día¹³.



El segundo enfoque está constituido por modelos de atención a largo plazo, que ofrecen servicios básicos como vivienda, alimentación y atención médica a personas en condición vulnerable a consecuencia de dificultades económicas, enfermedades crónicas, dependencia y fragilidad. En esta categoría se encuentran las residencias, hospitales de cuidados crónicos, asilos y unidades de evaluación geriátrica integral¹³.

Además, se ha desarrollado otros modelos que están enfocados en la integración de los adultos mayores en actividades sociales, recreativas, culturales y deportivas a través de los clubes INAPAM.¹⁶

De acuerdo con el Directorio Estadístico Nacional de Unidades Económicas (DENUE) del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Historia (INEGI), *“en México existen 819 asilos y otras residencias para el cuidado del anciano, de las cuales un 85% corresponden al sector privado y 15% al sector público”*,¹⁷ Estas instituciones, se han constituido para satisfacer las necesidades esenciales de aquellos que no cuentan con servicios de atención básicos o no tienen acceso a la seguridad social; o bien, que provienen de entornos familiares difíciles y conflictivos.

1.31. Residencias para el cuidado del Adulto Mayor en Tabasco

Se trata de instituciones que brindan atención a personas de 60 años y más que por sus condiciones de vulnerabilidad no pueden permanecer solas en casa y necesitan atención especializada.

Este modelo se caracteriza por propiciar la convivencia con otras personas y presta esencial atención a las necesidades biopsicosociales de la persona mayor durante su estancia. Además, se les ofrecen los servicios médicos, atención psicológica y actividades culturales y recreativas que soliciten.¹⁸ Tiene como objetivo la *“prestación de servicios de atención y asistencia a adultos mayores de escasos recursos económicos; en estado de abandono, desamparo, maltrato y/o discapacidad en instalaciones adecuadas y de estancia permanente”*.¹⁸

Se trata de un centro cuya atención es de cuidados prolongados que ofrece servicios de alojamiento, alimentación, vestimenta, trabajo social, atención médica, atención psicológica, apoyo jurídico, terapia ocupacional y actividades físicas, recreativas, culturales y productivas.¹⁹



1.4 Marco teórico

1.4.1 Evaluación de las organizaciones de salud.

La evaluación hace referencia al análisis sistemático e imparcial de una intervención cuya finalidad es determinar la pertinencia y el logro de los objetivos y metas, así como la eficiencia, eficacia, calidad, resultados, impacto y sostenibilidad en el quehacer de las instituciones prestadoras de servicios. Según el American National Standards Institute, existen cuatro atributos para una evaluación sólida:²⁰

1. *Utilidad*: la información proporcionada por la evaluación debe cubrir las necesidades de quienes la utilizan.
2. *Factibilidad*: la evaluación debe ser imparcial, eficiente y eficaz.
3. *Conveniencia*: la evaluación debe ser elaborada con ética y satisfacer las normas jurídicas aplicables.
4. *Precisión*: la evaluación debe ser realizada con rigor técnico para que sus resultados y recomendaciones sean confiables, precisas y válidas.

Por su parte la OCDE establece cuatro características para lograr una evaluación satisfactoria: la primera de estas se refiere a la evaluación como un proceso libre y abierto mediante el cual se fomenta el aprendizaje institucional. En la segunda se desarrollan los requisitos metodológicos de las evaluaciones a partir del enfoque, objetivos y recursos. La tercera aborda, por un lado, las características de los informes de evaluación y, por el otro, la ética e independencia de los evaluadores. En la última categoría se argumenta que los resultados de las evaluaciones deben satisfacer las necesidades de los usuarios y difundirse en un formato accesible.²¹

1.4.1.1 Tipos de evaluaciones

1.4.1.1 Acreditación

Se constituye como un procedimiento de evaluación externa de los establecimientos de atención médica. Su objetivo es determinar si cumplen de manera satisfactoria con los criterios como: capacidad, calidad y seguridad para el paciente, que son requeridos para la prestación de servicios sanitarios.²²



1.4.1.2 Auditoría médica

Se trata de una confrontación entre una situación observada en el que se roma un marco referencial normado técnica y administrativamente. Las eventuales desviaciones se registran en un informe que contiene un dictamen y recomendaciones para corregir una situación observada. En este procedimiento hace una revisión sistemática y objetiva del trabajo profesional en relación con la atención médica prestada por parte de los profesionales de la salud. Cabe mencionar que se trata de una revisión de la práctica médica, y no del que la práctica, a fin de servir como mecanismo de mejoramiento y perfeccionamiento médico.²³

1.4.1.3 Auditoria administrativa

La auditoría administrativa trata de diagnosticar o identificar los problemas de orden administrativo, así como las causas que originan dichos problemas para establecer una retroalimentación que contenga las recomendaciones que se pueden implementar para que la organización mejore a través de un proceso administrativo eficiente.²⁴ Para evitar sesgos, lo ideal es que sea personal externo y ajeno a la institución, debidamente capacitado en los aspectos técnicos y administrativos que evaluará.

1.4.1.2 Revisión modelos de evaluación de las organizaciones de salud: limitaciones y aportaciones

Como se ha descrito, el estudio de las organizaciones de salud resulta complejo dada las características del proceso salud-enfermedad, las funciones del capital humano, las influencias de factores políticos, económicos y sociales que influyen en la prestación de los servicios sanitarios. Por este motivo, se han propuesto diferentes métodos para evaluar al personal, a los directivos, la infra y supraestructura, los procedimientos y su impacto en el desempeño organizacional. La tabla 1 incluye una compilación de estudios con una metodología diferente al propuesto por Pradip Khandwalla y que han sido utilizados para el análisis de los elementos organizacionales de instituciones de salud. En esta revisión destaca el hecho de que los estudios sobre diagnóstico organizacional en hogares para ancianos, es un campo limitado que requiere ser fortalecido.



Tabla 1. Estudios relacionados sobre los modelos de evaluación de las organizaciones de salud. 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34

Título	Autor(es), lugar y año	Metodología utilizada	Hallazgos	Aportaciones y limitaciones del estudio
Diagnóstico de la cultura organizacional en un hospital público grande de la ciudad de Durango, México	1. Autores: Gómez Romero, José Gerardo; Villarreal Solís, Francisco Martín; Castañeda Rosales, Verónica del Rayo 2. Lugar: Durango, México 3. Año: 2015	1. Tipo de estudio: Cuantitativo, descriptivo y transversal 2. Instrumento: Cuestionario de Yeung, Ulrich, Nason, y Von Glinow (2000) adaptado por Gómez (2008) al contexto mexicano 3. Población: 296 trabajadores un hospital del ISSSTE en Durango.	El estudio concluye que la organización estudiada tiene una cultura rígida, lo cual es muy lógico dada su naturaleza pública, dedicada a la salud, burocratizada, con procesos establecidos, donde se pone principal énfasis en el control, esto es donde la máxima autoridad de la organización tiene en control absoluto sobre la organización	1. Aportaciones: Proporciona información acerca de la cultura organizacional que prevalece en la institución para entender las interacciones sociales bajo los que funciona 2. Limitaciones: No describe los factores ambientales de la organización que influyen en la cultura organizacional
Diagnóstico de la satisfacción laboral en una entidad asistencial hospitalaria	1. Autores: Álvarez Santos, Lilisbeth et al 2. Lugar: La Habana, Cuba 3. Año: 2016	1. Tipo de estudio: Cuasi experimental 2. Instrumento: 3. Población: 301 trabajadores vinculados directamente a los servicios de atención de salud en el hospital	El índice de satisfacción laboral resultante del diagnóstico fue de 74,39 %; las condiciones de trabajo y la estimulación moral y material fueron las dimensiones que más influenciaron en este resultado. En la evaluación por servicios solo 14 adquirieron los valores deseados, y la categoría de enfermeras resultó la más afectada.	1. Aportaciones: Determinar las condiciones de trabajo influyen de forma favorable y negativa en el desempeño del personal e identificar el departamento más afectado 2. Limitaciones: Ausencia de enfoques estratégico y sistémico para realizar el diagnóstico y favorecer la mejoría de la organización
Diagnóstico de problemáticas asistenciales en clínicas y hospitales de Barranquilla	1. Autores: Ortiz Barrios, Miguel y Felizzola Jiménez, Heriberto 2. Lugar: Barranquilla, Colombia 3. Año: 2016	1. Tipo de estudio: Descriptivo 2. Instrumento: Se diseñó una encuesta de 21 ítems sobre el estado de los diferentes procesos asistenciales	Se estableció que los procesos con mayor debilidad en la población son: Consulta Externa, Hospitalización y Estadística	1. Aportaciones: Identifica los departamentos que enfrentan dificultades operativas que influyen en su desempeño y productividad 2. Limitaciones: No considera al capital



		3: Población: 18 clínicas y 4 hospitales		humano como parte de los factores de desempeño
El análisis de la situación de salud hospitalaria: herramienta para la gestión de hospitales del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social	1. Autores: Batista Pereda, Yubel et al 2. Lugar: La Habana, Cuba 3. Año: 2016	1. Tipo de estudio: Revisión documental	El análisis de la situación de salud a nivel hospitalario propuesto se estructuró en 11 ejes temáticos, que proponen los indicadores que permiten la evaluación integral	1. Aportaciones: Incluye variables ambientales, sociodemográficas, epidemiológicas y técnicas para la priorización de problemas 2. Limitaciones: Solo considera la satisfacción laboral como parte de los factores de desempeño del capital humano
Gestión y desempeño en un hospital de ESSALUD, Cañete, Lima, 2017	1. Autores: Oré Cárdenas, Ángel 2. Lugar: Lima, Perú 3. Año: 2017	1. Tipo de estudio: Cuantitativo, descriptivo y transversal 2. Instrumento: Cuestionario adaptado del instrumento validado por Sabella, Kashou & Omran (2014) para desempeño organizacional hospitalaria usando los criterios del Premio Nacional de Calidad Malcolm Baldrige (MBNQA). 3: Población: 33 médicos y 10 directivos	Los resultados revelaron que entre la variable prácticas de gestión de la calidad y la variable desempeño organizacional existe una relación directa y significativa	1. Aportaciones: evalúa las prácticas de gestión de la calidad y resultados del desempeño, eficiencia y efectividad, continuidad, y empleo de recursos 2. Limitaciones: No describe los factores ambientales de la organización que influyen en el desempeño
De los Malos Tratos al Buen Trato en las personas mayores. Nuevo paradigma en la evaluación	1. Autores: Pérez Rojo, G. et al 2. Lugar: Madrid, España 3. Año: 2017	1. Tipo de estudio: Revisión documental	Se presentan primeramente aspectos generales relacionados con los malos tratos hacia las personas mayores para posteriormente exponer las distintas	1. Aportaciones: Ofrece una visión conceptual acerca de estrategias centradas en la persona y el buen trato de modo que coincidan con



			aportaciones que han llevado al cambio de paradigma hacia el buen trato y de los cambios de la atención centrada en la persona	desempeño real de las instituciones 2. Limitaciones: La metodología planteada propone únicamente la evaluación interna, que puede ser subjetiva
Competencias profesionales, gestión clínica y grupos relacionados de diagnósticos. El caso de hospitales públicos chilenos	1. Autores: Reynaldos Grandón, Katiuska; Saiz Álvarez, José y Molina Muñoz, Yerko 2. Lugar: Santiago, Chile 3. Año: 2018	1. Tipo de estudio: Mixto 2. Instrumento: 3: Población: 18 gestores encargados de la implementación de las unidades de Grupos Relacionados de Diagnósticos	Luego de cinco iteraciones, se evaluaron 78 competencias de un total de 179 en nivel "alto", del tipo: Conocimientos del líder de los equipos, formación profesional preferentemente enfermeras, 15 actitudes y valores, 17 habilidades o destrezas y 12 competencias específicas relacionadas al sistema de codificación.	1. Aportaciones: Permite analizar las competencias que dificultan la toma de decisiones y priorizar aquellas que son requeridas 2. Limitaciones: Ausencia de la evaluación del impacto del modelo en el desempeño de la institución
Estudio diagnóstico de liderazgo transformacional en personal de enfermería que labora en hospitales públicos mexicanos	1. Autores: Hernández García, Tirso Javier y Duana Avila, Danae 2. Lugar: Hidalgo, México 3. Año: 2018	1. Tipo de estudio: Cuantitativo, descriptivo y transversal 2. Instrumento: Se utilizó el MLQ 5x propuesto por Bass y Avolio (2000) en su adaptación para México realizado por Mendoza (2005). 3: Población: 1500 enfermeras de base de Hospitales Públicos	Los hallazgos más importantes muestran una inclinación hacia prácticas de gestión de carácter transaccional, mismos que tiene mayor correlación con las variables "antigüedad" y "turno del personal"	1. Aportaciones: Integra un diagnóstico acerca de cuatro ejes: Liderazgo Transaccional, Liderazgo Transformacional, Liderazgo Facilitador y Variables de Resultado 2. Limitaciones: no reflejan con toda claridad la parte cualitativa donde se ubican las emociones, los pensamientos, las costumbres y las formas de vida de la organización en la práctica
Priorización de medidas para la consolidación	1. Autores: García Altésa, Anna; Peiród, Manel	1. Tipo de estudio: Cualitativo 2. Instrumento: Se utilizó la técnica de	Se propusieron 53 estrategias centradas en medidas estructurales	1. Aportaciones: Este enfoque permite dinamizar el desarrollo de la



de la toma de decisiones compartidas en las prestaciones del Sistema Nacional de Salud español	y Joan Josep Artells 2. Lugar: Barcelona, España 3. Año: 2019	tormenta de ideas sobre competencias gerenciales. Con uso de la técnica Rand se utilizó el sistema numérico de priorización 3: Población: 10 jefes y directivos de un hospital	«macro» (toma de decisiones compartidas, medidas curriculares del personal), «meso» (generación y difusión de información acreditada por líneas de investigación específicas e instrumentos de ayuda a la toma de decisiones compartidas) y «micro» (estímulo a la inserción de la toma de decisiones compartidas en la relación de la organización con los usuarios del sistema sanitario).	toma de decisiones compartidas y fomento de la participación de los trabajadores en encontrar soluciones 2. Limitaciones: Requiere de un alto sentimiento de confianza para exteriorizar las ideas
Intervención situacional gerontológica: estrategia para potenciar los roles sociales de los mayores	1. Autores: Piña Moran, M. et al 2. Lugar: CDMX, México 3. Año: 2019	1. Tipo de estudio: Artículo de opinión	Los autores proponen un modelo basado en el desarrollo comunitario a fin de implementar un lenguaje (interpretativo y explicativo) que permita incorporar a la persona envejecida activamente a la sociedad, en condición de total igualdad.	1. Aportaciones: Explica los momentos de la planificación situacional (explicativo, normativo, estratégico y táctico-operacional), para el fortalecimiento de la participación social de las personas mayores 2. Limitaciones: Requiere de personal calificado y con las competencias sociales necesarias para propiciar un diálogo de confianza para que la aplicación del modelo sea exitosa

Fuente: elaboración propia.

1.4.4 Diagnóstico Organizacional: Modelo de Khandwalla

El Modelo de Diagnóstico Organizacional propuesto en 1977 por Pradip Khandwalla establece las relaciones de causalidad y determinismo entre cinco clases de variables: situacionales, estratégicas, estructurales, conductuales y de desempeño, cuyo principio esencial es el de equifinalidad.³⁵

Figura 1. Esquema de interrelación entre variables del Modelo de Diagnóstico Integral Khandwalla (1977).



Fuente: Modelo de Diagnóstico Integral Khandwalla propuesto por Pradip Khandwalla (1977).

1.4.4.1 Variables del Modelo

1. Variables situacionales. También llamadas contextuales o demográficas comprenden el ambiente externo, es decir, el contexto en que funciona la organización. Este ambiente está constituido por eventos, restricciones, oportunidades, amenazas y contingencias originadas fuera de la organización de origen político, económico, social y dinámica poblacional.

2. Variables estratégicas. Incluye las metas de la organización, así como el estilo y filosofía de la gestión y las estrategias para mantenerse y crecer.



3. Variables de estructurales. Incluyen la infraestructura (sistema de controles y relaciones de autoridad, funciones del personal, formalización de las comunicaciones, programas procedimientos operativos) y la superestructura (la manera en que las personas se agrupan en departamentos en la organización). Estas representan los procedimientos, relaciones y acuerdos formales mediante los cuales funciona la organización que disminuyen la incertidumbre y mejoran la coordinación y la interacción.

4. Variables de comportamiento. Comprenden elementos dinámicos no formales que influyen en el funcionamiento de la organización. Estas incluyen la motivación, conflicto, cooperación e innovación.

