

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**“BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD IDENTIFICADAS
POR LOS ADULTOS MAYORES”**

Estudio transversal realizado en los centros de salud del área
de salud Guatemala Central, departamento de Guatemala

Tesis

Presentada a la Honorable Junta Directiva
de la Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

**Tania Marmina Escobedo Martinez
Grethel Yulissa Aguirre Santa-Luce
Sophia Waleska Marroquín Moya**

Médico y Cirujano

Guatemala, septiembre de 2017

El infrascrito Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala hace constar que las estudiantes:

- | | |
|---------------------------------------|-------------------------|
| 1. Tania Marmina Escobedo Martinez | 200680014 P G11241957 |
| 2. Grethel Yulissa Aguirre Santa-Luce | 200717937 2587339690101 |
| 3. Sophia Waleska Marroquín Moya | 200910089 2591790190101 |

Cumplieron con los requisitos solicitados por esta Facultad previo a optar al Título de Médico y Cirujano en el grado de Licenciatura, y habiendo presentado el trabajo de graduación titulado:

**"BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD IDENTIFICADAS
POR LOS ADULTOS MAYORES"**

Estudio transversal realizado en los centros de salud del área
de salud Guatemala Central, departamento de Guatemala

Trabajo asesorado por el Dr. Miguel Fernando Luna Aguilera y revisado por la Dra. Erika López Castañeda, quienes avalan y firman conformes. Por lo anterior, se emite, firma y sella la presente:

ORDEN DE IMPRESIÓN

En la Ciudad de Guatemala, el cinco de septiembre del dos mil diecisiete


DR. MARIO HERRERA CASTELLANOS
DECANO



El infrascrito Coordinador de la Coordinación de Trabajos de Graduación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, hace constar que los estudiantes:

- | | |
|---------------------------------------|-------------------------|
| 1. Tania Marmina Escobedo Martinez | 200680014 P G11241957 |
| 2. Grethel Yulissa Aguirre Santa-Luce | 200717937 2587339690101 |
| 3. Sophia Waleska Marroquín Moya | 200910089 2591790190101 |

Presentamos el trabajo de graduación titulado:

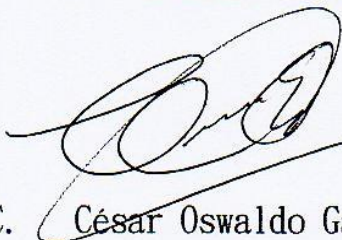
**"BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD IDENTIFICADAS
POR LOS ADULTOS MAYORES"**

Estudio transversal realizado en los centros de salud del área
de salud Guatemala Central, departamento de Guatemala

El cual ha sido revisado por la Dra. Erika López Castañeda y, al establecer que cumple con los requisitos exigidos por esta Coordinación, se les autoriza continuar con los trámites correspondientes para someterse al Examen General Público. Dado en la Ciudad de Guatemala el cinco de septiembre del dos mil diecisiete.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

*César O. García G.
Doctor en Salud Pública
Colegiado 5,950*



Dr. C. César Oswaldo García García
Coordinador



Guatemala, 5 de septiembre del 2017

Doctor

César Oswaldo García García

Coordinación de Trabajos de Graduación

Facultad de Ciencias Médicas

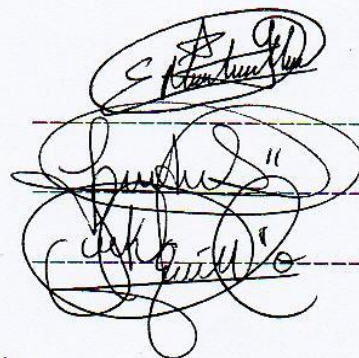
Universidad de San Carlos de Guatemala

Presente

Dr. García:

Le informamos que nosotras:

1. Tania Marmina Escobedo Martinez
2. Grethel Yulissa Aguirre Santa-Luce
3. Sophia Waleska Marroquín Moya



Presentamos el trabajo de graduación titulado:

**"BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD IDENTIFICADAS
POR LOS ADULTOS MAYORES"**

Estudio transversal realizado en los centros de salud del área
de salud Guatemala Central, departamento de Guatemala

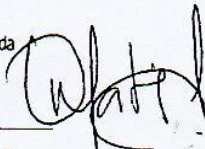
Del cual el asesor y la revisora se responsabilizan de la metodología, confiabilidad y validez de los datos, así como de los resultados obtenidos y de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones propuestas.

Firmas y sellos

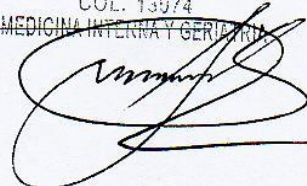
Revisora: Dra. Erika López Castañeda
Reg. de personal 20170059

Asesor: Dr. Miguel Fernando Luna Aguilera

Erika B. López Castañeda
Médico y Cirujano
Col. 19,608



Dr. Miguel F. A. Luna A.
COL. 13974
MEDICINA INTERNA Y GERIATRÍA



AGRADECIMIENTOS

A nuestra alma mater, la Tricentenaria Universidad de San Carlos de Guatemala, por abrir sus puertas y darnos la oportunidad de formarnos como profesionales, y como personas comprometidas con la población y nuestra nación.

A la Facultad de Ciencias Médicas, por formar en nosotras el amor a la medicina e inculcarnos la responsabilidad hacia el trato con los pacientes, así como el compromiso social que conlleva ser médico.

A nuestra revisora Dra. Erika López, por apoyarnos en todo este proceso y confiar en este proyecto. Gracias por la paciencia.

Al nuestro asesor Dr. Miguel Luna, por brindar su tiempo y conocimientos para que esta investigación se pudiera realizar.

Al Área de Salud Guatemala Central y a todos los centros de salud que nos abrieron las puertas, para realizar este proyecto.

A los Hospitales, por abrir sus puertas para formarnos como profesionales conscientes al servicio de la población, en especial: al Hospital de Escuintla, Hospital de Cuilapa y al Hospital Roosevelt.

ACTO QUE DEDICO

A mis padres, por haber inculcado en mí los principios y valores que me han permitido ser una persona de bien, por apoyarme en cada meta propuesta y ayudarme a lograrlas, principalmente culminar mi carrera universitaria, gracias por todo su amor, apoyo y confianza, les estaré eternamente agradecida, los amo.

A mis hermanas y cuñado, sin el apoyo de ustedes definitivamente esto no hubiese sido posible, gracias por cada palabra de apoyo, por la confianza y el amor que me han demostrado día a día a lo largo de mi vida, gracias por siempre estar ahí cuando más lo he necesitado.

A mis sobrinos, quienes han sido mi fuente de inspiración, por quienes me he esforzado para ser ejemplo en su vida, espero así sea, los amo mis niños.

A la familia Estrada Palacios, en especial a mis tíos Nilda y Arturo quienes estuvieron conmigo en todo momento a lo largo de este recorrido, gracias por el apoyo y cariño saben que los quiero mucho.