5. Variables de desempeño. Su evaluación es llevada a cabo para mejorar la toma de decisiones. Las características evaluadas son eficiencia (en términos de rentabilidad), la tasa de crecimiento (positiva o negativa), el grado de aceptación en el mercado o la comunidad. El desempeño organizacional se evalúa con base en estándares (establecidas por el desempeño anterior o comparadas con el desempeño de otras organizaciones).³⁵

1.4.4.2 Relación entre las variables y patrón de variables.

El modelo establece que las variables situacionales afectan directamente a las variables estratégicas y estructurales al condicionar los escenarios de actuación de las organizaciones, pero también afectar o mejorar el desempeño. Asimismo, las variables estratégicas tienen influencia en las variables estructurales al establecer objetivos y estrategias a través de los cuales se realizarán los procedimientos, relaciones y acuerdos formales de la organización, mientras que las variables estructurales (departamentalización, jerarquización, tecnología, sistemas de información), son capaces de modificar la motivación, escenarios conflictivos, cooperación, e innovación de las variables conductuales. Por lo anterior, el resultado del buen funcionamiento de la organización dependerá de la combinación apropiada de las variables para garantizar un entorno organizacional dinámico, proactivo, con una alta dirección que asuma riesgos, sistemas de información y control sólidos que propicien altos niveles de motivación, compromiso e innovación. Este conjunto de variables apropiadas se denomina patrón de comportamiento de variables.³⁵



1.4.4.3 Aplicaciones del modelo de Khandwalla al análisis de instituciones de salud

Si bien existen pocos estudios que establezcan la utilización del modelo de diagnóstico integral de Pradip Khandwalla en el estudio de las organizaciones de salud, se han descrito dos publicaciones que fundamentan sus aportaciones como herramienta de diagnóstico integrador. En 1993, Jiménez Sánchez propone la utilización del modelo de Khandwalla para el análisis del modelo de atención a la salud, por su naturaleza dinámica. Así, mediante la utilización de tres clases de variables (estratégica, situacional, organizacionales):³⁶

1.4.2.1 Variables situacionales en salud

Corresponden al contexto en el que funcionan las instituciones, y que configuran la dinámica ambiental. Esta variable recaba información relativa el perfil demográfico y epidemiológico de contexto de las organizaciones, así como de las disposiciones normativas que regulan las actividades de atención en salud, por lo que requiere consultar información de publicaciones oficiales de los censos de población, estadísticas en salud e investigaciones recientes.

1.4.2.2 Variables estratégicas en salud

Consideran los principios filosóficos y las estrategias organizacionales de la institución para sobrevivir, desarrollarse y brindar servicio a la población usuaria.

1.4.2.3 Variables organizacionales en salud (comportamental, desempeño, estructural)

Estas variables agrupan las variables estructurales, comportamentales y de desempeño en una sola variable, la organizacional. Las variables organizacionales describen las relaciones formales funcionales y los recursos de la organización, la estructura y organización de la institución, el sistema de información, infraestructura, recursos humanos. Por otro lado, en el año 2016, realizó un diagnóstico de funcionamiento organizacional de en un Hospital General de la Seguridad Social utilizando el modelo de Diagnóstico Integral de Khandwalla. En su estudio afirma que entre las aportaciones del modelo al estudio de las organizaciones en salud destacan: “el amplio espectro de temas que se pueden evaluar, las diferentes técnicas que existen y los condicionantes prácticos y éticos de cada situación, las posibilidades de efectuar diferentes estudios simultáneos”.³⁷ Sin embargo, pese a la utilidad del modelo como enfoque integral, no existen suficientes estudios aplicados al contexto de las organizaciones de salud.



2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Como resultado del aumento de la esperanza de vida, la disminución de la tasa de fecundidad y la disminución de la tasa de mortalidad, México está experimentando el envejecimiento paulatino de su población. Si bien esto representa un éxito en materia de salud pública, se sabe que a medida que la población envejece, aumenta el riesgo de contraer enfermedades. Además, debido a la reducción progresiva de las capacidades físicas y mentales, también aumenta el riesgo de discapacidad y las probabilidades de volverse dependiente. Esto se traduce en el aumento de los costos de atención de salud de largo plazo y aumentan la carga de las familias que cuidan de sus familiares mayores.

Puesto que en todo el mundo se vive más tiempo, el aumento de las enfermedades crónicas y crónicas complejas, con la consecuente reducción del bienestar están destinados a ser un reto importante en salud pública. Este panorama indica que los adultos mayores pueden ser más vulnerables si no se adoptan medidas políticas y sociales para salvaguardar su autonomía. Por este motivo se crea la necesidad de políticas de asistencia social adaptadas a las características de la población envejecida; a sus necesidades sociales, físicas, psicológicas y económicas, así como del desarrollo de modelos de atención gerontológica que respondan asertivamente a los retos que este panorama plantea.

Sin embargo, a pesar de que en las últimas décadas el número de instituciones de atención especializada en cuidados del adulto mayor se ha duplicado y diversificado, no ha sido posible satisfacer la demanda de los servicios, ni se ha consolidado el funcionamiento eficiente de las mismas. En este sentido, el INGER ha establecido tres niveles en los que las instituciones de atención sanitaria para personas de edad avanzada. El primer nivel debe garantizar que se tenga la capacidad suficiente para atender a la población que demande los servicios, con el objetivo de satisfacer el acceso a los servicios de salud. El segundo nivel demanda que se cuente con la capacidad operativa para asegurar que la atención proporcionada cumpla con los mínimos requerimientos para que los servicios sean oportunos, seguros, eficaces y de calidad. Y, por último, se es menester que todos los procesos institucionales sean transparentes y adecuados a normas y procedimientos bien definidos que garanticen la calidad.³⁸



Ante esto, es importante conocer los elementos que intervienen en la conducción de las organizaciones de atención gerontológica. Por lo que es imprescindible contar con herramientas integrales de diagnóstico del quehacer de las instituciones prestadoras de servicios de salud para las personas mayores, dado que *“el tipo y la calidad de los servicios ofrecidos por las instituciones tienen un fuerte impacto sobre el bienestar en general y en la salud al envejecer en particular”*.³⁸

2.1 Pregunta de investigación

Las preguntas de investigación a las que se pretende responder son:

2.1.1 Pregunta general de investigación

¿Cuál es el diagnóstico organizacional de una institución de atención gerontológica en Villahermosa, Tabasco?

2.1.2 Preguntas específicas de investigación

¿Cuáles son los principales determinantes de la situación actual y cómo se relacionan?

¿Cuáles son los principales problemas identificados y sus oportunidades de actuación?



3. JUSTIFICACIÓN

En el capítulo sobre la Protección del Derecho Humano a la Salud como Protección Social en el Ámbito de los Derechos Sociales, del libro Derechos Humanos en el Trabajo y la Seguridad Social; Camacho Solís firma que: *“los indicadores generales de salud de un país son, en buena medida, reflejo de su nivel de desarrollo social en términos de progreso y justicia. Los países que presentan niveles más altos de desarrollo son, generalmente, aquellos que tienen una mayor esperanza de vida, menores tasas de mortalidad materno infantil, y una amplia cobertura de los sistemas de salud pública ante los diferentes riesgos que puede enfrentar la salud”*.³⁹

Dado que el envejecimiento poblacional describe a las denominadas sociedades avanzadas, la evaluación de indicadores epidemiológicos, económicos y sociales en este grupo de población ha sido necesario para la toma de decisiones y el diseño de políticas públicas que garanticen su bienestar. En este sentido se ha detallado que si bien, las personas han ganado más años, estos no necesariamente son años de vida saludable. En los últimos años las enfermedades no transmisibles, los estilos de vida no saludables y las inequidades sociales se han catalogado como uno de los determinantes de la mala salud en la vejez.

En México se ha determinado que la situación actual de las personas mayores *“se caracteriza por la intersección entre las problemáticas de salud asociadas a la vejez, el género y la pobreza en un contexto de escasa protección institucional y profundas desigualdades sociales que se observa tanto en entornos rurales como urbanos”*.⁴⁰

Respecto a la protección a la salud, en el año 2018, la ENADID reveló que si bien un gran porcentaje de las personas mayores en México estaba afiliada a una institución de servicios médicos (85.4%),⁶ estudios revelan que el gasto de bolsillo durante el último de vida de adultos mayores mexicanos puede ascender a \$18 500.1 dólares.⁴¹ Esta situación se ve agravada por otros factores socioeconómicos como las condiciones laborales, en las que según la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) del segundo trimestre de 2019, reveló que el 21.7% de los adultos mayores que viven solos y tienen una ocupación no reciben prestaciones, sólo el 15.7% recibe aguinaldo y un 13.4% tienen vacaciones con goce de sueldo.⁶



Ante este panorama, resulta evidente que los servicios de atención gerontológica y geriátrica son imprescindibles para atender a población envejecida en condición vulnerable. Sin embargo, existen otros problemas como el insuficiente presupuesto que se destina para atender las necesidades en salud. Tan sólo en 2017, el gasto sanitario ascendió a 5.5% del PIB, mientras que el gasto per cápita fue de 494.7 dólares.⁴²

Lo anterior representa un reto para adecuar las políticas de asistencia social en materia de salud, de tal forma que permita garantizar una atención sanitaria oportuna, efectiva, segura y a bajo costo, en un contexto en el que las necesidades sanitarias son ilimitadas y los recursos limitados, por lo que la toma de decisiones para el diseño, implementación y evaluación de las estrategias debe estar fundamentada en un análisis minucioso de los recursos disponibles, la magnitud de los problemas y los beneficios potenciales, que a su vez deberán complementarse con las expectativas legítimas de la población y su contexto. Por esta razón, es necesario el fortalecimiento de herramientas diagnósticas para definir prioridades y mejorar la respuesta ante desafíos emergentes fortaleciendo la adecuada gestión de las instituciones de salud.

Una herramienta disponible es el estudio de las organizaciones como instrumento para satisfacer de manera más efectiva las necesidades de la sociedad, al brindar un enfoque integral que permite vislumbrar el panorama en salud con la finalidad de identificar oportunidades de acción y riesgos potenciales o reales que la amenacen. El enfoque de diagnóstico organizacional propicia la identificación de los elementos que contribuyen al buen o mal funcionamiento de una organización a cualquier nivel mediante el principio de equifinalidad, que le otorga autonomía y dinamismo.

Ante esto, el modelo de diagnóstico integral de Khandwalla, permite conocer el contexto en el que funcionan las instituciones; al tiempo que analiza la infraestructura de las organizaciones, entendiéndolas como un sistema abierto, dinámico que responde a estímulos de su ambiente.



Sin embargo, se trata de un recurso infravalorado y subutilizado en el estudio de las organizaciones de salud, por lo que es necesario que existan más estudios que expongan su utilidad para aportar información disponible para la toma de decisiones en salud. Además, las personas adultas mayores, desde un punto de vista social, son sujetos de derecho, socialmente activos, con garantías y responsabilidades respecto de sí mismas, su familia y su sociedad, con su entorno inmediato y con las futuras generaciones, y están siendo vulnerados toda vez que no se les ofrecen servicios de atención gerontológica adecuada, segura, asequible y efectiva.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



4. OBJETIVOS

4.1 General:

Describir el diagnóstico organizacional de una institución de atención gerontológica en Villahermosa, Tabasco mediante el uso del modelo de diagnóstico organizacional de Khandwalla.

4.2 Específicos:

4.2.1 *Variable situacional*

1. Describir el perfil demográfico del Estado
2. Describir el perfil epidemiológico Nacional y Estatal
3. Describir el marco jurídico que cubre a personas mayores

4.2.2 *Variable estratégica*

1. Describir las características sociodemográficas del personal operativo y directivos
2. Analizar el perfil profesional y características del puesto de los directivos
3. Caracterizar la distribución de funciones y procesos de atención desde la perspectiva del directivos y personal operativo
4. Analizar las características del direccionamiento estratégico de los directivos

4.2.3 *Variable estructural*

1. Describir la organización de la institución
2. Describir el tipo y cantidad de recursos económicos asignados a la institución

4.2.4 *Variable de desempeño*

1. Conocer la percepción del personal operativo sobre el desempeño de la institución.
2. Conocer la percepción del personal de los directivos acerca del desempeño de la institución.
3. Describir la opinión de los residentes sobre el desempeño de la institución

4.2.5 *Variable conductual*

1. Describir los principales conflictos manifestados por los trabajadores de la institución
2. Conocer la percepción del personal operativo acerca del ambiente dentro de la institución



5. MATERIAL Y MÉTODOS

5.1 Tipo de investigación:

Se realizó una investigación descriptiva, transversal de comportamiento analítico haciendo uso de diferentes métodos y técnicas bajo el marco conceptual del Modelo de Funcionamiento Organizacional de Pradip Khandwalla (tabla 2). El estudio efectuado fue de proceso mixto (cuali-cuantitativo) en las que ambas fases se desarrollaron paralelamente. Se optó por este enfoque de investigación, ya que proporciona tanto representatividad como profundidad en el análisis de datos. A continuación, se presentan de manera general las variables que aborda el modelo, así como las técnicas de recolección.

5.2 Universo

El universo estuvo constituido por la organización en su conjunto, lo que incluyó al recurso humano directamente encargado de la prestación (personal operativo) como de aquellos que toman decisiones, realizan gestiones, o supervisan las labores (directivos y mandos medios). Así como su población residente.

5.2.1 Población en estudio

La población estuvo compuesta por personal operativo y directivos y residentes. La determinación de la muestra cualitativa de personal operativo y directivos se realizó mediante un muestreo de tipo opinático, se definieron los perfiles de los participantes, considerando para los profesionales a todo graduado del campo de las ciencias de la salud que tuviera o hubiera tenido un cargo directivo u operativo en la institución de atención gerontológica seleccionada, con una antigüedad mayor a seis meses, y que aceptara participar en el estudio, previo consentimiento informado.

Mientras que, para la población adulta mayor que participó en el sondeo, se incluyó a la totalidad de residentes que aceptaron participar en el estudio cuya clasificación de deterioro cognitivo leve y ausente.



5.3 Criterios de inclusión y exclusión:

5.3.1 Criterios de selección de los recursos humanos: directivos y personal operativo.

5.3.1.1 Criterios de inclusión.

- Recursos humanos que acepten participar en el estudio, previo consentimiento informado.

5.3.1.2 Criterios de exclusión:

- Recursos humanos con antigüedad en el puesto actual menor a seis meses
- Personal con antigüedad mayor a 6 meses en la institución, que tengan una antigüedad menor a 1 mes en el puesto o área de trabajo.
- Recursos humanos suplentes.

5.3.2 Criterios de selección para población general

5.3.2.1 Criterios de inclusión.

- Residente cuya clasificación de deterioro cognitivo fuera ausente o leve.
- Se admitirá la participación de quienes acepten participar en el estudio, previa firma de consentimiento informado.

5.3.2.2 Criterios de exclusión:

- Personas mayores que no tengan pleno uso de sus capacidades mentales.
- Personas mayores en áreas en aislamiento por sospecha o caso confirmado de COVID-19.

5.4 Método e instrumento de recolección de datos

A continuación, se describen más ampliamente las técnicas de recolección de datos y sus instrumentos de acuerdo con las variables establecidas en el modelo de Khandwalla (Tabla 2, descrita previamente). Dado que cada variable integra criterios específicos, las técnicas son diferentes y contienen elementos cualitativos, cuantitativos y mixtos.



5.4.1 Variable situacional

5.4.1.1 Revisión documental

Se llevó a cabo mediante una revisión bibliográfica en cuatro etapas:

Etapa 1: Definición de los temas

Las categorías temáticas considerados para el análisis de la variable situacional se resumen en la tabla 2.

Tabla 2. Dimensiones de análisis e indicadores de la variable situacional

Dimensión	Indicador	Técnica	Fuente
Demográfica	1. Estructura: Población de 60 y más año (adulto mayor) 2. Esperanza de vida	Revisión documental	Censo y Estadísticas de INEGI
Epidemiológica	1. Principales causas de morbilidad 2. Principales causas de mortalidad 3. Tasa de enfermedades crónicas complejas (pluripatologías)	Revisión documental	Bases de datos del SUIVE
Socioeconómica	1. Porcentaje de adultos mayores que viven solos 2. Porcentaje de económicamente activos 3. Escolaridad 4. Porcentaje de jubilados 5. Porcentaje de beneficiarios de apoyos sociales	Revisión documental	Censo y Estadísticas de INEGI
Política-Legal	1. Políticas en el contexto local, nacional e internacional con enfoque en personas mayores 2. Normas Oficiales Mexicanas	Revisión documental	Diario Oficial de la Federación

Fuente: Elaboración propia.

Etapa 2: Búsqueda de la información

Se consultaron diferentes fuentes de información: normas, reportes técnicos, revistas especializadas y memorias mediante metabuscadores con antigüedad no mayor a cinco años.

Etapa 3: Organización de la información

La información recabada se organizó en categorías por título, autor, revista y aporte.

Etapa 4: Análisis de la información

Se realizó un análisis detallado de los artículos que se identifiquen como directamente relacionados con las ideas más importantes y los aspectos relevantes para los temas de investigación.



5.4.2 Variable estratégica

Para la recolección de los datos de la variable estratégica se optó por utilizar el enfoque cualitativo. Para esto se diseñaron dos guiones de entrevistas en profundidad de tipo semiestructurado; uno para personal operativo y otro para los directivos, previa revisión de la literatura sobre planificación, gestión y evaluación estratégica de instituciones de salud.

Los instrumentos diseñados fueron aplicados en una muestra a personal operativo y directivos de diferentes instituciones de atención gerontológica vía remota para su pilotaje y se eliminaron las preguntas redundantes y vagas. Finalmente, el instrumento para la recolección de datos en el personal operativo se constituyó con 23 ítems que exploran el perfil profesional, descripción del puesto que desempeña, percepción del desempeño de la institución, y percepción de logros y desafíos en la atención de las personas mayores en Tabasco. Para esta variable se consideraron sólo los ítems 1 al 18. (Ver anexo 1)

Por su parte, el instrumento diseñado para la recolección de la información en directivos contiene 15 ítems acerca de las características del direccionamiento estratégico de la institución, percepción del desempeño de la institución, percepción del desempeño de los servicios estatales de atención al adulto mayor, percepción de logros y desafíos en la atención de las personas mayores en Tabasco. Para el análisis de la variable estratégica se consideran los ítems 1 al 13. (Ver anexo 2)

La duración promedio de las entrevistas fue de 60 minutos aproximadamente por cada ronda, con un número total de dos rondas por participante. Dada la situación de emergencia sanitaria, las entrevistas se realizaron mediante video llamadas realizadas en las plataformas digitales *Skype* y *Zoom*, que fueron grabadas en audio previa autorización de los participantes, para su transcripción textual posterior en el procesador de textos *Microsoft Word*.

El procesamiento de los datos se realizó mediante el análisis de contenido, en cuya etapa inductiva se seleccionaron los elementos con similitud de contenido y posteriormente, en la etapa deductiva se definieron y codificaron las categorías a analizar. A continuación, se realizó el



ordenamiento de los discursos narrativos en cada categoría y se seleccionaron las frases representativas para su caracterización. Las categorías de análisis para profesionales y directivos se resumen en las tablas 3 y 4 respectivamente.

Tabla 3. Categorías de análisis del personal operativo entrevistado.

Categoría	Definición conceptual	Ítem
Características sociodemográficas	Caracterización según años cumplidos, descripción de la formación académica recibida, así como puesto desempeñado y antigüedad laboral.	¿Cuál es su edad? ¿Cuál es su formación académica? ¿Cuál es su cargo actual? ¿Qué antigüedad laboral tiene/tuvo?
Características del puesto	Descripción de las características del puesto laboral actual, así como el sumario de actividades, responsabilidades, quehaceres y personal que depende de él.	¿Cuáles son las funciones que usted desempeña? ¿Tiene a otras personas a su cargo? ¿Considera que las personas a su cargo cumplen adecuadamente sus funciones? ¿Se dispone de algún tipo de perfil del personal que labora en esos contextos? ¿Existe algún tipo de formación mínima requerida?
Distribución de funciones y procesos	Percepción acerca de la distribución y ejecución de las funciones operativas.	¿Recibe con frecuencia órdenes de personas ajenas a su área o departamento? ¿Con qué frecuencia realiza funciones que no le corresponden o que ya está siendo realizada por alguien más? ¿Cómo se organizó su departamento/área y cómo se distribuyen las funciones para cumplir los objetivos? En caso necesario preguntar si ¿Considera que la coordinación afecta el desempeño de las actividades?

Fuente: Elaboración propia.



Tabla 4. Categorías de análisis de los directivos.

Categoría	Definición conceptual	Ítem
Características sociodemográficas	Caracterización según años cumplidos, descripción de la formación académica recibida, así como puesto desempeñado y antigüedad laboral.	¿Cuál es su edad? ¿Cuál es su formación académica? ¿Cuál es su cargo actual? ¿O cual cargo tuvo? ¿Qué antigüedad laboral tiene/tuvo?
Direccionamiento estratégico	Establecimiento de objetivos y metas, conducción y congruencia con los objetivos organizacionales, y sensibilidad ante las demandas del entorno.	¿Cuáles son los objetivos de la atención de la institución que dirige? ¿Qué se toma en cuenta para definir y priorizar los objetivos de la institución? ¿Existe algún tipo de estándar, criterio e indicador de calidad y de proceso relacionado con el contexto? ¿Cómo está organizada la institución? ¿Cuál es el mapa jerárquico del equipo de dirección/gestión? ¿Qué perfiles son requeridos para dichos puestos? ¿De qué forma identifica las expectativas y necesidades sentidas por las personas mayores y sus motivos de insatisfacción? ¿Existen entornos que propicien el intercambio de opiniones y sugerencias entre el adulto mayor, la familia y la institución? ¿Cómo integra la perspectiva de las personas mayores en la definición de objetivos y estrategias de acción de la institución? ¿Cuál es el grado de participación de la persona mayor en la toma de decisiones sobre los planes terapéuticos? ¿Qué lugar ocupa la familia para la definición del plan terapéutico y logro de sus objetivos?



Diagnóstico estratégico	Capacidad analítica y directiva en la identificación del ambiente interno y externo de la organización.	¿Cuáles son las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas que usted ve o vea en su institución/organización?
--------------------------------	---	--

Fuente: Elaboración propia.

5.4.3 Variable estructural

Para el análisis de esta variable, se realizó mediante la revisión documental descrita para la variable situacional para identificar los elementos que se resumen en la tabla 5.

Tabla 5. Categorías de análisis de la variable estructural

Elementos de análisis de la variable estructural
1. Estructura y organización de la institución
2. Tipo y cantidad de recursos económicos asignados

Fuente: Elaboración propia.

5.4.4 Variable de desempeño

5.4.4.1 Fase cualitativa

La fase cualitativa de esta variable se realizó mediante entrevistas en profundidad a directivos y personal operativo para obtener ambas perspectivas:

1. Desempeño de la institución desde la perspectiva del personal operativo
2. Desempeño del personal operativo desde la perspectiva de los directivos

5.4.4.1.1 Entrevistas en profundidad

El instrumento para la recolección de datos en el personal operativo consistió en un guion de entrevista semiestructurada con 23 preguntas (Anexo 2). Los ítems 14 a 16 son específicos para la evaluación percepción del desempeño de la institución, y percepción de logros y desafíos en la atención de las personas mayores en Tabasco. (ver tabla 6)



Por su parte, el instrumento diseñado para directivos se trató de un guion con 21 preguntas semiestructuradas (Anexo 1). Para el análisis del desempeño se consideran los ítems 14 al 15. (Ver tabla 7)

Tabla 6. Categorías de análisis del personal operativo entrevistado sobre desempeño

Categoría	Definición conceptual	Ítem
Percepción del desempeño general de la institución	Valoración del individuo sobre el desempeño general de la institución en la atención de los adultos mayores.	¿Cómo considera la atención en esta institución? ¿Piensa que se le proporcionan los insumos apropiados para llevar a cabo sus actividades? ¿Qué es lo más importante que hace actualmente su institución por los adultos mayores?

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 7. Categorías de análisis de los directivos sobre desempeño de la institución.

Categoría	Definición conceptual	Ítem
Percepción del desempeño general de la institución	Valoración del individuo sobre el desempeño general de la institución en la atención de los adultos mayores.	¿Cuál es su opinión sobre el desempeño de su institución en la atención de la persona mayor?

Fuente: Elaboración propia.

5.4.4.2 Fase cuantitativa

Debido a la situación epidemiológica que atraviesa el estado por la pandemia de COVID-19, se determinó la elaboración de un sondeo para conocer la opinión de los residentes sobre aspectos de la institución. Se trató de un estudio descriptivo, transversal y observacional. El instrumento utilizado corresponde a una encuesta de opinión de 14 ítems diseñada en forma de preguntas abiertas (2) y cerradas (12) (Anexo IV). La recolección se realizó en el mes de febrero de 2022. El análisis de datos se realizó con el programa estadístico IBM SPSS versión 25, se aplicaron medidas descriptivas a los datos recolectados.



5.4.5 Variable conductual

La variable conductual proporciona información acerca de pensamientos y conducta de los trabajadores. Para este propósito, se utilizó guion de entrevista semiestructurada que se aplicó a trabajadores y directivos. Las categorías abordadas en la variable conductual se resumen en la tabla 8.

Tabla 8. Categorías de análisis para las entrevistas semiestructuradas.

Categoría	Definición conceptual	Ítem
Clima organizacional	Percepción del individuo sobre la organización y opinión que se ha formado de ella en términos de autonomía, recompensas, consideración, cordialidad, y apertura al diálogo.	¿Cuáles son las dificultades a las que se enfrenta al desempeñar su cargo? ¿Considera que existe buena comunicación en la institución? ¿De qué forma le hacen llegar la información relacionada con su trabajo? ¿Qué opina del ambiente laboral en su institución? ¿Cómo se siente para emitir opiniones y sugerencias para la toma de decisiones en la institución? ¿Considera que sus sugerencias y opiniones son tomadas en cuenta? ¿Cómo se siente para realizar sus actividades en la institución?

Fuente: Elaboración propia.

5.5 Análisis de datos.

Para el análisis de datos cualitativos derivado de los grupos focales y entrevistas en profundidad, se transcribieron los discursos grabados previamente en audio y video, respetando el contenido aportado por los participantes de forma integral. Para este propósito se utilizó el procesador de textos *Microsoft Word*.

El procesamiento de los datos cualitativos se realizó mediante el análisis de contenido, en cuya etapa inicial se identificaron y codificaron las categorías a analizar de manera deductiva. Posteriormente se realizó el ordenamiento de los discursos narrativos en cada categoría y se seleccionaron las frases representativas para su codificación en categorías.



A continuación, se vincularon los códigos de las categorías para analizar las relaciones entre las variables del modelo para la identificación de coocurrencias y crear redes entre categorías. La sistematización de la información se realizó en el software ATLAS.ti versión 8 (*The Qualitative Data Analysis & Research*) y el procesador de textos *Microsoft Word*.

Para el análisis cuantitativo se utilizó el Software estadístico SPSS en su versión 25, y se pretende realizar análisis estadístico (estadística descriptiva), para identificar correlaciones entre las dimensiones de satisfacción y competencias laborales.

5.6 Operacionalización de variables

A continuación, se presenta la tabla de operacionalización de las variables cuantitativas consideradas en el estudio. Dado que este estudio es descriptivo, y no se predice un fenómeno, no se han establecido hipótesis.

Tabla 9. Operacionalización de variables

Variable	Tipo/escala	Definición conceptual	Definición operacional o indicador	Dimensión	Categoría	Fuente	Instrumento	Estadístico utilizado
Sexo	Cualitativo /nominal	Conjunto de características biológicas que distinguen al hombre de la mujer	Características biológicas que diferencia al sexo masculino del femenino.	Demográfica	1.Hombre 2.- Mujer	Encuestado	Encuesta	Distribución de frecuencias
Percepción de la atención recibida	Cualitativo /nominal	Conjunto de actitudes de los individuos respecto a un servicio o producto sanitario que ha recibido	Calidad de la satisfacción del usuario en relación a la atención recibida	Percepción	1. Buena 2. Regular 3. Mala	Encuestado	Encuesta	Distribución de frecuencias
Satisfacción con los servicios recibidos	Cualitativo /nominal	Conjunto de actitudes positivas de un individuo respecto a servicios recibidos	Calidad de la satisfacción del usuario en relación a los servicios recibidos	Percepción	1. Muy satisfecho 2. Satisfecho 3. Poco Satisfecho 4. Nada satisfecho	Encuestado	Encuesta	Distribución de frecuencias

Fuente: Elaboración propia.



5.7 Consideraciones Éticas

Este estudio se llevó a cabo conforme a las disposiciones del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud:³³

Artículo 3. La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:
V. Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud.

Artículo 13. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, debe prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Artículo 14. La Investigación que se realice en seres humanos debe desarrollarse conforme a las siguientes bases:

I. Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen.

III. Se debe realizar sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo.

IV. Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que este Reglamento señala.

Artículo 16. En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

Artículo 20. Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

Artículo 21. para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:

I. La justificación y los objetivos de la investigación;



II. Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales;

IV. Los beneficios que puedan observarse;

VI. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto;

VII. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento;

VIII. La seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad;

Artículo 22. El consentimiento informado deberá formularse por escrito y deberá formularse por escrito y deberá reunir los siguientes requisitos:

I. Será elaborado por el investigador principal, indicando la información señalada en el artículo anterior y de acuerdo con la norma técnica que emita la Secretaría;

II. Indicará los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que éstos tengan con el sujeto de investigación;

III. Deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, en su caso. Si el sujeto de investigación no supiere firmar, imprimirá su huella digital y a su nombre firmará otra persona que él designe.

Además, se consideró lo establecido en las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación en Seres Humanos, del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS); que, en materia del valor social, científico y de respeto de los derechos humanos de las prácticas en la investigación biomédica y psicosocial, establece lo siguiente:³⁴

1. Valor social: *“El valor social se refiere a la importancia de la información que un estudio probablemente va a producir. La información puede ser importante en razón de su relevancia directa para comprender o intervenir en un problema de salud importante o por la contribución esperada a la investigación que probablemente va a promover la salud de las personas o la salud pública”.*



2. Valor científico: *“Se refiere a la capacidad de un estudio de generar información confiable y válida que permita alcanzar los objetivos enunciados de la investigación. El requisito de valor científico se aplica a toda investigación con seres humanos relacionada con la salud, independientemente de la fuente de financiamiento o el grado de riesgo para los participantes. Esto se debe en parte a que diversas partes interesadas (incluidos pacientes, médicos clínicos, investigadores, formuladores de políticas, patrocinadores de la industria y otros) dependen de la información que la investigación genere para tomar decisiones que tendrían consecuencias importantes para la salud de las personas y la salud pública”.*

3. Calificación del personal de investigación. *“Los patrocinadores, investigadores y comités de ética de la investigación deben asegurarse de que todo el personal de investigación esté capacitado, en virtud de su educación y experiencia, para desempeñarse competentemente y con integridad. Esto incluye recibir formación y capacitación apropiadas en ética”.*

4. Respeto de los derechos y el bienestar. *“Aunque el valor social de una investigación es una condición necesaria para su aceptabilidad ética, dicho valor no es suficiente. Toda investigación con seres humanos debe llevarse a cabo con el debido respeto y preocupación por los derechos y el bienestar de las personas participantes y las comunidades donde se realiza la investigación. Este respeto y preocupación se manifiestan en los requisitos de obtener un consentimiento informado y de asegurar que los riesgos se minimicen y sean razonables en relación con la importancia de la investigación, así como otros requisitos tratados en este documento. La investigación también debe ser sensible a las cuestiones de justicia y equidad. Esta inquietud se manifiesta a la hora de decidir qué necesidades de salud han de investigarse; cómo se distribuyen los riesgos, las cargas y los beneficios previstos de cada estudio; y quién tendrá acceso al conocimiento y las intervenciones resultantes”.*

5. Diseminación de los resultados de la investigación. *“La diseminación es esencial para obtener un valor social”.*



6. RESULTADOS

6.1 Variable situacional

6.1.1 Demografía del envejecimiento

El crecimiento de la población tiene dos componentes: el natural, producto del balance entre nacimientos y defunciones y el social, resultado de la migración. El efecto combinado de estos elementos determina el ritmo de crecimiento poblacional. Hasta el año 1970, Tabasco contaba con una población de 768, 327 habitantes, de los cuales un 4.8% eran personas de 60 años y más (53.2% eran hombres y el 46.8% mujeres).⁴⁸

En esa década, la mayor proporción de la población se caracterizaba por tratarse de población infantil (de 0 a 9 años), como resultado del incremento en la tasa de natalidad y el crecimiento poblacional alcanzó una cifra del 46%⁴⁹. Asimismo, existía una razón de dependencia infantil que ascendía a 109.3 personas de 0 a 14 años por cada 100 en edad económicamente activa (15 a 64 años).

Por su parte, la razón de dependencia de personas mayores en 1970 fue de 6.43 personas mayores por cada 100 en edad económicamente activa⁵⁰. A partir de 1990 el incremento en la tasa media de crecimiento anual, se vio favorecido por el desarrollo de acciones de salud pública como la implantación del Programa Universal de Vacunación en 1991⁵¹. Para este periodo, las mujeres vivían en promedio 74.6 años, y los hombres tenían una vida media de 68.1 años⁵³

Desde los años 2000 al 2005, Tabasco experimentó un decremento respecto a periodos pasados, ocupando el lugar número 20 de crecimiento poblacional, respecto a la media nacional⁵². Entre las razones sociales destaca el fenómeno migratorio que tuvo lugar luego la crisis económica iniciada a mediados de los años 90, el desplome de la actividad agrícola con la subsecuente sustitución por las actividades ganaderas que contratan escasa mano de obra y la oferta de empleos temporales para obreros y campesinos en otros estados del país y en el extranjero.⁵⁴

Figura 2



El resultado de estos cambios es que la proporción de menores está en descenso, que la proporción de personas en edad económicamente activa continúa en aumento y que existe incremento en el proceso de envejecimiento. Tan sólo en el año 2015, la razón de dependencia infantil disminuyó a 43.66 por cada 100 habitantes en edad económicamente activa y se prevé que para el año 2050 se reduzca a 29.89, mientras que la proyección sobre la razón de dependencia de personas mayores aumentará a 24.44, por cada 100 personas en edad económicamente activa⁵⁰.