A todos mis amigos en especial a Mariana, Grethel, Gema, Mabby, Lou, Bianca, Ingrid, Pipi, Laura y Karen, por hacer de mi trayecto universitario una de las mejores etapas de mi vida.

A mis formadores, por enseñarme que esta carrera es algo más haya que una profesión, es un estilo de vida que hay que disfrutarlo y amarlo, gracias por ser parte de este logro.

Tania Marmina Escobedo Martinez

ACTO QUE DEDICO

A Dios: Por darme la vida, entendimiento, pasión y sabiduría necesaria para culminar mi carrera, sobre todo por haberme llenado de paciencia, fortaleza en los momentos de debilidad.

A mis padres: Andrés y Brenda, por ser pilar fundamental para mi desarrollo, mi ejemplo de integridad, responsabilidad y perseverancia. La culminación de mi carrera es un logro más, gracias a ustedes, los amo y gracias por siempre creer y confiar en mí.

A mis abuelos: Max y Coni, por sus enseñanzas desde pequeña y por su amor, a ti Maxito por que la puntualidad y perfección la herede de ti.

A mi familia sin el apoyo de cada uno de ustedes, este logro no fuera posible, en especial Paty, Mimí y Tony.

A mis amigos: por ser tan especiales, por ser esa pizca de alegría y apoyarme en cada ocurrencia y aventura durante este largo caminar, mil gracias por el cariño y por formar parte de este gran sueño.

A el Dr. Eduardo Rodríguez: por su apoyo incondicional y ser un ejemplo de médico.

A mis catedráticos, por todas sus enseñanzas, demostrar que con vocación y amor todo es posible, gracias por formar parte de esto.

Grethel Yulissa Aguirre Santa Luce

ACTO QUE DEDICO

A Dios, por ser el pilar fundamental de mi vida, porque en cada momento su amor y su gracia me han acompañado. Toda la gloria y la honra sean para ti.

A mis padres, por ser el mejor ejemplo de excelencia y perseverancia, por todo el esfuerzo que han hecho para que pueda alcanzar esta meta, su confianza ha estado en mí desde el primer momento que se me ocurrió decirles: “voy a estudiar medicina”. Gracias por enseñarme el respeto y el amor al prójimo, a mi país y a mi universidad. Los amo infinitamente.

A mis hermanos Michel y Steven, porque han sacrificado muchas cosas por mí y a pesar de eso siempre me han dado su amor y su apoyo. Gracias por dejarme usarlos como instrumento para practicar y ensayar. Los amo demasiado.

A mis abuelos, en especial a Mama Carmen, porque su ejemplo de fe y perseverancia, me han enseñado que no hay meta que no pueda alcanzar. A Papayon, Mama Lola y Papa Ben, aunque no me acompañan físicamente, sé que en el cielo están celebrando juntos. A todos mis tíos y tías, por sus bendiciones y cariño demostrado, en especial mi tía Esperanza y a papá Alfredo. A mis primos y primas, por creer y estar al pendiente de mí, los llevo en mi corazón.

A todos mis amigos, por su apoyo y cariño incondicional, en especial a Sofía, Edgar y Diego quienes desde el primer día de la carrera me han acompañado. Lo quiero mucho.

Y por último, a todas esas personas que conocí a lo largo de la carrera, a mis maestros, residentes y pacientes, porque ustedes son también parte de este triunfo.

Sophia Waleska Marroquín Moya

De la responsabilidad del trabajo de graduación:

El autor o autores es o son los únicos responsables de la originalidad, validez científica, de los conceptos y de las opiniones expresadas en el contenido del trabajo de graduación. Su aprobación en manera alguna implica responsabilidad para la Coordinación de Trabajos de Graduación, la Facultad de Ciencias Médicas y para la Universidad de San Carlos de Guatemala. Si se llegara a determinar y comprobar que se incurrió en el delito de plagio u otro tipo de fraude, el trabajo de graduación será anulado y el autor o autores deberá o deberán someterse a las medidas legales y disciplinarias correspondientes, tanto de la Facultad, de la Universidad y otras instancias competentes.

RESUMEN

OBJETIVO: Establecer las barreras de acceso identificadas por los adultos mayores en los servicios del Área de Salud Guatemala Central, durante el período junio-julio 2017.

POBLACIÓN Y MÉTODOS: Estudio descriptivo transversal con una población y muestra de 76,883 y 391 adultos mayores, respectivamente. Se recopilaron los datos a través de una encuesta basada en el modelo de cobertura efectiva de Tanahashi que evalúa cuatro aspectos: accesibilidad, contacto, disponibilidad y aceptabilidad. **RESULTADOS:** Las características epidemiológicas: una media de edad de 68 años, 71% de sexo femenino, 75% etnia no indígena, 71% desempleado, escolaridad primaria y ninguna con 44% y 39%, respectivamente. Con respecto al cuidador primario el 16% cuenta con él, de estos, 94% son de tipo informal, 55% cuyo parentesco es hijo/a; del total de entrevistados 38% identificó algún tipo de barrera, de este total 50% determinó disponibilidad como la principal barrera, 26% accesibilidad, aceptabilidad y contacto 12% cada una. **CONCLUSIONES:** La mayoría de los adultos mayores son de sexo femenino, edad media 68 años, etnia no indígena y escolaridad primaria. La mayoría no tiene cuidador primario, estos son informales siendo hijos/as de los entrevistados. No existe cobertura efectiva de los servicios de salud estudiados y la barrera mayormente identificada es la disponibilidad.

Palabras claves: barreras, adulto mayor, servicios de salud, cobertura.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. MARCO DE REFERENCIA	3
2.1. Marco de antecedentes	3
2.2. Marco teórico	5
2.3. Marco conceptual	8
2.4. Marco geográfico	19
2.5. Marco demográfico	21
2.6. Marco legal	23
3. OBJETIVOS	37
3.1. Objetivo general	37
3.2. Objetivos específicos	37
4. POBLACIÓN Y MÉTODOS	39
4.1. Enfoque y diseño de investigación	39
4.2. Unidad de análisis e información	39
4.3. Población y muestra	39
4.4. Selección de los sujetos a estudio	42
4.5. Operacionalización de variables	43
4.6. Recolección de datos	47
4.7. Procesamiento y análisis de datos	50
4.8. Alcances y límites de la investigación	52
4.9. Aspectos éticos de la investigación	53
5. RESULTADOS	55
6. DISCUSIÓN	59
7. CONCLUSIONES	63
8. RECOMENDACIONES	65
9. APORTES	67
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
11. ANEXOS	75
11.1. Anexo: test MMSE abreviado	75
11.2. Anexo: consentimiento informado	76
11.3. Anexo: instrumento de recolección de datos	77
11.4. Anexo: tablas de resultados	81

1. INTRODUCCIÓN

Para los encargados de la organización de los sistemas de salud es importante conocer el efecto que se tiene en la salud de la población, así como el alcance de las acciones que proporciona el sistema. Por ello se realizan estudios para medir las condiciones de salud de la población, a través del seguimiento de las tendencias de mortalidad, morbilidad o discapacidad, así como los cambios de la exposición a ciertos factores de riesgo. Actualmente, se ha estudiado la cobertura efectiva de las intervenciones en salud, midiendo el número de individuos que las reciben en relación con aquellos que las necesitan.