Si bien estos indicadores demográficos están sujetos a variaciones del mercado laboral, la exactitud de los censos por edad y del hecho de que no todas las personas consideradas “inactivas” realmente lo son y no todas las personas consideradas activas lo están realmente, su conocimiento proporciona una estimación que puede complementar la toma de decisiones sobre la formulación de políticas públicas, seguridad social, empleos y ofrece parámetros para realizar el seguimiento del proceso de envejecimiento poblacional.

Actualmente, en Tabasco viven poco más de 250 mil personas mayores, de las cuales un 51.6% corresponde a mujeres y el 46.3% son hombres. Hasta el año 2020, el índice de envejecimiento para la Entidad es de 24.53 personas de 60 años y más por cada 100 de 0 a 14 años⁴⁴ y la esperanza de vida es de 75.1 años⁵⁵. Según proyecciones del CONAPO, se estima que el índice de envejecimiento en el Estado alcance un 39.1 en 2030⁴⁴ y un 81.73 para 2050⁵⁶.

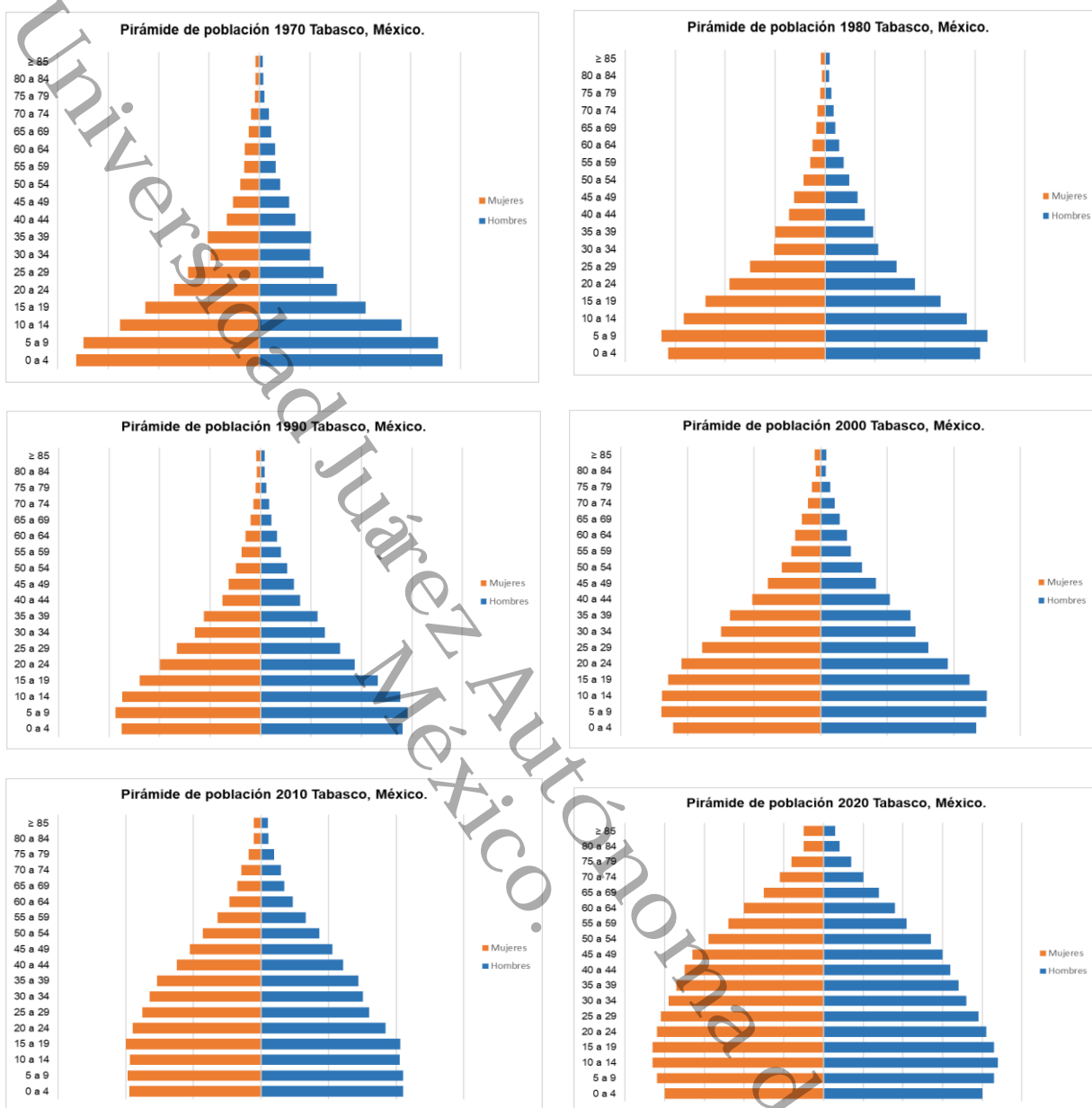


Figura 2. Envejecimiento paulatino de la población.

Para los años 70, se observa una pirámide progresiva que indica que se trataba de una población joven. A partir de los años 90, la mayor frecuencia se observa en las personas menores de 15 años y la proporción de personas económicamente activa es mayor. Actualmente, se observa una pirámide en fase regresiva, con aumento en la proporción de personas en edad económicamente activa y con un proceso de envejecimiento en desarrollo.

Elaborada a partir de los datos del Censo de Población 2020 del INEGI.



6.1.2 Envejecimiento y salud

Pese a que la esperanza de vida ha aumentado en las últimas décadas, la manera en la que se viven los años ganados dependerá en gran medida de un factor determinante: la salud. Desafortunadamente, la OMS ha revelado que existen datos insuficientes que sugieran que las personas mayores gozan de mejor salud que las que tuvieron sus padres a la misma edad⁵⁷.

Hasta el año 2018, los principales padecimientos en personas a partir de los 50 años fueron: Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) con 70.68%, seguido de Diabetes Tipo 2 (DT2) con el 40.2%, y Artritis con el 19.87%. Además, el 11.25% padece algún tipo de discapacidad funcional para realizar actividades básicas como caminar, bañarse o comer⁵⁸.

A partir de los 60 años, las principales causas de enfermedad en Tabasco incluyen a las infecciones respiratorias agudas, infecciones de vías urinarias e infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas⁵⁹.

Esto demuestra que las enfermedades crónicas son la principal causa de años de vida saludable perdidos en personas mayores que alrededor del 67% de ellos presenta diferentes enfermedades crónicas como lo son la angina de pecho, osteoartritis, asma, cataratas, diabetes, enfermedad cerebrovascular, neumopatía crónica, hipertensión arterial y depresión, lumbalgia crónica, déficit auditivo y obesidad de manera simultánea⁶⁰.

Dado que las enfermedades crónicas son de progresión lenta y de larga duración, es frecuente que coexistan con otras (comorbilidad) o asciendan a crónicas complejas, disminuyendo la calidad de vida en esta etapa. Las causas principales de enfermedades en personas de 60 años y más en Tabasco se enumeran en la tabla 10.



Tabla 10. Principales causas de enfermedad en Tabasco en personas de 60 y más años

1. Infecciones respiratorias agudas	38,940
2. Infecciones de vías urinarias	17,339
3. Infecciones intestinales por otros	10,307
4. Organismos y las mal definidas	
5. Úlceras, gastritis y duodenitis	6,863
6. Hipertensión arterial	4,136
7. Diabetes Tipo 2	3,512
8. Vulvovaginitis	3,416
9. Obesidad	2,839
10. Otitis media aguda	2,752

FUENTE: SUIVE/DGE/Secretaría de Salud/Estados Unidos Mexicanos 2019.

Por otro lado, las principales enfermedades que causan mortalidad prematura incluyen a la enfermedad por diabetes Tipo 2, las cardiopatías isquémicas y la enfermedad renal crónica⁶¹.

Es interesante notar que dentro de las diez principales causas de APMP (años de vida perdido por muerte prematura), se agrupan condiciones relacionadas con el envejecimiento y la vejez, que revela la mayor predisposición de la persona mayor a desarrollar ciertas enfermedades y como consecuencia final presente mayor riesgo de muerte. (Ver tabla 12).

Otro de los factores que contribuye a la morbimortalidad en la vejez, son las caídas, cuya incidencia en el adulto mayor es mucho mayor que en el resto de la población. En México las caídas representan el 30% de las causas de muerte en mayores de 65 años; 62% de estas ocurren en casa y 26% en la vía pública.⁶⁶.

Sus implicaciones como causa de discapacidad, pérdida de la autonomía y muerte es que causan disfunción, dolor y que la posibilidad de fallecer por cualquier causa en los dos años siguientes a una caída se duplica con respecto a las personas adultas mayores que no se caen, sobre todo si se trata de mujeres⁶⁷.



Tabla 11. Principales causas de años perdidos por muerte prematura en personas de 60 y más años

1. Diabetes Tipo 2
 2. Cardiopatías isquémicas
 3. Enfermedad renal crónica
 4. Enfermedades cerebrovasculares
 5. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
 6. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias
 7. Infecciones de vías respiratorias bajas
 8. Cirrosis por alcohol
 9. Cirrosis por hepatitis C
 10. Cáncer de tráquea, bronquios y pulmones
-

Fuente: INGER

6.1.3 Características socioeconómicas de las personas mayores

Hasta el año 2019, del total de la población envejecida, alrededor de 1.7 millones de vivían solas. De ellas, cuatro de cada diez eran económicamente activas (41.4%)⁶⁰. Esto las ha marginado a trabajos precarios, que son mal remunerados e inseguros, lo que con mucha frecuencia les vuelve dependientes de sus familias o apoyos de asistencia social. A su vez, la CEPAL establece que *“en la mayoría de los países de América Latina, la incidencia de la pobreza en los hogares con personas de edad tiende a ser menor que en los hogares sin personas mayores”*^s. Por este motivo, diversas organizaciones señalan que la pobreza es uno de los factores que limitan un envejecimiento seguro, saludable y digno^s.

Respecto a los gastos destinados por las personas de 60 años o más que viven solas, el principal motivo de gastos es la alimentación para lo que destinaron en 2018⁶¹. Otros gastos que son trascendentes para mantener su calidad de vida son los relacionados con la salud. En promedio, esta población gasta trimestralmente \$112 pesos en medicinas.



Si bien un gran porcentaje de las personas mayores en México estaba afiliada a una institución de servicios médicos (85.4%), el gasto de bolsillo durante el último de vida de adultos mayores mexicanos puede ascender a \$18,500⁶². Esto representa un problema dado que hasta en las que, según el segundo trimestre de 2019, el 21.7% de los adultos mayores que viven solos y tienen una ocupación no reciben prestaciones, sólo el 15.7% recibe aguinaldo y un 13.4% tienen vacaciones con goce de sueldo⁶³.

De aquellas con seguridad social, el IMSS es la principal institución a la que acuden para atenderse (30.7%), una cuarta parte (25.4%) va a los Centros de Salud u hospitales de la Secretaría de Salud y uno de cada cinco (20%), a clínicas o instituciones privadas⁶¹.

En lo social, la situación conyugal que predomina en las personas de edad que viven solas es la viudez. Si bien es cierto que en ambos sexos se da esta condición, en los hombres el porcentaje es menor (42.6%) que en las mujeres (65.3%). En orden de frecuencia le siguen aquellos que están separados o divorciados (31.5% hombres y 19% mujeres), mientras que los unidos concentran el menor porcentaje (8.7% hombres y 1.8% mujeres)⁶⁴.

Por otro lado, 18.9% de las personas de edad que viven solas no sabe leer ni escribir. Por sexo, el porcentaje es mayor en las mujeres (20.8%) que en los varones (15.9 por ciento). Si bien es cierto que la mayoría es alfabeta, el nivel de escolaridad que alcanzan es de apenas 6 años (5.9), lo que indica que lograron concluir la primaria.

6.1.4 El envejecimiento en las políticas públicas

El año 2002 es considerado uno de los más importantes para el desarrollo de políticas de protección a las personas mayores. El 25 de junio del mismo año, se publica en el Diario Oficial de la Federación la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores que contiene 50 artículos organizados en 6 títulos en el que se establecen a partir de la cual se establecen formalmente los marcos para la creación y diseño de programas específicos para atender a las necesidades de los adultos mayores.



Tabla 12. Ley Nacional de los Derechos de las Personas Adultas Mayores

<i>Título</i>	<i>Artículos que contiene</i>
I. Título Primero	1°- 3°
II. De los Principios y Derechos	4°- 5°
III. De los deberes del Estado, la sociedad y la familia	6°- 9°
IV. De la política pública nacional de las personas adultas mayores	31°- 38°
V. Del patrimonio del instituto	39°- 40°
VI. Régimen laboral	41°- 42°
VII. De las responsabilidades y sanciones Transitorios	43°- 50°

Ley Nacional de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, 2002

Asimismo, se encuentran alineados con la Norma Oficial Mexicana NOM-167-SSA1-1997, Para la prestación de Servicios de Asistencia Social para Menores y Adultos Mayores, que establece “*los procedimientos para uniformar principios, criterios, políticas y estrategias en la prestación de servicios y desarrollo de actividades en materia de asistencia social*”.

A nivel Estatal, Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores en el Estado de Tabasco, decreta los derechos, políticas de protección y obligaciones de las autoridades en favor de los Adultos Mayores. Esta Ley contiene 57 artículos organizados en IV Títulos. Tabla 13



Tabla 13. Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores en el Estado de Tabasco

<i>Título</i>	<i>Artículos que contiene</i>
I. De las Personas Adultas Mayores, principios y derechos	1°-9°
II. De las facultades y obligaciones de las autoridades, la sociedad y la familia a favor de los Adultos Mayores	10°-20°
III. Del consejo estatal para la protección, integración, asistencia, promoción y defensa de los derechos de las personas adultas mayores	21°-30°
IV. De las responsabilidades y sanciones	31°- 57°
V. Transitorios	10

Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores en el Estado de Tabasco, 2017.



6.2 Variables Estructural y Estratégica

Dada que las variables estratégicas tienen influencia en las variables estructurales al establecer objetivos y estrategias a través de los cuales se realizarán los procedimientos, relaciones y acuerdos formales de la organización, estas se describirán en el mismo apartado.

A continuación, se resumen los objetivos de la organización con relación a la asignación presupuestaria, alcances y población objetivo, según lo establecido en las Reglas de Operación de la Institución⁶⁵. El nombre de la institución evaluada permanece omitido para garantizar el anonimato de todos los participantes del estudio.

Tabla 14. Objetivos y alcance de la Institución de atención al adulto mayor

Objetivo general	Ofrecer al adulto mayor del Estado de Tabasco, y que se encuentren en situación de abandono, un sitio para su permanencia temporal o definitiva a fin de mejorar su calidad de vida.
Objetivo específico	Diseñar y aplicar mecanismos para garantizar el ejercicio de los derechos de las personas adultas mayores accediendo a un organismo que otorgue salud integral de tipo biopsicosocial.
Alcance	Meta de cobertura: Hasta 80 adultos mayores

Se observó que el objetivo de la institución tiene propósitos comunes con las establecidas en el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2019-2024, cuyo objetivo es garantizar el acceso a una atención médica gratuita, oportuna y de calidad para la detección, tratamiento a fin de garantizar un mejor nivel de salud para todas y todos.

Además, se observa vinculación con uno de los objetivos del Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2019-2024, que establece entonces los objetivos, estrategias y acciones, a los que deberán apegarse las diferentes instituciones de la Administración Pública Federal para materializar el derecho a la protección de la salud.



Tabla 15: Matriz de análisis: Evaluación de la adecuación y congruencia de objetivos de la institución

Objetivo específico del programa	Alineación con el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2019-2024	Alineación con el Programa Sectorial de Salud (PROSEA) 2019-2024
1. Diseñar y aplicar mecanismos para garantizar el ejercicio de los derechos de las personas adultas mayores accediendo a un organismo que otorgue salud integral.	Apartado II Política Social: “El gobierno federal realizará las acciones necesarias para garantizar que hacia el 2024 todas y todos los habitantes de México puedan recibir atención médica y hospitalaria gratuita, incluidos el suministro de medicamentos y materiales de curación y los exámenes clínicos”.	Objetivo 2: Incrementar la eficiencia, efectividad y calidad en los procesos del SNS para corresponder a una atención integral de salud pública y asistencia social que garantice los principios de participación social, competencia técnica, calidad médica, pertinencia cultural y trato no discriminatorio, digno y humano.

Fuente: Elaboración propia.

6.2.1 Programación presupuestal

El presupuesto proviene del fondo de aportaciones múltiples del Ramo Federal 33 F.V, que incluye

1. Productos alimenticios
2. Medicinas y otros productos farmacéuticos
3. Materiales accesorios y suministros médicos
4. Servicio de gas
5. Gastos extraordinarios para actividades recreativas, culturales y deportivas.

Hasta año 2018, el presupuesto de la institución ascendió a \$6,735,097.90 (Seis millones setecientos treinta y cinco mil noventa y siete pesos con noventa centavos 90/100 M.N.)⁶⁷ Siendo la categoría de alimentos la de mayor asignación presupuestaria con \$3,983,097.90 M/N.



6.2.3 Direccionamiento estratégico

A continuación, se describen los resultados obtenidos de la categoría de direccionamiento estratégico que contempla las subcategorías: características sociodemográficas, objetivos organizacionales y procesos para alcanzarlos, estructura organizacional, identificación de fortalezas y debilidades de la organización y sensibilidad a las expectativas y demandas de los usuarios.

6.3.1 Características sociodemográficas

Las características sociodemográficas de los informantes (directivos de servicios gerontológicos) se detallan en la tabla 16.

Tabla 16. Características sociodemográficas de los ex directivos entrevistados

Folio de identificación	Edad	Sexo	Formación	Cargos directivos	Antigüedad en el cargo
SM-D01	37	Mujer	Médico Cirujano con estudios de posgrado en Geriatría.	Ex directora	3 años
SM-D02	36	Mujer	Médico Cirujano con estudios de posgrado en Geriatría	Ex Subdirectora	6 meses
SM-D03	46	Mujer	Médico Cirujano con estudios de posgrado en Gerontología Social, Administración y Políticas Públicas.	Exdirectora	3 años y 6 meses
SM-D04	36	Mujer	Médico Cirujano con estudios de posgrado en Gerontología y Salud Pública	Ex Subdirectora	3 años y 6 meses

Fuente: Elaboración propia.

6.3.2 Objetivos de atención gerontológica y procesos para alcanzarlos.

De acuerdo con el establecimiento de los objetivos de atención institucional, los directivos coincidieron con que: “*priorizar la funcionalidad, mejorar la calidad de vida y preservar su integridad física, psicológica y social*”, es el propósito fundamental de la institución.



Esto pone de manifiesto que el mantenimiento de la autonomía de los residentes es la base para diseñar un plan de atención gerontológica. Además, se tiene en consideración a las esferas psicológica y social de las personas mayores, como parte de los objetivos de acciones específicas. Los objetivos de atención gerontológica se resumen en la Tabla 17.

Tabla 17. Objetivos de atención gerontológica según ex directivos

Categoría	Discurso
Objetivos fundamentales de la atención gerontológica	<p>“... mejorar la calidad de vida y llevar al paciente a un buen estado de salud óptimo, restableciendo su funcionalidad desde el punto de vista biomédico”. SM-D01</p> <p>“...era preservar la integridad del adulto mayor en sus diferentes esferas, ya sea en el ámbito de la salud, el ámbito de actividad física, de la cuestión psicológica, y mantener la integridad social dentro y fuera de la institución”. SM-D02</p> <p>“...mantener la salud biopsicosocial, o sea, no solamente era tenerlos físicamente bien sino mentalmente bien y también lúdicamente bien, o sea, que se sintieran bien”. SM-D03</p> <p>“... todo lo que dicta la ley ... el objetivo de que ellos estuvieran en un ambiente de seguridad y donde se le ofreciera todos los servicios desde los más... Darles información, darles comida digna, de calidad, atención, paseo, tratar de establecerles alguna comunicación con alguno de los familiares que se tenían o red de apoyo, como amigos” SM-D04</p>

Fuente: Elaboración propia.

Respecto a los procesos para definir los objetivos y lograrlos, se encontraron algunas diferencias. Al tratarse de una institución de financiamiento público, la definición de los objetivos se lleva a cabo mediante la integración de equipos multidisciplinarios con expertos que se encargaban de identificar las necesidades de la institución por áreas y departamentos, e integraban un plan de trabajo. Los discursos sobre los procesos para definir y alcanzar los objetivos se detallan en la Tabla 18.



Tabla 18. Procesos para el definir y alcanzar los objetivos

Categoría	Discurso
Procesos para el definir y alcanzar los objetivos	<i>“Se toma en cuenta la valoración individual de cada residente. Todos tienen distintas necesidades, todas son importantes. Eso da la pauta para hacer un plan terapéutico”</i> . SM-D01
	<i>“...de forma integral y colaborativa. Un equipo de expertos de cada área integraba una mesa en la cual se tomaban las decisiones para poder ejercer algún plan o de alguna manera cambiarlo o retirarlo”</i> . SM-D02
	<i>“...ir evaluando área por área sabiendo qué operatividad tenía, cuál era el gasto, qué necesidades tenían... todo el equipo de trabajo, que era mi equipo, sabíamos qué se estaba necesitando, qué área era la que necesitaba, cuánto necesitaba, y se tenía que resolver”</i> . SM-D03
	<i>“tratamos de coordinar de acuerdo al marco legal, tanto las urgencias del adulto mayor y siempre que entraba ahí un adulto mayor, se le hacía un estudio interdisciplinario donde tanto se le evaluaba físicamente, psicológicamente y por trabajo social”</i> SM-D04

Fuente: Elaboración propia.

6.3.3 Estructura organizacional de las instituciones de atención gerontológica.

Respecto a la estructura organizacional de las instituciones, se observó una estructura compleja. La institución se encuentra organizada en una dirección de atención al adulto mayor, y dos subdirecciones: la subdirección de servicios gerontológicos y la subdirección de la institución; de esta última dependían las áreas de subdirección médica (psicología, nutrición, rehabilitación y trabajo social) y subdirección administrativa (seguimiento operativo, almacén, mantenimiento y lavandería). Las características de la organización de las instituciones descritas por los directivos participantes del estudio se apuntan en la Tabla 19.



Tabla 19. Organización institucional descrita por los directivos

Categoría	Discurso
Organización de la institución	<p data-bbox="527 367 1451 829"><i>“...había un director que además era la dirección de atención al adulto mayor, de la cual dependían dos áreas grandes, la subdirección de la residencia y subdirección de servicios gerontológicos. Las dos con diferentes temáticas y diferentes formas de tratar a un adulto mayor. Dentro de residencia, que fue mi área en específico, de la subdirección dependía la coordinación médica y la subdirección administrativa y a partir de ellos todos los demás rublos. Por ejemplo, en el área de la subdirección administrativa dependían el área de seguimiento operativo, de almacén, de mantenimiento, lavandería, etcétera, todo lo que tenía que ver con ello. Y del área de la subdirección médica dependía el área de psicología, rehabilitación, nutrición, trabajo social, etcétera”.</i> SM-D02</p> <p data-bbox="527 861 1451 1060"><i>“... hay jardineros, hay enfermeros, hay supervisores de turno que son enfermeros, hay médicos, hay supervisor de medicina, supervisor de enfermería, coordinador médico, subdirector, trabajadoras sociales, rehabilitadores, choferes, cocineros, chefs, nutriólogos, en fin, casi de la mayoría de las disciplinas en salud estamos casi completos”.</i> SM-D03</p> <p data-bbox="527 1092 1451 1337"><i>“Estaba la dirección, luego una subdirección y coordinación médica donde estaba el área de, de enfermería, médicos de rehabilitación y enfermería. Hay un área de la residencia del adulto mayor que es para las necesidades primordiales de, de ropa, calzado, comida, de ver todo lo que son los insumos y también parte del, también del área médica y el área administrativa”.</i> SM-D04</p>

Fuente: Elaboración propia.

6.3.4 Sensibilidad ante las expectativas y necesidades de los usuarios.

En cuanto al modo de identificar las exigencias y expectativas de los usuarios, se observaron algunas similitudes entre los años que estuvieron a cargo los directivos. La institución optó por utilizar la observación participante durante la convivencia con los usuarios.



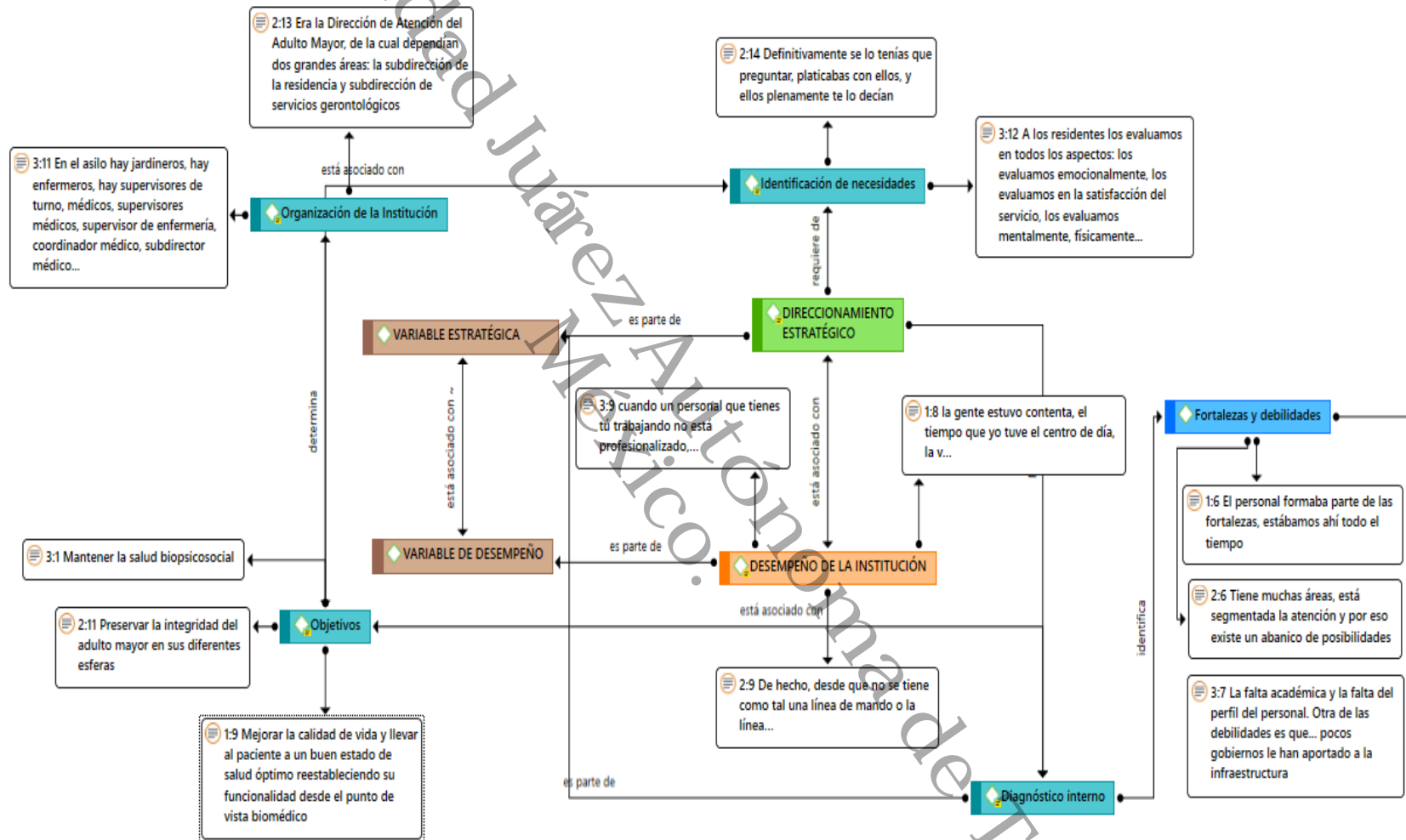
Esta estrategia fomenta la contribución directa de las personas mayores en la definición de los objetivos de atención de la organización, al tiempo que promueve su participación social al ofrecer un espacio de reconocimiento personal. Las estrategias de los directivos informantes para identificar las expectativas y necesidades de atención gerontológica de los usuarios se resumen en la Tabla 20.

Tabla 20. Sensibilidad ante las expectativas y necesidades de los usuarios percibida por los directivos

Categoría	Discurso
Sensibilidad a las expectativas y necesidades de los usuarios	<p><i>“Definitivamente se lo tenías que preguntar, platicabas con ellos, y ellos plenamente te lo decían. Pero tú podías hacer un diagnóstico al observar cómo comían, cómo caminaban, cómo se desenvolvían. Día a día podrías observar el deterioro o el avance que tenía en ciertas áreas, entonces lo que uno tiene que hacer es eso, enrolarse, tratar de trabajar en conjunto con todas las áreas para poder observar esas situaciones”.</i> SM-D02</p> <p><i>“A los residentes los evaluamos en todos los aspectos: los evaluamos emocionalmente, los evaluamos en la satisfacción del servicio, los evaluamos mentalmente, físicamente, nutricionalmente, médicamente, rehabilitatoria... o sea, en todas las escalas de evaluación geriátrica que se manejan, las implementamos y se las aplicamos a todos ellos.</i> SM-D03</p> <p><i>“... es individualizada porque llega un abanico de pacientes. Los que han tenido toda una situación de vida de calle, ellos tienen alguna situación muy peculiar. También hay quienes vienen de casa porque ya falleció toda su red de apoyo”.</i> SM-D04</p>

Fuente: Elaboración propia.

Figura 3. Red de relación entre las categorías de las variables estratégica y desempeño.



Se observa la relación entre la variable estratégica y desempeño. El direccionamiento estratégico es un proceso que permite planificar, organizar y ejecutar acciones para alcanzar los objetivos organizacionales.



6.3 Desempeño

6.3.1 Percepción del personal operativo sobre el desempeño de la institución

La variable de desempeño proporciona información relacionados con los resultados que generados a partir de la prestación de la atención en la residencia. A continuación, se describen los resultados obtenidos de la categoría, mediante la percepción del personal operativo:

Tabla 21. Características sociodemográficas de los trabajadores entrevistados.

Folio de identificación	Edad	Sexo	Formación	Puesto actual	Antigüedad en el puesto
SM-T01	57	Mujer	Licenciatura Psicología Estudios de posgrado Ciencias de la Salud con Énfasis en Salud Mental y Educación	Responsable de área	3 años
SM-T02	53	Hombre	Licenciatura en Médico Cirujano Maestría en Gerontología Social	Médico Gerontólogo	16 años
SM-T03	41	Mujer	Licenciatura en Enfermería	Cuidadora	5 años
SM-T04	27	Mujer	Licenciatura en Médico Cirujano	Jefa de departamento	2 años

En general, el personal tiene una valoración favorable respecto del desempeño de la institución. Los trabajadores señalan que la atención que se brinda en la residencia es completa, segura y digna. La atención incluye el cuidado de la salud, alimentación, y el cuidado personal. El propósito es velar por que la vida de las personas mayores dentro de la residencia cumpla con los requerimientos mínimos de una vida digna.

“Es una residencia donde sí, debemos de reconocerlo. Yo lo he reconocido y lo he defendido mucho, que están cubiertas en su totalidad las necesidades esenciales del adulto mayor y con mucha dignidad. Contamos con todos los servicios básicos necesarios para que ellos tengan una vida digna, una vida buena”

SM-T01



Por otro lado, consideran que, si bien la atención asistencial es suficiente hace falta fortalecer la capacitación de las y los trabajadores con enfoque en la persona mayor para mejorar la relación con los residentes. Asimismo, admiten tener dificultades que no dependen de ellos y que suponen una amenaza para la buena relación con los residentes y sus familias al no contar con mejores insumos, medicamentos y oferta de actividades recreativas por efectos de la emergencia sanitaria por la pandemia de la COVID-19.

“En cuanto a ser un envejecimiento con mucho conocimiento, se hace un esfuerzo. Pero infortunadamente el concepto de asistencialismo es algo que tenemos, la residencia es asistencial, damos lo que podemos”.

SM-T02

“Si te refieres a mi atención médica, sí es buena. ¿Que llevan los medicamentos necesarios, habidos y por haber, que son los que deben de tomar? No. ¿Qué tienen la libertad de salir? No. Pero que lamentablemente, no puedo ir en contra de la política, de la crisis y la pandemia”.

SM-T04

Por otro lado, se les cuestionó acerca de lo que consideran que es lo más importante que la institución hace actualmente por la persona mayor. Señalaron la importancia de ser una institución con una visión de proporcionar un trato digno y respetuoso hacia una etapa más de la vida. Refirieron que es necesario contribuir a derribar prejuicios que conciben a la vejez sólo como un periodo de pérdida de la vitalidad, de la salud, de, de las redes sociales y de la autonomía. Afirmar la vejez como una etapa más que merece ser vivida con dignidad.

Pues lo que estamos haciendo está bien, trabajamos por el trato digno y respetuoso hacia una etapa más del desarrollo de la vida, entendiendo el gran avance que tenemos, ir abriendo ese campo y somos un ejemplo”.

SM-T01



6.3.2 Percepción de los directivos sobre el desempeño de la institución

Para los ex directivos de la organización existe una percepción positiva de su desempeño. Sin embargo, remarcan la necesidad de contar con procedimientos de mejora continua y aseguramiento de la calidad de los recursos humanos.

“La gente estuvo contenta, el tiempo que yo estuve la verdad es que siempre recibí, no solo yo, si no todo nuestro equipo, siempre recibimos pues buenos comentarios de la gente y era atención totalmente personalizada”. **SM-D01**

“En general es bueno. Pero cuando un personal que tienes tú trabajando no está profesionalizado, ni le gusta, ni tiene los conocimientos, pues eso entorpece todo... tuve que entrar con la Secretaría de Salud, presionar para que fueran los especialistas de otros hospitales y meter al personal a capacitación”. **SM-D03**

“A mí se me hace una institución bastante buena, bastante necesaria, ojalá que no la quiten porque realmente me gustaría que pudiera haber más población adentro, pudiera haber más recursos, que hubiera más personal. Hasta donde yo me quedé, marchaba muy bien. Lo único ahí que hay que mejorar es la permanencia de recursos humanos capacitados.”