Es por ello que, de acuerdo al derecho a la salud, en el contexto de los derechos económicos, sociales y culturales fue reconocido de forma global en el tratado adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1966 y puesto en vigor en 1976; firmado y ratificado por 160 países. Éste reconoce que toda persona debe disfrutar “del más alto nivel posible de salud física y mental”, lo que debe garantizarse a través del acceso a los factores determinantes de la salud y mediante un sistema de atención a la salud que sea accesible para toda la población. Derivado del derecho a la salud, se ha formalizado el derecho a la protección de la salud, esto es, la responsabilidad para establecer un mecanismo que asegure los elementos de promoción de la salud, prevención de enfermedades y atención sanitaria.¹

Sin embargo, es importante destacar que hay otros aspectos que permitirán que los individuos gocen de este derecho, ya que el acceso es la capacidad de utilizar servicios de salud integrales, adecuados, oportunos y de calidad, en el momento en que se necesitan. Esto hace referencia a acciones poblacionales y/o individuales, cultural, étnica y lingüísticamente apropiadas, con enfoque de género, que tomen en consideración las necesidades diferenciadas para promover la salud, prevenir las enfermedades, prestar atención a la enfermedad y ofrecer los cuidados de corto, mediano y largo plazo necesarios.²

Distintos modelos fueron utilizados para estudiar el acceso a la atención de salud. Donabedian, en su estudio plantea que el acceso es resultado de variables que van más allá de la disponibilidad de recursos y se centra en aspectos socio-organizacionales y geográficos.³

Otros autores, por su parte sostienen que el acceso a la atención de salud está determinado por las políticas de salud, las características del sistema sanitario y de la población

de riesgo, y la utilización de los servicios y la satisfacción del usuario; en este sentido, enfatizan el modo como las políticas de salud determinan las características del sistema y de la población de riesgo, las cuales a su vez influyen la utilización de los servicios y la satisfacción de los usuarios.³

Tanahashi incorpora este concepto en su “Modelo de Cobertura Efectiva”. La cobertura se expresa normalmente por la proporción de la población objetivo que puede recibir o ha recibido el servicio. El número de personas para las que se puede prestar el servicio expresa la capacidad de servicio e indica el potencial del mismo.⁴

Definiendo cobertura efectiva como la proporción de la población que recibe atención eficaz (donde el rendimiento del servicio entregado se aprecia como satisfactorio en la medida que logra un resultado específico). Plantea que en el proceso de acceso existe una interacción entre aspectos específicos de la provisión de servicios y de la población, que es influenciada tanto por las características del sistema de salud como por los recursos y capacidades de la población para reconocer necesidades y buscar atención. Este modelo es útil para analizar la equidad en el acceso a la atención sanitaria, porque facilita la identificación de grupos específicos con necesidades insatisfechas e identifica las barreras y facilitadores que obstaculizan o favorecen el logro de la cobertura efectiva en cada uno de tales grupos.⁴

De acuerdo a datos proporcionados por la Defensora del Adulto Mayor de la Procuraduría de los Derechos Humanos (PDH), en Guatemala solo el 12% de las personas adultas mayores tiene una pensión o gozan de una jubilación y son quienes acuden al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), y el 88% restante no tienen ningún tipo de prestación social, y acuden al sistema de salud pública.⁵ Por lo que resulta de interés identificar desde el punto de vista de los usuarios del servicio de salud pública, cuáles son las barreras que se presentan al momento de hacer uso del servicio.

Por lo tanto, se decidió realizar esta investigación cuya finalidad fue recolectar información que permite identificar algún tipo de barrera que influyera en el acceso a los servicios de salud, la población a estudio fueron todos los adultos mayores que consultaron a los distintos centros de salud del Área de Salud Guatemala Central, mismos que cumplieron con los criterios de inclusión. Esta investigación fue basada en el modelo de cobertura efectiva de Tanahashi, que evalúa cuatro aspectos: accesibilidad, aceptabilidad, contacto y disponibilidad.

2. MARCO DE REFERENCIA

2.1. Marco de antecedentes

Para los encargados de la organización de los sistemas de salud es importante conocer el efecto que se tiene en la salud de la población, así como el alcance de las acciones que proporciona el sistema. Por ello se realizan estudios para medir las condiciones de salud de la población a través del seguimiento de las tendencias de mortalidad, morbilidad o discapacidad, así como los cambios de la exposición a ciertos factores de riesgo. Actualmente, también se ha estudiado la cobertura efectiva de las intervenciones en salud, mide el número de individuos que las reciben en relación con aquellos que las necesitan.

En México en el año 2007, se realizó un estudio con el objetivo de identificar y documentar las barreras de acceso a los servicios de salud en la población indígena de Rabinal en Guatemala. Donde los resultados obtenidos fueron las barreras de acceso a los servicios de salud son múltiples y están interrelacionadas con un trasfondo de discriminación; las barreras geográficas se relacionan con la distancia de los servicios de salud y con la escasez de transporte; las barreras económicas son los precios de las consultas y de los medicamentos, además, entre las barreras culturales, la lengua castellana es un obstáculo. Los indígenas tienen otra concepción de la medicina y de los tratamientos y se quejan en ocasiones de trato abusivo por parte de los profesionales sanitarios. A su vez, los profesionales de la salud reconocen que el trauma de la guerra está presente y critican las malas condiciones de vida y la falta de recursos. Con estos resultados, se concluyó que los servicios de salud no son adecuados ni suficientes para responder a las necesidades de la población local.⁶

En Colombia en el año 2009, se llevó a cabo una tesis con el objetivo de analizar los factores que influyen en el acceso continuo de servicios de salud en cuatro redes de Colombia y propuestas de mejora. Como resultados obtenidos, la principal barrera fué el diseño segmentado del seguro y la insuficiencia de servicios cubiertos; las deficiencias en la infraestructura y organización de la red de prestadores y el bajo nivel de ingresos económicos de la población. En la red urbana, emergen con fuerza barreras relacionadas con el funcionamiento del mercado. En la zona rural aparecen con más intensidad las dificultades

estructurales vinculadas a una financiación pública insuficiente. Estos resultados muestran su contribución al empeoramiento de las barreras ligadas a las insuficiencias estructurales y organizativas de los servicios.⁷