SM-D04

Por otro lado, apuntaron las oportunidades de mejora de la institución a las que debería dedicarse más atención:

“Considero que se debe de hacer una reestructura en cuanto a la organización de las áreas, para poder realizar un trabajo más eficaz. No se tenían muy claras algunas de las funciones de cada uno de los personajes que integraban el organigrama y no se tenía muy claro de quién dependían, cuál era su línea de mando, y esto tuvo consecuencias”. **SM-D02**



6.3.3 Percepción de los residentes sobre el desempeño de la institución

En el sondeo para conocer la opinión de los residentes sobre aspectos de la institución, participaron 22 personas adultas mayores. Los participantes considerados fueron aquellos clasificados por el área de psicología como sin deterioro cognitivo y con deterioro cognitivo leve.

Los lugares en los que refirieron vivir previamente incluyeron: casas en las que convivían con otros familiares que no pueden cuidar de ellos (por abandono, fallecimiento, ocupación o motivos económicos), otros albergues y personas mayores que vivían en situación de calle. El 56% de las encuestadas pertenecen al sexo femenino. Al final de la encuesta aplicada se incluyó una sección para comentarios y opiniones sobre los aspectos que consideran que se deben mejorar. Estos se incluyen en este apartado.

Inicialmente, se cuestionó cómo califican la atención en la residencia, a lo que la mitad de los encuestados (50%, $f=11$) califica la atención como buena, el 27.3% ($f=6$) la califica como regular y el 22.7% ($f=5$) la calificó como mala. Por su parte, la mayor proporción de los participantes afirman que sí recomendarían los servicios de atención de la residencia a otras personas (63.6%, $f=14$).

Respecto a los factores con los que se sienten más satisfechos en la institución se enfatizó el orden y la limpieza de las instalaciones, acumulando un 95.4% de satisfacción. Asimismo, un total de 72.8% refiere sentirse muy satisfechos (27.3% $f=6$) o satisfechos (45.5%, $f=10$) con los materiales y el mobiliario con los que está equipada la institución. Y el 68.2% reveló sentirse muy satisfecho (27.3% $f=6$) o satisfecho (40.9%, $f=9$) con los espacios e instalaciones destinadas para ellos en la institución.

“Yo vivía solo. Aquí me siento tranquilo y bien. Si hay apoyo” P13H

“Es diferente al otro albergue, allá nos atendían mal” P14H



En cuanto a los factores específicos con los que la mayor proporción de los entrevistados se sienten menos satisfechos, destacó el trato que les brinda el personal, para el que señalaron sentirse poco satisfechos (36.4% $f=8$) o nada satisfechos (31.8%, $f=7$), respectivamente. Acumulando un 68.2% de insatisfacción total para dicho rubro. Asimismo, un total de 54.5% refiere sentirse poco (13.6% $f=3$) o nada satisfechos (40.9%, $f=9$) con las actividades recreativas que se les ofrecen.

“No nos dejan salir. Estamos la mayor parte del tiempo sin hacer nada. Parece que no nos escuchan” P05M

“Muchos [trabajadores] están con su celular, no nos hacen caso” P18M

“Que ya nos dejen salir, aquí me siento encerrado” P10H

Finalmente, los aspectos que consideran importantes para mejorar incluyen la comida, las actividades recreativas, la libertad de poder salir y que se tomen en cuenta sus peticiones.

Las categorías interrogadas y las opiniones de los encuestados se presentan a continuación:

Tabla 22. Componentes de desempeño de la organización

Aspecto evaluado	Muy satisfecho		Satisfecho		Poco satisfecho		Nada satisfecho	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Tiempo de atención dedicada por el personal	5	22.7	8	36.4	6	27.3	3	13.6
Equipo y mobiliario	6	27.3	10	45.5	4	18.2	2	9.1
Espacios e instalaciones	6	27.3	9	40.9	4	18.2	3	13.6
Orden y limpieza	7	31.8	14	63.6	1	4.5	-	-
Horario de las actividades	4	18.2	6	27.3	7	31.8	5	22.7
Seguridad y vigilancia	4	18.2	10	45.5	2	9.1	6	27.3
Trato del personal	3	13.6	4	18.2	8	36.4	7	31.8
Rapidez con que se les atiende	3	13.6	8	36.4	4	18.2	7	31.8
Actividades recreativas ofertadas	3	13.6	7	31.8	3	13.6	9	40.9
Atención a las quejas	3	13.6	4	18.2	4	18.2	11	50.0

Nota: *f* = Frecuencia, % = Porcentaje, *n* = 22.



6.4 Conductual

El análisis de la categoría conductual permite conocer cómo influyen las variables estratégicas, estructurales, de desempeño y situacionales y la medida en la que son capaces de modificar la motivación, escenarios conflictivos, cooperación, e innovación de los recursos humanos en la organización.

Uno de los elementos más llamativos que se encontraron se corresponden con el estrés laboral que experimentan los trabajadores. A continuación, se relata una situación en la que la sobrecarga de trabajo del personal y ausencia de capacitación efectiva de los trabajadores, ocasionan la toma de malas decisiones que ponían en riesgo la seguridad del paciente y la del propio trabajador.

“Por ejemplo, cómo trasladar a un adulto mayor en una silla de ruedas. Algunas veces vi que llevaban dos sillas de ruedas, la misma persona iba toda estresada diciendo que podía llevar dos sillas de ruedas. Eso, obviamente, generaba un factor de riesgo para el mismo adulto mayor y para el personal. Sin embargo, le preguntaba yo a esa personal que lo hacía y le decía yo “¿por qué lo haces de esa forma si tú sabes perfectamente que no es correcto?... pues porque yo tengo que terminar rápido y además a los abuelos les gusta porque van platicando”, entonces yo decía “¡No! No puede ser tanto”. SM-D02

“tienen que haber gente que tenga realmente la vocación y el perfil para entrar, si no le gusta, seguramente colapsan más rápido y entonces, viene el síndrome del colapso del cuidador, el síndrome del quemado o Burnout, que es cuando la persona se colapsa y entonces están tan enojada o colapsada, pues entonces empieza a maltratar al adulto mayor gritándole, insultándolo, emocionalmente ofendiéndolo. A mí me tocó verlo de cerca”. SM-D03

Asimismo, se les cuestionó cual era la opinión sobre el ambiente laboral de la organización. Nuevamente, se determinó como parte de los problemas para establecer un buen ambiente laboral, en primer lugar, la deficiencia en la selección del personal, quienes son reclutados y contratados sin cumplir un perfil especializado en la atención de personas mayores, lo que ocasiona dificultades en las relaciones laborales.



En segundo lugar, la sobrecarga de trabajo, y las constantes modificaciones en los turnos, lo que ocasiona incertidumbre que condiciona inconformidad, estrés y frustración en el personal.

“El ambiente no es bueno. A veces es la sobrecarga, los cambios constantes de turnos, sobre todo en el área de enfermería, eso genera ansiedad o preocupación, porque de alguna manera tu organizas tu vida de acuerdo a cuando tienes tus tiempos desocupados y cuando no tienes esa seguridad, evidentemente eso te genera ansiedad. De pronto ya no estás en esta área o en este pabellón... eso hace que entre los compañeros se den esas situaciones de incomodidad o de molestia porque no entienden exactamente por qué los están moviendo”.

SM-T01

“El ambiente no creo que sea bueno. Nos hace falta la certificación, la capacitación, la enseñanza y sobre todo el trabajo en equipo y humanismo. Hace falta trabajar mucho; aunque lo hacen los compañeros; hace falta trabajar mucho el sentido espiritual en la atención a los adultos mayores; la parte humana, la parte sensible y la enseñanza. A veces cada quien no hace lo que quiere sino lo que puede”. **SM-T02**

“Yo creo que depende mucho de la visión y de la forma que tienen los mandos superiores de tomar decisiones. Precisamente porque no había una estructura tan sólida hablando de manera organizacional, pues las líneas de mando estaban poco dispersas o poco capacitadas y eso dificulta todo lo demás” **SM-D02**

Lo anterior revela la incapacidad de los líderes de tomar decisiones acertadas y de mantener una comunicación asertiva con el personal por carecer de la formación y conocimientos sólidos en materia de atención a las personas mayores o bien, por permear las opiniones por razones académicas, administrativas o políticas. Lo que con mucha frecuencia limitaba la participación de trabajadores y mandos medios en procesos de tomas de decisiones, contribución a la resolución de conflictos y su desarrollo como agentes activos en la organización.



“Necesitamos estar en una comunicación constante y abierta y de manera horizontal en la toma de decisiones y de cómo manejarse. Por ejemplo, para una persona adulta mayor es muy complicado de pronto ser nuevo y nosotros pedimos que se nos permita realizar esta parte del apoyo y para que sea menos traumatizante y frustrante para la persona, pero no siempre sucedía” SM-T02

“Había limitaciones para decir las cosas, sobre todo por política y de la prensa. Por ejemplo, si mi superior me lo pide, con gusto lo hago y si no me lo pide, mejor callo”.
SM-T03

A pesar de lo anterior, se debe focalizar en la motivación que subyace en las y los trabajadores para desempeñar sus funciones:

“La experiencia diaria de valorar diario a gente mayor y la otra; que es muy importante; la certificación, la valoración diaria, la enseñanza de este tipo, la enseñanza pedagógica. El ser maestro motiva bastante para trabajar y hacer las cosas mejor”.
SM-T02

“Yo me siento más útil dando la consulta al adulto mayor, viendo cómo mejora, eso me agrada más a mí. No tienes idea de lo fortificante”. **SM-T03**



7. DISCUSIÓN

El envejecimiento de la población se ha convertido en una de las transformaciones más significativas del siglo XXI. Este fenómeno ha repercutido en casi todos los sectores de la sociedad, entre ellos, el mercado laboral y financiero y la demanda de bienes y servicios (viviendas, transportes, protección social), así como para la estructura familiar y los lazos intergeneracionales. Por esta razón existen diversos modelos de atención gerontológica con organización y objetivos propios⁶⁴. En primer lugar, la definición de objetivos se convierte en un elemento clave en la gestión de las organizaciones. Este proceso gerencial es dinámico y tiene como propósito fundamental responder a las demandas internas y externas de la organización; por lo que ocurre de manera particular en cada institución de acuerdo con su misión y visión, los recursos disponibles y las características del entorno.

En este estudio se determinaron aquellos elementos que contribuyen a la determinación de objetivos institucionales, como parte del direccionamiento estratégico que tiene lugar en las organizaciones y se observó que el factor fundamental para este efecto es garantizar la conservación de la autonomía y funcionalidad de las personas mayores. Además, se incluye a la familia como refuerzo para alcanzar los objetivos particulares para cada residente. Esto se vincula con lo establecido en la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores en México. Dicha Ley se fundamenta en propiciar una transformación cultural de la sociedad, para que se valore y reconozca la dignidad de las personas mayores, para hacer valer la protección efectiva de sus derechos humanos, fortalecer su autonomía y garantizar el acceso a los derechos básicos para su nivel de bienestar.⁶⁶

Esta encomienda también se corresponde con lo establecido en diferentes modelos de atención gerontológica en América Latina, en donde se ha optado por la promoción del envejecimiento activo para garantizar una atención gerontológica segura y eficaz. En Colombia, por ejemplo, la Política de Envejecimiento propone al envejecimiento activo, definido como: *“el proceso de adquisición de hábitos saludables a través del curso de vida, como condición necesaria para que las futuras generaciones envejecan con autonomía, productividad y reconocimiento”*, por lo que las acciones de las instituciones de atención gerontológica colombianas se centran en este enfoque.⁶⁷



En instituciones de atención gerontológica de Cuba, un país con una alta proporción de personas mayores; se ha insistido en la implementación de enfoques multidisciplinarios en la evaluación gerontológica para diseñar los objetivos para la atención. En un estudio de 2015 en este país, que consistió en evaluar los procesos de atención prestada en un hogar de ancianos; se encontró que a pesar de que la evaluación biomédica para establecer objetivos de acción es satisfactoria en un 75%, la atención integral es insuficiente dado que no existe una evaluación inicial multidisciplinaria.⁶⁸

Esto pone en evidencia que, si bien se han hecho avances en materia de atención gerontológica segura y oportuna, todavía existen limitaciones para aplicarse con éxito enfoques integrales. Además, es necesario que las autoridades políticas y sanitarias respalden las acciones para fortalecer y agilizar el establecimiento de modelos de atención gerontológica integral que brinden seguridad y mejoren la calidad de vida de los adultos mayores.

El análisis del entorno de las organizaciones gerontológicas permite identificar las exigencias y expectativas de los usuarios, a fin de establecer objetivos acordes a ellas. Este proceso es un elemento que puede determinar el éxito o el fracaso de las estrategias de atención gerontológica y de los procesos para obtener buenos resultados. En este estudio se explora la utilidad de incluir a los adultos mayores en la identificación de problemas y sus propuestas para atenderlos. Los directivos que participaron expresaron la importancia de brindar espacios de diálogo con los residentes a fin de conocer sus expectativas y necesidades, de modo que sean utilizados para adecuar las intervenciones y reducir las brechas entre las necesidades reales y la atención recibida.

La participación social ha sido estudiada desde distintos enfoques y su utilidad para la resolución de problemas ha sido ampliamente difundida. En 2016, un estudio sobre participación de adultos mayores demostró la asociación entre la participación social y el proceso de envejecer con éxito. En dicho trabajo, la adaptación continua a las nuevas circunstancias físicas, cognitivas, psicológicas y sociales que experimentan las personas mayores, se vio favorecido cuando el grado de participación aumentó.⁶⁹



Sin embargo, adaptarse también implica movilizar los recursos disponibles de las instituciones gerontológicas como una fuente de apoyo y participación social. Una de las limitaciones para garantizar la participación social manifestada por los directivos consistió en la deficiencia en personal con formación gerontológica adecuada. Ellos identificaron a este factor como uno de los determinantes de una mala comunicación con los residentes.

Una investigación realizada bajo un enfoque cualitativo, cuyo objetivo fue analizar la atención del adulto mayor con base en la resiliencia organizacional del talento humano que atendía al adulto mayor beneficiario de un centro gerontológico, determinó la existencia de problemas en la comunicación interpersonal y escasos espacios de encuentro intergeneracionales. Involucrar al adulto mayor con el personal, constituye una de las principales limitaciones para establecer un diálogo efectivo; y se propuso fortalecer las competencias de comunicación del personal.⁷⁰

Así la disponibilidad de información sobre las percepciones de los adultos mayores sobre sus necesidades de atención en salud requiere de propiciar espacios seguros y de confianza para la participación social de este sector, a fin de que sean capaces de participar en acciones de promoción, cambio o transformación de sus estilos de vida, mejora de su funcionalidad física, cognitiva y social, y por ende mejorar sus posibilidades de envejecer mejor.

Además, la información obtenida es de utilidad para las instancias decisoras de los servicios de salud, para lograr una mejor organización y calidad de los servicios que brindan a este segmento poblacional, hacer una utilización racional de los recursos existentes, tanto humanos como materiales, lograr un adecuado uso de la intersectorialidad como herramienta básica de trabajo y participar en el incremento de la calidad de vida de las personas de 60 años y más. La tabla 23 resume los aspectos principales identificados y las limitaciones del estudio.