En Colombia en el año 2013, se efectúa un estudio cuyo objetivo de caracterizar las principales barreras de acceso a los servicios de salud de la población afiliada, analizadas desde la estratificación por edad, procedencia y escolaridad; describir características sociodemográficas, establecer prevalencia de barreras, según su origen y evaluar la accesibilidad, oportunidad y atención humanizada, donde los resultados mostraron la existencia de barreras de acceso a los servicios de salud, tanto del lado de la demanda como del lado de la oferta, con hallazgos significativos y mayor prevalencia en la oportunidad en atención de medicina general mayor a tres días, mientras que para medicina especializada fue superior a quince días. Se concluyó que la mala atención de los funcionarios, inoportunidad al entregar medicamentos, inoportunidad al prestar el servicio y a la falta de equipos, la barrera asociada fue la tramitología, por demora y negación de autorizaciones.⁸

En Colombia en el 2014, se realiza una investigación con la finalidad de generar un concepto de acceso a los servicios de salud; analizar la situación de accesibilidad, barreras y facilidades para el acceso, e identificar alternativas para la solución de la problemática del acceso. Donde se identificaron similitudes, así como diferencias en la visión del acceso, la mayoría de las barreras y los facilitadores se atribuyen a factores de oferta/demanda y se dan en el acceso real, durante la búsqueda y continuidad del tratamiento. En este estudio se concluyó que hay una buena coincidencia entre la noción que tienen los usuarios acerca del acceso. El mayor número de barreras encontradas corresponden al acceso real como por ejemplo, dificultades administrativas, falta de infraestructura, falta de recursos profesionales y demora en las autorizaciones, sin restar importancia a barreras del acceso potencial como la situación económica de los usuarios, distancias geográficas y características del contexto de la población.⁹

En el año 2014, en Colombia publicaron un estudio donde se logró identificar barreras y facilitadores de acceso a servicios de salud bucal en adultos mayores, desde la perspectiva del personal de salud. Los hallazgos fueron las dificultades en la implementación de políticas sociales, prioridad de otras poblaciones para dar atención en salud, insuficiente recurso humano, situación de discapacidad, aspectos culturales y de género, así como la crisis del

sector salud. También existen programas que facilitan la demanda inducida y mecanismos para hacer valer los derechos en salud, ubicación de las unidades de salud en zonas de fácil acceso, capacidad de los profesionales y articulación de la odontología con otras áreas.¹⁰

En Colombia en el 2016, se hizo un estudio para evidenciar la concepción de justicia que presenta el actual sistema de salud colombiano, en su componente de aseguramiento y posterior acceso a servicios. Con la finalidad de obtener resultados e impactos que alcancen la cobertura universal efectiva en salud como expresión de justicia social. En donde se obtuvieron los resultados, los cuales muestran un comportamiento desigual por régimen de la cobertura universal, así como la persistencia de población pobre no asegurada y el poco efecto del aseguramiento como mecanismo para llegar a la cobertura universal efectiva en salud, según los resultados para alcanzar la cobertura universal efectiva requiere de la exigencia de universalidad que plantea el filósofo John Rawls en su propuesta perfeccionista de justicia, donde la imparcialidad aplicaría, como idea central, para toda la población colombiana, sin tener en cuenta si es afiliado o si se es considerado como pobre no asegurado.¹¹

En el año 2016, en Colombia se elaboró un estudio con el fin de analizar las barreras y facilitadores presentes en el acceso a la atención en salud de la población de jóvenes que forman parte de los Servicios de Salud Colectiva de la localidad de Usaquén, según los resultados indican que entre los factores demográficos se observó, a menor edad de los jóvenes, mayor es la utilización de los servicios de salud, además las mujeres son quienes más acceden a los servicios, aspecto que parece estar mediado por una mayor necesidad en salud sexual y reproductiva. Si bien, los factores socioeconómicos son determinantes en el acceso a los servicios de salud, éstos están mediados por la necesidad en salud para los jóvenes y las características de los servicios de salud apropiadas para ellos. Una de las principales barreras por las cuales los jóvenes no asisten a los servicios de salud son las fechas y los horarios de las citas, las cuales son consideradas por la población de estudio como muy demoradas, aspecto que sumado a los trámites para la obtención de las mismas son muy complejos, debido a la estructura del Sistema General de Seguridad Social en Salud.¹²

2.2. Marco teórico

El derecho a la salud, en el contexto de los derechos económicos, sociales y culturales fue reconocido de forma global en el tratado adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1966 y puesto en vigor en 1976; firmado y ratificado por 160 países. Éste

reconoce que toda persona debe disfrutar “del más alto nivel posible de salud física y mental”, lo que debe garantizarse a través del acceso a los factores determinantes de la salud, mediante un sistema de atención a la salud que sea accesible para toda la población. Derivado del derecho a la salud, se ha formalizado el derecho a la protección de la salud, esto es, la responsabilidad para establecer un mecanismo que asegure los elementos de promoción de la salud, prevención de enfermedades y atención sanitaria.¹³

En la Región de las Américas hay millones de personas que no pueden acceder a servicios de salud integrales para lograr una vida saludable y prevenir la enfermedad, y recibir servicios de salud cuando están enfermos, incluso cuidados paliativos en la fase terminal de su enfermedad. Esta región es una de las más inequitativas del mundo. Lograr que todas las personas y las comunidades tengan acceso a los servicios de salud, es un reto fundamental para la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Los países de la Región han utilizado distintos abordajes y formas de organización de sus sistemas de salud para responder a este reto, cada país debe definir, se tomó en cuenta su contexto nacional, histórico, económico y social, la manera más eficiente de organizar su sistema de salud y utilizar sus recursos para asegurar que todas las personas tengan acceso a servicios integrales de salud cuando los necesitan.²

El acceso es la capacidad de utilizar servicios de salud integrales, adecuados, oportunos y de calidad, en el momento en que se necesitan. Esto hace referencia a acciones poblacionales y/o individuales, cultural, étnica y lingüísticamente apropiadas, con enfoque de género, que tomen en consideración las necesidades diferenciadas para promover la salud, prevenir las enfermedades, prestar atención a la enfermedad y ofrecer los cuidados de corto, mediano y largo plazo necesarios.²

Según Donabedian, el acceso a la salud comprende diversas características del recurso que facilite o dificulte el uso de los servicios, a lo mismo hace referencia J. Frenk, quien propone un marco conceptual para el análisis de la accesibilidad también basado en un ajuste entre los factores, distinguiendo a estos factores como creadores de resistencia a la búsqueda y obtención de la atención, hace énfasis a las características de la oferta y los factores que dan poder en la búsqueda y obtención de la atención, relacionado con características de la población.⁷

La cobertura de salud se define como la capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades de la población, lo cual incluye la disponibilidad de infraestructura, recursos humanos, tecnologías de la salud y financiamiento; también implica la disposición de servicios suficientes de calidad que lleguen a todos aquellos que lo necesitan y que sean utilizados por todos ellos. En los países de bajos ingresos en los que la financiación pública es limitada y el gasto público suele favorecer a los ricos, es improbable que se logre una cobertura universal en el corto plazo y que como meta de las políticas distrae la atención de la necesidad fundamental de experimentar con otros métodos pensados para extender la cobertura alcanzando la cobertura universal de salud, lo que implica que los mecanismos de organización y financiación son suficientes para cubrir a toda la población, esta no es suficiente por si sola para asegurar la salud, el bienestar y, la equidad en salud, pero sienta los fundamentos necesarios.^{2,14}

La cobertura universal de salud comprende tres etapas: 1. La afiliación universal, término relacionado con el de cobertura legal, que garantiza a todos los ciudadanos el acceso a servicios de salud financiados por un seguro público; 2. La cobertura universal, que implica el acceso regular a un paquete de servicios de salud integrales con protección financiera para todos, y 3. Cobertura efectiva universal, que garantiza a todos, de manera igualitaria, el máximo nivel alcanzable de resultados en salud a partir de un paquete de servicios de alta calidad que también evita las crisis financieras a través de la reducción de los gastos de bolsillo.¹⁵

Para evaluar si los individuos tienen acceso a la atención efectiva y apropiada no es suficiente con centrarse exclusivamente de la capacidad de entrar en el sistema, sino que también es importante evaluar si los individuos son capaces de conseguir la atención necesaria una vez dentro del sistema.⁷

Por tal razón, la OMS en conjunto con la OPS, crean estrategias que permitan que la población tenga un acceso universal a la salud, así mismo que las instituciones encargadas de brindar los servicios de salud, alcancen una cobertura universal. Es por ello que los sistemas de salud eficientes y participativos requieren del compromiso de la sociedad, con mecanismos claros de inclusión, transparencia y rendición de cuentas, de participación multisectorial, de diálogo y consenso entre los diferentes actores sociales, así como del compromiso político firme y de largo plazo de las autoridades a cargo de formular políticas, legislaciones, reglamentaciones, y estrategias para acceder a servicios integrales, oportunos y de calidad.

Esto requiere de políticas, planes y programas de salud que sean equitativos y eficientes, y que respeten las necesidades diferenciadas de la población.²

Las estrategias articulan las condiciones que permitirán a los países orientar y evaluar sus políticas, y medir el progreso hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Sin embargo, cada país tiene la capacidad de definir su plan de acción, tener en cuenta su contexto social, económico, político, legal, histórico y cultural, al igual que los retos actuales y futuros en materia de salud.²

En Guatemala, fue hasta el 1 de julio del año 2014, cuando se llevó a cabo con éxito la Consulta Nacional de la Estrategia de Cobertura Universal de Salud (CUS), convocada por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) en coordinación con la Representación de OPS/OMS, en esta se contó con la participación de autoridades nacionales de salud, de instituciones gubernamentales y no gubernamentales, el sector académico y la cooperación internacional, en donde se explicó la importancia que tiene para los países de la región, construir esta estrategia para avanzar con el compromiso de lograr la cobertura universal en el país.¹⁶

2.3. Marco conceptual

2.3.1. Adulto mayor

En la “Asamblea mundial sobre el Envejecimiento” convocada por la Organización de las Naciones Unidas en Viena 1982, se acordó considerar como ancianos a la población de 60 años y más. Posteriormente a los individuos de este grupo poblacional, se les dio el nombre de adultos mayores.¹⁷

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera como adultos mayores a quienes tienen una edad igual o mayor a 60 años en los países en vías de desarrollo y de 65 años o más a quienes viven en países desarrollados.¹⁸ Al mismo tiempo, la OMS hace una subclasificación considerando a las personas de 60 a 74 años de edad avanzada, de 75 a 90 años viejas o ancianas, y los que sobrepasan los 90 años se les denomina grandes viejos o grandes longevos; sin embargo, a todo individuo mayor de 60 años de forma indistinta se le llamará adulto mayor.¹⁷

2.3.2. Adulto mayor en Guatemala

2.3.2.1. Aspectos distributivos

En función del interés de este estudio definiendo sexo como la condición orgánica masculina o femenina de los animales y las plantas¹⁹, así como en relación a la edad, se pueden destacar los siguientes porcentajes:

- Habitantes entre 60 y 64 años, las mujeres representan un 3.5% y los hombres un 3%.
- Habitantes entre 70 y 74 años, ambos sexos representan un 2%.
- Habitantes de 80 años y más, las mujeres representan un 1% y los hombres un 0.5%.

En Guatemala, se estima la relación de urbanidad de 94.1 lo que significa que, por cada 100 personas que viven en el área rural, 94 viven en el área urbana. Los departamentos con mayor índice de urbanidad son Guatemala y Sacatepéquez. Los departamentos de Alta Verapaz, Chiquimula y San Marcos son eminentemente rurales.²⁰

Se define como etnia al grupo social, comunidad de personas, que comparten diversas características y rasgos, la mayoría de población al cuestionar sobre su etnia se autodenomina no indígena, existiendo una relación de 66.7 indígenas, por cada 100 habitantes no indígenas esto de acuerdo a los datos de ENCOVI 2011.²⁰

Se hace referencia en el aspecto de salud, los hogares indígenas gastan una mayor proporción en la compra de medicamentos que los no indígenas. El gasto público tampoco resulta equitativo, ya que el 53% de este gasto lo realiza el Seguro Social y se efectúa en la ciudad capital de Guatemala, y el 74% corresponde a familias no indígenas, reflejando concentración por medio de las dimensiones geográfica y étnica de la protección social.²¹

2.3.2.2. Ocupación en el adulto mayor

Se tiene como concepto de ocupación a lo que la persona se dedica, a su trabajo, empleo, actividad o profesión, le demanda cierto tiempo. La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) estima que solo el 17% de los guatemaltecos con 60 años en adelante recibe seguridad social o pensión, un número bajo comparado con el promedio de 42% en Latinoamérica. El resto de adultos mayores debe trabajar para obtener un sueldo o vivir de la caridad, en el caso de que no tengan familiares que se hagan cargo de sus necesidades.²²

Como consecuencia, en Guatemala la vejez no es la edad del retiro, como sí lo es en muchos otros países. La Organización Internacional de Trabajo (OIT), calcula que alrededor del 40 por ciento de personas con 65 años o más aún forma parte de la fuerza laboral del país.²² En ese mismo sentido, datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) reflejan que de los 6.3 millones de guatemaltecos que forman parte de la Población Económicamente Activa (PEA), el 8.4 por ciento tienen 60 años o más. De estos, el 75% son hombres y 25% mujeres.²²