Tabla 23. Resumen de resultados y limitaciones del estudio

Variable	Resultado de la investigación
Situacional	<p>La variable situacional representó el punto de partida de esta investigación. Los objetivos específicos establecidos para este apartado fueron cumplidos satisfactoriamente. Ellos se encaminaron a describir los perfiles demográfico, epidemiológico y socioeconómico de la vejez en Tabasco, así como las políticas establecidas en marcos jurídicos.</p> <p>Como resultado se encontró que Tabasco está experimentando el envejecimiento progresivo de su población y se prevé que, en 30 años, alcance un índice de envejecimiento de 81.73 personas mayores por cada 100 personas de 15 o menos años. Lamentablemente, desde el punto de vista epidemiológico, todavía es imposible asegurar que los años de vida ganados sean saludables, dada la proporción de enfermedades crónicas presentes en la vejez (67%). Como consecuencia, las personas mayores deben destinar alrededor de \$112 pesos trimestrales únicamente para la compra de medicamentos. Ello representa un factor de riesgo para volverse dependientes de sus familias o de apoyos de asistencia social ya que hasta 2019 sólo el 41.4% era económicamente activa, con trabajos mal remunerados. Con objeto de contrarrestar las inequidades en la vejez, se han promulgado estatutos jurídicos para la protección de los adultos mayores que establecen las obligaciones que las autoridades, la sociedad y las familias tienen para con ellos.</p> <p>Este panorama permite conocer el contexto en el que se desempeña la organización, tal como lo describen otros modelos de evaluación en el que se consideran los determinantes extrínsecos que proporcionan una visión social y multidimensional del envejecimiento y de los procesos salud-enfermedad para mejorar las estrategias de atención sanitaria²⁸.</p>
Estratégica	<p>Estratégicamente, los objetivos específicos del estudio se encaminaron a caracterizar el perfil profesional de los directivos, describir los procedimientos que realizan para la toma de decisiones y establecimiento de los objetivos para la organización.</p> <p>Se encontró que el objetivo fundamental de la organización es asegurar el mayor grado de autonomía de los residentes, a través del diseño de planes de atención gerontológica. Para lograrlo, se integraban equipos multidisciplinarios de expertos que definían los planes terapéuticos, presupuestos y actividades que debía desempeñar el personal operativo.</p> <p>Por su parte, los puestos directivos de los últimos años (que han sido ocupados en su mayoría por médicos con algún tipo de formación en geriatría y gerontología) refirieron incentivar la apertura para conocer las opiniones de los residentes para incluirlas en la gestión de la organización. Si bien no existe un modelo preciso de atención centrada en la persona mayor dentro de la institución, la incorporación de sus preferencias, necesidades, expectativas y su historia de vida, son la antesala</p>



	<p>para sentar las bases de modelos de atención que se correspondan con las demandas reales de los residentes. En diversos estudios, se enfatiza la importancia de empatizar con la persona mayor como elemento principal que ayudara a promover el posible desarrollo de su independencia, individualidad y autonomía³⁰.</p>
Estructural	<p>Desde el punto de vista de la estructura organizacional, se buscó describir el organigrama, el tipo y cantidad de recursos económicos, humanos y materiales asignados a la institución. Sin embargo, dado que la directiva actual no accedió a participar y que los documentos oficiales disponibles al público en la página oficial de la organización no están actualizados, sólo fue posible obtener la estructura organizacional descrita por el personal operativo actual y ex directivos, así como la descripción general del presupuesto hasta el año 2018, por lo que los objetivos se cumplieron parcialmente.</p> <p>La estructura organizacional descrita por los participantes del estudio (personal operativo actual y ex directivos), consiste en una estructura lineal que consta de una dirección general de atención del adulto mayor de la que derivan dos subdirecciones, una médica y otra administrativa. La subdirección médica a su vez, se organiza en áreas de psicología, nutrición y trabajo social. Mientras que la subdirección administrativa incluye a las áreas de almacén, mantenimiento y lavandería. Los cargos directivos son en su mayoría ocupados por médicos que no necesariamente cuentan con estudios de posgrado relacionados con la gestión de organizaciones.</p> <p>En este sentido resulta indispensable enfatizar la frecuencia con la que se eligen líderes con formación médica. Tal como lo encontrado en un estudio que caracteriza perfiles de liderazgo y estructura organizacional en instituciones sanitarias²⁵, en el que se analizó la pobre formación administrativa de los directivos designados por la alta dirección (gobierno, para instituciones públicas) y que frecuentemente entorpecen algunos procesos de evaluación de los sanitarios: <i>“dando prioridad a sus necesidades como directivo y no como un gran “todo” para poder cambiar las necesidades existentes”</i>²⁵.</p>
Desempeño	<p>Los objetivos específicos para este apartado consistieron en conocer la percepción del personal de los residentes, personal operativo y directivos sobre el desempeño de la institución. Encomienda que se logró satisfactoriamente.</p> <p>En general, tanto directivos como personal operativo demostraron tener una opinión favorable sobre el desempeño de la institución y describen que la atención cubre las necesidades básicas de los residentes con dignidad y respeto. Por su parte, la mitad de los residentes encuestados, califica la atención que reciben como buena $f=11$. Y el 63.6% afirmó que sí recomendaría los servicios de la residencia a otras personas.</p>



	<p>En cuanto a los factores con los que directivos y personal operativo reveló sentirse menos satisfecho es la capacitación en atención a personas mayores que se les proporciona e inciden en la necesidad de contar con procedimientos de mejora continua y aseguramiento de la calidad de los recursos humanos. Esto se correspondió con lo señalado por los residentes, quienes refirieron sentirse poco (36.4% f=8) o nada satisfechos (31.8%, f=7) con el trato que reciben del personal. Un estudio relacionado, reveló cómo las prácticas de planificación estratégica de la calidad de los recursos influyen directamente en el desempeño organización y recomiendan la implementación de áreas de “<i>Gestión de la calidad</i>”²⁹, que se encarguen de monitorear y proponer mejoras continuas con un enfoque centrado en el paciente.</p>
Conductual	<p>Finalmente, la variable conductual tuvo como objetivos específicos describir los principales conflictos y manifestados por los trabajadores y su percepción sobre el ambiente dentro de la organización, mismos que se alcanzaron satisfactoriamente.</p> <p>En este sentido destacan las molestias que experimentan los trabajadores como resultado de la sobrecarga de trabajo, capacitación insuficiente y constantes cambios en las funciones y áreas de trabajo. Estos son factores que detonan sentimientos de frustración, incertidumbre y estrés. Además, calificaron al ambiente de trabajo como no favorable dado que no existe una comunicación asertiva a lo largo de las líneas de mando. Enfatizaron en la necesidad de que los canales de comunicación sean bidireccionales y que se les brinde capacitación para la toma de decisiones en escenarios del día a día, sin depender de las indicaciones de mandos superiores, a fin de mejorar la rapidez para responder a las demandas de los residentes. Esto corresponde con lo señalado en estudios previos para la exploración de herramientas para la toma de decisiones compartidas en instituciones de salud, en donde se recomienda fomentar la participación de los prestadores de servicios a fin de dinamizar los procesos de atención³⁴.</p>



8. CONCLUSIONES

Tabasco es un estado con una avanzada transición demográfica. La previsión sobre el aumento de la proporción de personas mayores trae consigo nuevas necesidades de atención y servicios sanitarios que deberán adecuarse al nuevo contexto. En este trabajo se realizó el diagnóstico organizacional de una residencia de atención para la persona mayor mediante un modelo de diagnóstico integral.

En primer lugar, se logró identificar la situación Tabasqueña respecto al envejecimiento: su proporción, las proyecciones, las principales enfermedades en la vejez y el estado socioeconómico. Como resultado se observó que las principales enfermedades son de naturaleza crónica cuyo tratamiento es costoso por el tiempo de evolución, presencia de comorbilidades y polifarmacia. Adicionalmente, una gran proporción de personas mayores vive sola y no cuenta con una ocupación y fuentes fijas de ingresos, lo que los coloca en una posición de vulnerabilidad.

Lo anterior evidencia el estado de salud y condiciones sociales y económicas que caracterizan a esta población y las principales causas que les obliga a ser institucionalizados. Por este motivo es necesario fortalecer las estrategias que propicien un envejecimiento activo y saludable a fin de conservar la autonomía y funcionalidad de la persona mayor y su inclusión como miembros activos de la sociedad.

Además, las estrategias deberán complementarse con otras políticas de salud pública como la mejora de la oferta de empleos mejor pagados, de apoyos para la educación desde la infancia, la diversificación de servicios de protección social a fin de garantizar que todas las personas accedan a mejores herramientas para gestionar una mejor calidad de vida en la vejez.

En el contexto interno de la institución, destacó que la toma de decisiones está basada con mucha frecuencia en los criterios biológicos, dejando de lado las esferas social y psicológica. Los principales tomadores de decisiones son médicos.



Esto representa un problema dado que el bienestar psicosocial solo puede lograrse fortaleciendo los recursos sociales (familia, cuidadores, redes de apoyo) y psicológicos (autoestima, afrontamiento, resiliencia, autoconcepto) que la persona mayor tenga a su alcance a fin de dignificar la vejez y promover un trato más humano hacia las personas mayores. En este sentido se identificó la falta de personal operativo capacitado en la atención de la persona mayor.

Esto amerita la necesidad de formar recursos humanos especializados en gerontología y geriatría. Las instituciones educativas y sanitarias que forman recursos especializados deberán ofertar programas educativos competentes, actualizados y que cumplan con estándares de calidad para la atención gerontológica y geriátrica. También deberán asegurarse de que existan campos clínicos para que el personal en formación esté en contacto con los residentes durante su educación.

En términos generales, se obtuvo información importante que proveen un panorama diferente en la toma de decisiones de agentes sociales, directivos y actores políticos. La metodología implementada permitió conocer los factores que participan en el desempeño de la institución. Una de las principales ventajas, es que puede ser adaptada al contexto y características de la institución; así como a la situación epidemiológica del lugar donde se aplique, como lo sucedido por efectos de la pandemia por COVID-19, por lo que se recomienda su utilización como parte de las herramientas de evaluación de las organizaciones sanitarias.

Finalmente, la limitación inicial en el desarrollo de este estudio fue la resistencia por parte de la directiva en turno para participar y ser evaluados. Este es un problema que subyace en la actualidad. Es necesario que las instituciones y sus directivos comiencen a ver en la evaluación una herramienta para la mejora, la gestión y el aseguramiento de la calidad, sólo así podremos contribuir a que todas las personas ejerzan su derecho a la salud de manera plena.



9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud. Página web OMS, 2018. Consultado 03 junio de 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/envejecimiento-y-salud>
2. Diario Oficial de la Federación. Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores. Última Reforma DOF 22-11-2016. Estados Unidos Mexicanos. Consultado 03 junio de 2020. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/175189/245_221116.pdf
3. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Estudio Diagnóstico del Derecho a la Salud 2018. 1ra Edición. Ciudad de México, México: CONEVAL, 2018. Consultado 25 de junio de 2020. Disponible en: https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Derechos_Sociales/Diag_derecho_Salud_2018.pdf
4. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Censo de Población y Vivienda 2020. Conjunto de datos: Población total. Página web INEGI, 2021. Consultado 31 de marzo de 2021. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/#Tabulados>
5. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas a propósito del Día Internacional de Las Personas de Edad (1° de octubre). Comunicado de prensa núm. 475/19. 2019. Consultado 03 junio de 2020. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2019/edad2019_Nal.pdf
6. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México 2018. Página web INEGI. Consultado 25 de junio de 2020. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/enasem/2018/#Tabulados>
7. Fernández E, Monardes H, Díaz C, Fuentes F, Padilla P. El «viejismo» como problemática social en geriatría: a propósito de la medición del viejismo en estudiantes de odontología. Cartas científicas/Rev Esp Geriatr Gerontol. 2017;52(2):102–109. Consultado 23 de abril de 2021. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-S0211139X16301093>
8. Castiblanco-Infante KG, Rosero-Cañón JA, Cruz-García DA. Factores psicosociales que inciden en el abandono familiar del adulto mayor. Centro Sur. Social Science Journal. 2020.



- Vol. 4 Núm. 3 2020: Octubre – diciembre. Consultado 23 de abril de 2021. Disponible en:
<http://centroseditorial.com/index.php/revista/article/view/92>
9. Instituto Nacional de Geriátría. Enseñanza de la Geriátría en México. Página web del INGER, 2018. Consultado 31 de marzo de 2021. Disponible en:
<http://www.geriatria.salud.gob.mx/contenidos/ensenanza/ensenanza-geriatria.html>
 10. Ministerio de Salud. Modelo de Atención en Salud para la Persona Adulta Mayor. Ministerio de Salud de El Salvador. 2018. Consultado 31 de marzo de 2021. Disponible en:
<https://www.transparencia.gob.sv/institutions/minsal/documents/241189/download>
 11. Leal, D., Flores, M., Borboa, C. La geriatría en México. Rev. Artemisa Vol. VIII. Número 3. Diciembre 2006. Consultado 31 de marzo de 2021. Disponible en:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/invsal/isg-2006/isg063h.pdf>
 12. Instituto Nacional de Geriátría. Breve Historia. Página web del INGER, 2016. Consultado 31 de marzo de 2021. Disponible en:
<http://www.cdi.salud.gob.mx/contenidos/menu1/historia.html#:~:text=El%2028%20de%20julio%20de,de%20propuestas%20de%20acci%C3%B3n%20que>
 13. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. Modelos de Atención Gerontológica. 2012. Consultado 28 de agosto de 2020. Disponible en:
http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/Documentos_Inicio/Libro_Modelos_de_Atencion_Gerontologica_%28web%29.pdf
 14. DOF. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-167-SSA1-1997, PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL PARA MENORES Y ADULTOS MAYORES. Consultado 23 de abril de 2021. Disponible en: Consultado 23 de abril de 2021. Disponible en:
https://hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/dirgral/marco_juridico/normas/nom_09.pdf
 15. DOF. LEY DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES. Última reforma publicada DOF 24-01-2020. Consultado 23 de abril de 2021. Disponible en:
http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/245_240120.pdf
 16. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. Clubes INAPAM a nivel nacional. Página web INAPAM, 2021. Consultado 31 de marzo de 2021. Disponible en:
<https://www.gob.mx/inapam/acciones-y-programas/clubes-inapam-a-nivel-nacional>



17. Procuraduría Federal del Consumidor. Asilos. Una alternativa para el cuidado y atención de los adultos mayores. Página web PROFECO, 2018. Consultado 27 de agosto de 2020. Disponible en: <https://www.gob.mx/profeco/documentos/asilos-una-alternativa-para-el-cuidado-y-atencion-de-los-adultos-mayores?state=published>
18. Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Tabasco. Reglas de operación de la casa del Árbol, Residencia del anciano para el ejercicio fiscal. 1ra Ed. 2018. Consultado 28 de agosto de 2020. Disponible en: <https://transparencia.tabasco.gob.mx/media/DIF/2018/1/442045.pdf>
19. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. Casa del Árbol. Página web, DIF Tabasco. Consultado 28 de agosto de 2020. Disponible en: <http://dif.tabasco.gob.mx/content/casa-del-arbol>
20. ANSI. Instituto Nacional de Normalización Estadounidense. Recurso en línea. Consultado en octubre de 2020. Disponible en: <https://share.ansi.org/Shared%20Documents/News%20and%20Publications/Brochures/NC-AP-Spanish1.pdf>
21. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. Establecimiento de un marco para la evaluación e incentivos docentes: Consideraciones para México, OECD Publishing. 2011. Consultado en octubre de 2020. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264059986-es>
22. Secretaría de Salud. Manual para la acreditación de establecimientos y servicios de atención médica. DOF: 06/12/2016. Consultado en octubre de 2020. Disponible en: http://calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/dec-acr_00A.pdf
23. Fonseca, J. et al. Auditoría médica. Med. Int. Mex 2009;25(1):23-30. Consultado en octubre de 2020. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2009/mim091e.pdf>
24. Corral, E., Bravo, L., Valenciana, P. La Auditoría Administrativa en las Micro y Pequeñas Empresas. Consultado en octubre de 2020. Disponible en: XV Congreso de Internacional de Contaduría, Administración e Informática. ANFECA, 2010. <http://congreso.investiga.fca.unam.mx/docs/xv/docs/126.pdf>
25. Gómez Romero, José Gerardo; Villarreal Solís, Francisco Martín; Castañeda Rosales, Verónica del Rayo. Diagnóstico de la cultura organizacional en un hospital público grande



- de la ciudad de Durango, México. Consultado el 07 de diciembre de 2020 Disponible en: http://acacia.org.mx/busqueda/pdf/DIAGNOSTICO_DE_LA_CULTURA_ORGANIZACIONAL_EN_UN_HOSPITAL_GRANDE_DE_LA_CIUADAD_DE_DURANGO_MEXICO.pdf
26. Álvarez Santos, Lilisbeth et al. Diagnóstico de la satisfacción laboral en una entidad asistencial hospitalaria. Revista Cubana de Salud Pública. 2016;42(3):407-417 Consultado el 07 de diciembre de 2020 Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662016000300008
27. Ortiz Barrios, Miguel y Felizzola Jiménez, Heriberto. Diagnóstico de problemáticas asistenciales en clínicas y hospitales de Barranquilla. Rev. salud pública. 18 (4): 592-604, 2016. Consultado el 07 de diciembre de 2020 Disponible en: <https://scielosp.org/pdf/rsap/2016.v18n4/592-604/es>
28. Batista Pereda, Yubel et al. El análisis de la situación de salud hospitalaria: herramienta para la gestión de hospitales del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. La Habana, Cuba. 2016. Consultado el 07 de diciembre de 2020 Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242016000400003
29. Oré Cárdenas, Ángel. Gestión y desempeño en un hospital de ESSALUD, Cañete, Lima, 2017. Consultado el 07 de diciembre de 2020. Disponible en: https://repositorio.up.edu.pe/bitstream/handle/11354/1968/Andres_Tesis_maestr%c3%ada_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y
30. Pérez Rojo, G. et al. De los Malos Tratos al Buen Trato en las personas mayores. Nuevo paradigma en la evaluación. Revista de Victimología / Journal of Victimology. Núm. 6 (2017). Consultado el 07 de diciembre de 2020 Disponible en: <http://www.huygens.es/journals/index.php/revista-de-victimologia/article/view/102/40>
31. Reynaldos Grandón, Katiuska; Saiz Álvarez, José; Molina Muñoz, Yerko. Competencias profesionales, gestión clínica y grupos relacionados de diagnósticos. El caso de hospitales públicos chilenos Rev. Salud Pública. 20 (4): 472-478, 2018 Consultado el 07 de diciembre de 2020. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rsap/2018.v20n4/472-478>
32. Hernández García, Tirso Javier y Duana Avila, Danae. Estudio diagnóstico de liderazgo transformacional en personal de enfermería que labora en hospitales públicos mexicanos. Revista CIMEXUS Vol. XIII, No.2, 2018. Consultado el 07 de diciembre de 2020.