2.3.2.3. Adulto mayor y escolaridad

Se entiende como escolaridad al conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento educativo,¹⁸ es importante hacer mención de este aspecto, ya que, en todo el mundo, tanto en los países industrializados como en los países en vías de desarrollo, está cambiando la estructura de la población, porque en la actualidad la esperanza de vida es más alta que la de hace 50 años. Es por ello que se ha reconocido que la educación puede jugar un papel vital al permitirle a las personas de edad seguir siendo independientes, mantenerse al tanto de las transformaciones de la sociedad y vivir una vida más plena.²³

2.3.3. El cuidador

La adaptación al envejecimiento no es tarea fácil para los adultos mayores y requiere que las personas que participan en su cuidado, se caractericen por una muy especial vocación y amor al trabajo con este grupo de personas, lo que significa que será necesaria una actitud que implique valores como el respeto por el otro, la autonomía y la compasión para brindar cuidados humanitarios al adulto mayor.²⁴

Función principal del cuidador: permite que otras personas puedan desenvolverse en su vida diaria, ayudándolas a adaptarse a las limitaciones que su discapacidad funcional les impone.²⁵

Las características que en general debe tener el cuidador ponen en manifiesto que no existe distinción del sexo ni del estado civil de este; sin embargo en cuanto a nivel educativo, este debe tener el nivel mínimo, que permita el entendimiento de instrucciones o recetas que se den por escrito a la persona que se encuentre bajo su responsabilidad; así mismo, el cuidador tiene que ser una persona psicológicamente estable que tenga capacidad de relacionarse

fácilmente con la gente a su alrededor y que sepa la importancia que tiene su quehacer con el paciente adulto mayor.²⁴

2.3.4. Tipos de cuidadores

Cuidador informal: Son aquellos que no son remunerados y tienen un elevado grado de compromiso hacia la tarea, caracterizada por el afecto y una atención sin límites de horarios. Es brindado por familiares, amigos y vecinos. Generalmente es desempeñado por el cónyuge o familiar femenino más próximo. El cuidado informal suele distinguir tres categorías de ayuda: apoyo material o instrumental, apoyo informativo o estratégico y apoyo emocional.^{25,26,27}

El cuidador informal se diferencia en cuidadores principales o primarios y cuidadores secundarios, según el grado de responsabilidad en el cuidado de los ancianos.²⁶

Los cuidadores principales o primarios son los que asumen su total responsabilidad en la tarea, guarda una relación directa con el paciente o enfermo, como el cónyuge, los hijos, los hermanos o los padres.

Los cuidadores secundarios a diferencia de los primarios no tienen la responsabilidad principal, es aquel que no tiene una relación directa o un vínculo cercano con el enfermo; puede tratarse de una enfermera, un asistente, un trabajador social o un familiar lejano.^{25,28}

Cuidador formal: Es toda aquella persona que cuida en forma directa a ancianos en diversos ámbitos, esté o no capacitado, recibiendo un pago o beneficio pecuniario (dinero) por su trabajo, el que compartirá con límite de horarios y menor compromiso afectivo. Existen dos tipos básicos de cuidado formal: el que se provee desde las instituciones públicas, y el que se contrata a través de las familias. Los servicios públicos de cuidado, pasan a través de una organización burocratizada y están, al menos en parte, financiados públicamente.^{25,26,27}

Burnout o síndrome del cuidador quemado: este síndrome fue descrito primeramente en Estados Unidos en 1974. Consiste en un profundo desgaste emocional y físico que experimenta la persona que convive y cuida a un enfermo o anciano. El cuidador que suele sufrirlo es aquel que llega a dedicarle casi todo su tiempo al paciente, actuando por lo general en forma solitaria y empleando estrategias pasivas e inadecuadas de resolución de problemas. Se considera que

se produce por el estrés permanente de tipo crónico en un batallar diario contra la enfermedad con tareas monótonas y repetitivas, con sensación de falta de control sobre el resultado final de esta labor, y que puede agotar las reservas psicofísicas del cuidador.²⁵

2.3.5. Sistema de Salud en Guatemala

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, como rector de la salud y en cumplimiento del mandato constitucional de conducir, regular y vigilar lo relacionado a la salud y en concordancia con los objetivos trazados por el gobierno, define la misión de proporcionar la movilización social de recursos hacia los grupos más postergados del país. Dentro de este marco, la atención de las personas de 60 años y más se integra como un componente de atención especial ya que tradicionalmente este grupo de pobladores ha sido marginado, calificándoles como personas que no están insertas en la vida productiva del país, ni forman parte de la economía formal, por lo que se conoce como un grupo vulnerable sujeto de atención. Esta inclusión lleva implícito también, el reconocimiento de que la salud de las personas de edad es un elemento clave para el desarrollo integral del país, pues el envejecimiento de nuestra población repercutirá sensiblemente no solo sobre los gastos de asistencia sanitaria, sino también sobre los tipos de ésta, las instituciones sociales y los establecimientos que se requerirán, y la concepción óptima de los servicios de salud.²⁹

2.3.6. Niveles de atención

Conjunto de establecimientos de salud con niveles de complejidad necesaria para resolver con eficacia y eficiencia necesidades de salud de diferente magnitud y severidad. Constituye una de las formas de organización de los servicios de salud, en la cual se relacionan la magnitud y severidad de las necesidades de salud de la población con la capacidad resolutoria cualitativa y cuantitativa de la oferta.³⁰ El principal responsable por el desempeño global del sistema de salud de un país es el gobierno, pero resulta fundamental la buena rectoría de las regiones, los municipios y cada una de las instituciones sanitarias.³¹

Primer nivel: Donde se atiende el 70-80% de la demanda del sistema. Aquí la severidad de los problemas de salud plantea una atención de baja complejidad con una oferta de gran tamaño y con menor especialización y tecnificación de sus recursos. En este nivel, se desarrollan principalmente actividades de promoción y protección específica, diagnóstico precoz

y tratamiento oportuno de las necesidades de salud más frecuentes.³⁰ Es el primer contacto de la población con los servicios de salud, por medio de establecimientos y acciones comunitarias contempladas en los servicios básicos de salud. En este nivel se encuentran el Centro Comunitario de Salud, el Puesto de Salud y el Puesto de Salud Fortalecido. Los servicios básicos también pueden ser prestados por ONG y organizaciones comunitarias, previo haber suscrito un convenio con MSPAS.³²

A nivel primario, el personal de los puestos de salud generalmente está compuesto de uno o dos auxiliares de enfermería que cuentan con el apoyo de un equipo de voluntarios comunitarios que incluyen facilitadores comunitarios y comadronas. Se encuentran capacitados para identificar los síntomas de riesgo y para trabajar en colaboración con un hospital nacional, centro de salud, puesto de salud, dispensario u ONG.³⁰

Segundo nivel: Donde se atiende el 12 al 22 % de la demanda, portadora de necesidades de salud que requieren atención de complejidad intermedia.³³ Se ubican los hospitales y establecimientos donde se prestan servicios relacionados a la atención en medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general y psiquiatría. Se estima que entre el primer y el segundo nivel se pueden resolver hasta 95% de problemas de salud de la población.³³

Los establecimientos de atención secundaria son atendidos por médicos, enfermeras y, en algunos casos, especialistas. Además de los CAIMI, existen Centros de Atención Permanente (CAP) ubicados en los municipios que permanecen abiertos 24 horas. También al nivel secundario se encuentran las clínicas móviles; se trata de amplios vehículos que se pretendía colocar en áreas donde había poco acceso a unidades de salud para ampliar la APS en general y los servicios dentales a las poblaciones vulnerables. Estas clínicas móviles son responsables de referir casos complicados a los establecimientos de salud de nivel más alto.³⁰

Tercer nivel: Donde se atiende el 5 al 10% de la demanda, la cual requiere de una atención de salud de alta complejidad con una oferta de menor tamaño, pero de alta especialización y tecnificación.¹⁹ Se prestan servicios de salud de alta complejidad dirigidos a pacientes referidos de los niveles de atención anteriores o que acudan de forma espontánea o por urgencia. Los establecimientos típicos de este nivel son los Hospitales Regionales, Hospitales Nacionales y Hospitales Especializados de Referencia Nacional.³²

2.3.7. Área de Salud Guatemala Central

Según datos proporcionados por el departamento de epidemiología (*), del área de salud Guatemala Central, esta abarca las 25 zonas que componen geográficamente esta región, con base a los datos proporcionados por el departamento de epidemiología de esta área, existen 15 centros de salud ubicados en las diferentes zonas, mismos que se encuentran localizadas de manera estratégica tanto en ubicación geográfica como en afluencia poblacional, la ubicación de los mismos es la siguiente:

- Centro de salud zonas 1,3,5,6,7(Centro América, Betania), 11,18,24 y 25
- Maternidad zona 13
- Centro de salud con atención especializada El Amparo zona 7
- Centro de salud con atención especializada El Paraíso II zona 18
- Centro de salud con atención especializada Santa Elena III zona 18
- Centro de atención permanente Canalitos

2.3.8. Cobertura efectiva

Distintos modelos han sido utilizados para estudiar el acceso a la atención de salud. Donabedian, en su estudio plantea que el acceso es resultado de variables que van más allá de la disponibilidad de recursos y se centra en aspectos socio-organizacionales y geográficos.

Andersen y Aday, por su parte sostienen que el acceso a la atención de salud está determinado por las políticas de salud, las características del sistema sanitario y de la población de riesgo, y la utilización de los servicios y la satisfacción del usuario; en este sentido, enfatizan el modo como las políticas de salud determinan las características del sistema y de la población de riesgo, las cuales a su vez influyen la utilización de los servicios y la satisfacción de los usuarios.³

Según Andersen y Davidson identifican cuatro dimensiones de las cuales depende el acceso: características contextuales (sistema de salud, familia y comunidad), características individuales, conductas de salud y resultados. Estos autores consideran que las características

* Información proporcionada por el Departamento de Epidemiología del Área de Salud, Guatemala Central

contextuales e individuales determinan las conductas de salud y los resultados del proceso de acceso, las cuales retroalimentan a las otras dimensiones.³

De acuerdo a los modelos antes descritos, el acceso a la atención sanitaria sería el resultado del ajuste entre la oferta del sistema de salud y las necesidades de salud expresadas como demanda.

2.3.9. Cobertura efectiva de Tanahashi

Tanahashi incorpora este concepto en su “Modelo de Cobertura Efectiva”. La cobertura se expresa normalmente por la proporción de la población objetivo que puede recibir o ha recibido el servicio. El número de personas para las que se puede prestar el servicio expresa la capacidad de servicio e indica el potencial del mismo. Por otra parte, el número de personas que han recibido el servicio expresa la salida del servicio e indica el rendimiento real del servicio. Por lo tanto, se puede definir la cobertura relacionada con la capacidad de servicio como cobertura potencial y la que se relaciona con la producción de servicios como cobertura real. La relación entre la capacidad de servicio y la producción es otro aspecto importante del servicio de salud, que se llama utilización o utilización del servicio. Normalmente se expresa como la relación entre la producción y la capacidad, o como la tasa de producción, suponiendo que se conoce la capacidad del servicio.⁴

Definiendo cobertura efectiva como la proporción de la población que recibe atención eficaz (donde el rendimiento del servicio entregado se aprecia como satisfactorio en la medida que logra un resultado específico). Plantea que en el proceso de acceso existe una interacción entre aspectos específicos de la provisión de servicios y de la población, que es influenciada tanto por las características del sistema de salud como por los recursos y capacidades de la población para reconocer necesidades y buscar atención. Este modelo es útil para analizar la equidad en el acceso a la atención sanitaria, porque facilita la identificación de grupos específicos con necesidades insatisfechas e identifica las barreras y facilitadores que obstaculizan o favorecen el logro de la cobertura efectiva en cada uno de tales grupos.⁴

Al examinar este proceso desde el punto de vista de la prestación de servicios, es posible identificar cinco etapas importantes que conducen sucesivamente a una intervención sanitaria deseada y definir mediciones de cobertura apropiadas para estas etapas:^{3,4}

1. En primer lugar, algunos recursos, personal, instalaciones, medicamentos, entre otros. Son siempre necesarios para prestar un servicio; la disponibilidad se entiende como la situación o recurso presente en el momento en que se requiera, por ejemplo, los servicios del programa o centro de atención, recursos humanos, equipos, insumos, infraestructura e información, limita la capacidad máxima del servicio, que a su vez decide la cantidad de servicio que puede ponerse a disposición de la población objetivo. La relación entre esta capacidad y el tamaño de la población objetivo da la medida de cobertura para esta etapa.
2. Aunque todos los recursos necesarios estén disponibles, el servicio debe tener accesibilidad, define ésta como la posibilidad de acceder con facilidad a los aspectos físicos como la distancia, conectividad y tiempo de transporte; organizacional/administrativa, relacionada con requisitos administrativos para la atención y con la modalidad para obtener horarios de atención, por último financiera, relacionada con el costo de transporte, gasto de bolsillo y pérdida de ganancia en el trabajo. El cumplimiento de estas condiciones puede considerarse como la siguiente etapa en el proceso de provisión de servicios; Aquí, la capacidad del servicio está limitada por el número de personas que pueden llegar y usarlo.
3. Una vez que el servicio es accesible, todavía debe ser aceptable para la población, de lo contrario las personas no pueden venir a por ella e incluso puede buscar un cuidado alternativo. Esta "aceptabilidad" puede estar influida por factores que depende de la percepción de las prestaciones, influenciada por factores sociales, culturales y religiosos, creencias, normas y valores, trato y privacidad, entre otros. Si el servicio es aceptado por el usuario potencial, éste es otro paso adelante en el proceso de provisión de servicios. En este caso, la capacidad de servicio está limitada por el número de personas que están dispuestas a utilizar el servicio accesible y la medición de la cobertura basada en esta capacidad se define como aceptabilidad.
4. La siguiente etapa en el proceso de prestación de servicios es el contacto real entre el proveedor de servicios y el usuario. El número de personas que han contactado con el servicio es una medida de la producción de servicios; la relación entre esto y el tamaño de la población objetivo da una medida de la cobertura que se puede llamar contacto.