- Disponible en:
https://www.researchgate.net/publication/331460645_Estudio_diagnostico_de_liderazgo_transformacional_en_personal_de_enfermeria_que_labora_en_hospitales_publicos_mexicanos
33. García Altésa, A.; Peiród, M. y Joan Josep A. Priorización de medidas para la consolidación de la toma de decisiones compartidas en las prestaciones del Sistema Nacional de Salud español. Gac Sanit vol.33 no.5 Barcelona sep./oct. 2019 Epub 23-Dic-2019. Consultado el 07 de diciembre de 2020. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112019000500408
34. Piña Moran, M. et al. Intervención situacional gerontológica: estrategia para potenciar los roles sociales de los mayores. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2018;56 Supl 1:S102-9. Consultado el 07 de diciembre de 2020. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=80635>
35. Khandwalla, P. The Design of Organizations, Michigan: Harcourt Brace. 1977
36. Jiménez, S. Innovación del modelo de atención en salud de Centroamérica: una propuesta para su análisis. 1993. Revista Centroamericana de Administración Pública. (25): 51-74. Consultado 09 de septiembre de 2020. Disponible en:
http://biblioteca.icap.ac.cr/BLIVI/RCAP/25/art5_25.pdf
37. Cámara, F., Reich, L. Un enfoque diagnóstico integral de funcionamiento organizacional en un Hospital General de la Seguridad Social. 2016. Horizonte Sanitario, vol. 15, núm. 2, mayo-agosto, pp. 77-82. Consultado 05 junio de 2020. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/pdf/4578/457846538004.pdf>
38. Instituto Nacional de Geriatria. Hechos y desafíos para un envejecimiento saludable en México. 2016. ISBN: 978-607-460-538-9. Consultado 31 de marzo de 2021. Disponible en:
<http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/hechos-desafios.pdf>
39. Camacho, J. La protección del derecho humano a la salud como protección social en el ámbito de los derechos sociales. DERECHOS HUMANOS EN EL TRABAJO Y LA SEGURIDAD SOCIAL. Instituto de Investigaciones Jurídicas. Primera edición: 7 de agosto de 2014. ISBN 978-607-02-5882-4. Consultado 05 junio de 2020. Disponible en:
<https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/8/3684/14.pdf>



40. Instituto Nacional de Salud Pública. Adultos Mayores. Página web, INSP, 2020. Consultado 31 de marzo de 2021. Disponible en: <https://www.insp.mx/lineas-de-investigacion/salud-y-grupos-vulnerables/investigacion/adultos-mayores.html>
41. Salinas, G., Carrillo, M., Pérez, M., García, C. Gasto de bolsillo en salud durante el último año de vida de adultos mayores mexicanos: análisis del Enasem. Salud pública Méx. 2019; 61(4): 504-513. <https://doi.org/10.21149/10146>. Consultado 31 de marzo de 2021. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342019000400504&lng=es
42. The World Bank. Data Bank World Development Indicators. Página web, TWB. Consultado en octubre de 2020. Disponible en: <https://databank.worldbank.org/source/world-development-indicators>
43. INEGI. (s. f.-a). IX Censo General de Población 1970. Consultado el 8 de julio de 2020. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/1970/default.html#Tabulados>
44. SETAB. Programa Especial e Población del Estado de Tabasco. Consultado el 8 de julio de 2020. Disponible en: https://tabasco.gob.mx/sites/default/files/users/planeacion_spf/Programa%20Especial%20de%20Poblaci%C3%B3n%20del%20Estado%20de%20Tabasco%202019%20-%202024.pdf
45. INEGI. Mujeres y hombres en Tabasco. Consultado el 8 de julio de 2020. Disponible en: http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/historicos/76/702825498177/702825498177_1.pdf
46. Santos, J. El Programa Nacional de Vacunación: Un orgullo de México. Consultado el 8 de julio de 2020. Disponible en: <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no45-3/RFM45308.pdf>
47. <http://www.aregional.com/doc/pdf/tabasco.pdf>
48. Córdoba Basulto, Diana Isela El control demográfico en México Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas, vol. 16, núm. 1, enero-marzo, 2011, pp. 1-2 Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Consultado el 8 de julio de 2020. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/473/47317815001.pdf>
49. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Censo de Población y Vivienda 2020. Conjunto de datos: Población total. Página web INEGI, 2021. Consultado 31 de marzo de 2021. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/#Tabulados>



50. INEGI. Dinámica de la Población en Tabasco. Consultado 31 de marzo de 2021. <http://www.cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/tab/poblacion/dinamica.aspx?tema=me&e=27>
51. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México 2018. Página web INEGI. Consultado 25 de junio de 2020. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/enasem/2018/#Tabulados>
52. SUIVE/DGE/SSA. Principales causas de enfermedad en Tabasco, por grupos de edad. Consultado 31 de marzo de 2021. Disponible en: https://epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/2019/principales/estatal_grupo/tab.pdf
53. INGER. Boletín abril-2019. Vol 2 núm 3. Consultado 31 de marzo de 2021. Disponible en: https://anmm.org.mx/PESP/archivo//INGER/Boletin_Abril2019.pdf
54. Vautravers, G. Ochoa, A. Las recientes transformaciones de la migración en Tabasco. Migraciones internacionales, 5(1), 65-91. 2009. Consultado el 31 de marzo de 2021. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-89062009000100003&lng=es&tlng=es
55. INEGI. Dinámica de Población. Indicadores demográficos 1950-2050. Consultado el 31 de marzo de 2021. <https://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/tab/poblacion/dinamica.aspx?tema=me&e=27>
56. INGER. Indicadores demográficos de Tabasco, de 1970 a 2050. Consultado el 10 de enero de 2021. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Mapa_Ind_Dem18/index.html
57. OMS. Decenio del Envejecimiento saludable 2020-2030. Junio, 2019. Consultado el 25 de marzo de 2021. Disponible en: https://www.who.int/docs/default-source/documents/decade-of-health-ageing/decade-ageing-proposal-es.pdf?Status=Temp&sfvrsn=b0a7b5b1_12
58. INGER. Estudio de carga de la enfermedad en personas adultas mayores: Un reto para México. Consultado 31 de marzo de 2021. Disponible en: http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/ResumenEjecutivo_Final_20Oct.pdf
59. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas a propósito del Día Internacional de Las Personas de Edad (1º de octubre). Comunicado de prensa núm. 475/19. 2019.



- Consultado 03 junio de 2020. Disponible en:
https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2019/edad2019_Nal.pdf
60. INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2018. Bases de datos. Consultado 03 junio de 2020. Disponible en:
https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2019/edad2019_Nal.pdf
61. Salinas, G., Carrillo, M., Pérez, M., García, C. Gasto de bolsillo en salud durante el último año de vida de adultos mayores mexicanos: análisis del Enasem. Salud pública Méx. 2019; 61(4): 504-513. <https://doi.org/10.21149/10146>. Consultado 31 de marzo de 2021. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342019000400504&lng=es
62. The World Bank. Data Bank World Development Indicators. Página web, TWB. Consultado en octubre de 2020. Disponible en:
<https://databank.worldbank.org/source/world-development-indicators>
63. Diario Oficial de la Federación. Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores. Última Reforma DOF 22-11-2016. Estados Unidos Mexicanos. Consultado 03 junio de 2020. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/175189/245_221116.pdf
64. DOF. LEY DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES. Última reforma publicada DOF 24-01-2020. Consultado 23 de abril de 2021. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/245_240120.pdf
65. Pérez de Alejo-Plaín A, Roque-Pérez L, Plaín Pazos C. Las caídas, causa de accidente en el adulto mayor. 16 de Abril. 2020; 59 (276): e705. Consultado 23 de abril de 2021. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/abril/abr-2020/abr20276j.pdf>
66. Guerrero C, de los Angeles M, González G, Cenelia J, López Aguilera EP. Factores de riesgo que predisponen caídas en adultos mayores, región Centro-Norte de Nicaragua. 2016. Consultado 03 junio de 2020. Disponible en:
<http://repositorio.unan.edu.ni/3679/1/Articulo%20Cientifico-Maryeli.pdf>
67. 34. ONU. Objetivos de Desarrollo Sostenible. 2015. Consultado el 08 de febrero de 2021. Disponible en: <https://www.onu.org.mx/agenda-2030/objetivos-del-desarrollo-sostenible/>
68. 35. Jaramillo, A. M. Evolución de los arreglos residenciales en la vejez y sus determinantes: exploración basada en los censos colombianos, 1973 y 2005. 2017. Universidad Externado



- de Colombia, Bogotá, Colombia. Consultado el 08 de febrero de 2021. Disponible en: <http://www.infad.eu/RevistaINFAD/OJS/index.php/IJODAEP/article/view/1090/961>
69. Congreso de la Unión. Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores. 2016. Última Reforma DOF 22-11-2016. Estados Unidos Mexicanos. Consultado el 08 de febrero de 2021. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/175189/245_221116.pdf
70. MINSALUD. Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez 2015-2024. Consultado el 09 de febrero de 2020. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Pol%c3%adtica-colombiana-envejecimiento-humano-vejez-2015-2024.pdf>
71. Rocha RM, Álvarez LME, Bayarre VHD. Calidad de la atención al adulto mayor en el Hogar de ancianos “General Peraza”. Rev Cubana Med Gen Integr. 2015;31(2):143-158. Consultado el 08 de febrero de 2021. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=64056>
72. Gallardo, L., Conde, D., Córdova, I. Association between successful aging and social participation among elderly chilean people. Gerokomos. 2016 Sep; 27(3): 104-108. Consultado el 08 de febrero de 2021. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2016000300004&lng=es.
73. Revilla, E. Resiliencia organizacional en la atención gerontológica: una visión humanista en beneficio del adulto mayor. 2015. Consultado el 08 de febrero de 2021. Disponible en: <http://www.serbi.ula.ve/serbiula/librose/pva/Libros%20de%20PVA%20para%20libro%20digital/LibroGerenciaparaeldesarrollohumanoVoll.pdf#page=49>



ANEXOS

Anexo I: Guion de entrevista en profundidad a directivos.

UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO División Académica de Ciencias de la Salud

El propósito de esta entrevista es conocer las experiencias de los profesionales en el área de la gerontología y la geriatría en los procesos de atención de la persona mayor. La información proporcionada será utilizada únicamente para propósitos del estudio. Si no tiene inconveniente, me gustaría grabar la llamada para trabajar con el audio.

Nombre:

Edad:

1. ¿Cuál es su edad?
2. ¿Cuál es su formación académica?
3. ¿Cuál es su cargo actual? ¿O cual cargo tuvo?
4. ¿Qué antigüedad laboral tiene/tuvo?
5. ¿Cuáles son los objetivos de la atención de la institución que dirige?
6. ¿Qué se toma en cuenta para definir y priorizar los objetivos de la institución? ¿Existe algún tipo de estándar, criterio e indicador de calidad y de proceso relacionado con el contexto?
7. ¿Cómo está organizada la institución? ¿Cuál es el mapa jerárquico del equipo de dirección/gestión? ¿Qué perfiles son requeridos para dichos puestos?
8. ¿De qué forma identifica las expectativas y necesidades sentidas por las personas mayores y sus motivos de insatisfacción?
9. ¿Existen entornos que propicien el intercambio de opiniones y sugerencias entre el adulto mayor, la familia y la institución?
10. ¿Cómo integra la perspectiva de las personas mayores en la definición de objetivos y estrategias de acción de la institución?
11. ¿Cuál es el grado de participación de la persona mayor en la toma de decisiones sobre los planes terapéuticos?
12. ¿Qué lugar ocupa la familia para la definición del plan terapéutico y logro de sus objetivos?
13. ¿Cuáles son las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas que usted ve o veía en su institución/organización?
14. ¿Cuál es su opinión sobre el desempeño de su institución en la atención de la persona mayor?
15. ¿Cuáles son las dificultades a las que se enfrenta al desempeñar su cargo?
16. ¿Considera que existe buena comunicación en la institución?
17. ¿De qué forma le hacen llegar la información relacionada con su trabajo?
18. ¿Qué opina del ambiente laboral en su institución?
19. ¿Cómo se siente para emitir opiniones y sugerencias para la toma de decisiones en la institución?
20. ¿Considera que sus sugerencias y opiniones son tomadas en cuenta?
21. ¿Cómo se siente para realizar sus actividades en la institución?



Anexo II: Guion de entrevista en profundidad a personal operativo.

UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO
División Académica de Ciencias de la Salud

El propósito de esta entrevista es conocer las experiencias de los profesionales en el área de la gerontología y la geriatría en los procesos de atención de la persona mayor. La información proporcionada será utilizada únicamente para propósitos del estudio. Si no tiene inconveniente, me gustaría grabar la llamada para trabajar con el audio.

Nombre:

Edad:

1. ¿Cuál es su edad?
2. ¿Cuál es su formación académica?
3. ¿Cuál es su cargo actual?
4. ¿Qué antigüedad laboral tiene/tuvo?
5. ¿Cuáles son las funciones que usted desempeña?
6. ¿Tiene a otras personas a su cargo?
7. ¿Considera que las personas a su cargo cumplen adecuadamente sus funciones?
8. ¿Se dispone de algún tipo de perfil del personal que labora en esos contextos?
9. ¿Existe algún tipo de formación mínima requerida?
10. ¿Recibe con frecuencia órdenes de personas ajenas a su área o departamento?
11. ¿Con qué frecuencia realiza funciones que no le corresponden o que ya está siendo realizada por alguien más?
12. ¿Cómo se organizó su departamento/área y cómo se distribuyen las funciones para cumplir los objetivos?
13. En caso necesario preguntar si ¿Considera que la coordinación afecta el desempeño de las actividades?
14. ¿Cómo considera la atención en esta institución?
15. ¿Piensa que se le proporcionan los insumos apropiados para llevar a cabo sus actividades?
16. ¿Qué es lo más importante que hace actualmente su institución por los adultos mayores?
17. ¿Cuáles son las dificultades a las que se enfrenta al desempeñar su cargo?
18. ¿Considera que existe buena comunicación en la institución?
19. ¿De qué forma le hacen llegar la información relacionada con su trabajo?
20. ¿Qué opina del ambiente laboral en su institución?
21. ¿Cómo se siente para emitir opiniones y sugerencias para la toma de decisiones en la institución?
22. ¿Considera que sus sugerencias y opiniones son tomadas en cuenta?
23. ¿Cómo se siente para realizar sus actividades en la institución?



Anexo IV: Encuesta de opinión.

ENCUESTA DE OPINIÓN

Esta encuesta es para conocer su opinión acerca de los servicios que ha recibido durante su estancia en la residencia. La información proporcionada es anónima y confidencial.

Por favor marque con una (X), la opción que mejor le parezca.

Sexo F ___ M ___

1. En general, ¿cómo califica la atención que recibe en la residencia?

- Buena
- Regular
- Mala

2. ¿Qué tan satisfecho/a se siente con el tiempo de atención que le dedica el personal?

- Muy satisfecho
- Satisfecho
- Poco satisfecho

Insatisfecho

3. ¿Qué tan satisfecho/a se siente con los materiales y equipos que se usan para brindarle la atención?

- Muy satisfecho
- Satisfecho
- Poco satisfecho

Insatisfecho



A continuación, por favor marque con una (X) la opción que mejor describa qué tan satisfecho/a se siente con el aspecto señalado de la residencia.

	Muy satisfecho	Satisfecho	Poco satisfecho	Nada satisfecho
Orden y limpieza				
Horarios (de visitas, comidas, etc.)				
Protección y seguridad dentro de la residencia				
Trato y actitud del personal				
La rapidez con la que se atienden sus necesidades				
Las actividades recreativas que se le ofertan				
La atención de quejas				

¿Recomendaría este servicio (residencia) a otras personas?

- Si
 No

¿Tiene algún comentario sobre los aspectos que le gustaría que mejoraran en la residencia?

Muchas gracias por su participación.



Anexo V: Cronograma de actividades

A continuación, se esquematiza la planificación mensual de las actividades a través de las cuales se desarrollará el proyecto. Debido a actual situación por la COVID-19 la proyección de las acciones a partir de la actividad 15, están condicionada a la evolución del estado de contingencia.

Tabla 10. Cronograma de actividades.

Actividad	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio
1. Delimitación del problema de investigación	x												
2. Investigación bibliográfica	x												
3. Elaboración del protocolo		x											
4. Revisión del protocolo		x											
5. Ajustes de primera revisión		x											
6. Revisión y ajustes metodológica		x											
7. Elaboración y revisión de instrumentos			x										
8. Recolección de información cualitativa			x	x									
9. Procesamiento de la información cualitativa				x									
10. Análisis preliminar de resultados cualitativos				x	x								
11. Gestionar la petición acceso a instituciones de atención gerontológica.						x							
12. Recolección y procesamiento de la información de variables cuantitativas							x						
13. Análisis preliminar de los datos.								x	x				
19. Redacción de resultados.										x			
20. Revisión preliminar											x		
21. Redacción del informe final											x		
22. Revisión del informe final												x	
23. Entrega del informe final													x