5. El contacto entre el proveedor de servicios y el usuario no siempre garantiza una intervención exitosa relacionada con el problema de salud del usuario o un servicio eficaz. Por lo tanto, se puede considerar otra etapa en el proceso de prestación de servicios donde se logra un desempeño de servicio que se considera satisfactorio por criterios específicos. El número de personas que han recibido un servicio satisfactorio es, por tanto, otra medida de la producción de servicios, y la medición de la cobertura basada en este producto se denomina cobertura de efectividad.

Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa.

En Colombia, en el año 2010 fue publicado el artículo de barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. que tiene como objetivo determinar si las barreras y los elementos facilitadores de acceso a la atención de salud son transversales a distintas poblaciones, países y patologías, e identificar en qué etapas del proceso de acceso a la atención sanitaria se presentan con más frecuencia.³

En este estudio, se realizó una revisión sistemática cualitativa de literatura entre junio y octubre de 2010, planteándose la siguiente pregunta: ¿Cuáles son las barreras y facilitadores de acceso a atención de salud identificadas en la literatura, desde el punto de vista de los usuarios y del personal de salud? Se examinaron artículos publicados en español e inglés entre los años 2000 y 2010, de estudios cuantitativos o cualitativos, de fuente primaria o secundaria, así como literatura gris, que identificarán barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud, según usuarios y personal de salud.³

Se consultaron seis fuentes internacionales: fuente académica, medline en texto completo, base de datos académica multidisciplinaria en texto completo (academic search complete), pubmed, scielo y lilacs. Se aplicaron criterios de valoración científica del programa caspe y la declaración strobe. En paralelo, se revisó literatura gris.³

De esta revisión realizada se incluyeron 19 artículos que cumplían con los requisitos necesarios para ser sometidos a este estudio, 16 son de fuentes primarias y 3 de fuentes secundarias de información. Como marco muestral, 13 estudios incluyeron exclusivamente a personas que utilizan los servicios de salud, y 6 incluyeron población general usuaria y no

usuaria de servicios. Solo cinco estudios incorporaron también a equipos de salud. Seis del total de artículos incluyeron participantes de distinta etnia.³

Los resultados obtenidos con base a la selección de 19 de 1,160 resultados de la revisión de artículos científicos y 8 de 12 documentos de la revisión de literatura gris. Se identificaron 230 barreras y 35 facilitadores en países con diferentes contextos y grados de desarrollo.

Las 230 barreras se clasificaron siguiendo el modelo de Tanahashi: 87 (38%) correspondieron a la dimensión de aceptabilidad, 67 (29%) a accesibilidad, 51 (22%) a contacto y 25 (11%) a disponibilidad. Considerando el total de las barreras identificadas, las barreras que aparecieron con mayor frecuencia fueron: costo de medicamentos, consultas médicas y exámenes (8,7%), temor o vergüenza al atenderse en un servicio de salud (7,6%), desconfianza en los equipos de salud y en el tratamiento prescrito (6,1%) y estigma social, creencias y mitos (6,1%). Dado que el objetivo fue identificar barreras y facilitadores de acceso a la atención, y no la proporción de la población mencionada, no se incorporó la dimensión “cobertura efectiva”.

Los elementos facilitadores identificados tienen relación con factores personales, relación entre prestadores y usuarios, apoyo social, información sobre la enfermedad y adaptación de los servicios al paciente. Se concluyó que la identificación de barreras y facilitadores se realiza mayoritariamente en personas que han contactado los sistemas sanitarios y en todas las etapas del proceso de acceso a la atención de salud. Se identificaron pocos estudios orientados a quienes no contactan los servicios. Las barreras y facilitadores identificados están socialmente determinados, y la mayoría es expresión de inequidades sociales que existen en los países y requieren una acción conjunta con otros sectores distintos de salud para ser reducidas o eliminadas.³

2.3.10. Mini-mental State Examination (MMSE)

La mini prueba del estado mental, es un método utilizado para detectar el deterioro cognitivo y vigilar su evolución en pacientes con alteraciones neurológicas, especialmente en ancianos. Fue desarrollado por Marshal F. Folstein, Susan Folstein, and Paul R. McHugh en

1975 como un método para establecer el estado cognoscitivo del paciente y poder detectar demencia o delirium.³⁴

El Mini-mental State Examination (MMSE) o prueba de Folstein, es un test rápido para evaluar el deterioro cognitivo típico de pacientes con demencia, consta de 11 preguntas que abarca cinco funciones cognitivas superiores:³⁵

- Orientación espacio- tiempo (diez puntos)
- Capacidad de atención, concentración y memoria. (cinco puntos)
- Capacidad de abstracción (cálculo). (cinco puntos)
- Capacidad de lenguaje y percepción viso- espacial. (cinco puntos)
- Capacidad para seguir instrucciones básicas (cinco puntos)

Interpretación de resultados

- Los resultados dependerán de la puntuación alcanzada (30 puntos máximo) una vez habiendo hecho la prueba.
- 27 a 30 puntos o más: Normal, la persona presenta una adecuada capacidad cognoscitiva.
- 24 puntos o menos: Sospecha patológica
- 24 a 12 puntos: Deterioro
- 12 a 9 puntos: Demencia
- Menos de 5 puntos. Fase terminal, totalmente desorientado, no se reconoce él mismo.
- Incoherente, postración.

Mini-mental State Examination (MMSE) abreviado: Versión del MMSE de Folstein que omite los ítems de lenguaje y construcción del test original (capacidad de abstracción, algunos ítems de capacidad de seguir instrucciones). La puntuación obtenida va de 0 a 22 puntos. Es especialmente útil en los pacientes con una enfermedad aguda que pueden tener dificultades en realizar esta parte del MMSE (por ejemplo, dificultad para escribir una frase o copiar un diagrama).³⁵

2.4. Marco geográfico

En el 2010 se estimaba que la población guatemalteca de 65 años y más era de 626,999 personas. Para 2020, la proyección de crecimiento de esta población será de 880,098 y para 2050 podría ser de 2'556,658 personas. Según la Comisión Económica para América Latina y el

Caribe (CEPAL) en 2013 el índice de envejecimiento en Guatemala era de 16.6439; de acuerdo con las proyecciones, este índice ascendería en 2015 a 17.3 y en 2025 a 21.9.³⁶

Históricamente, las personas mayores han sido las últimas en irrumpir como un grupo diferenciado, con intereses propios, rasgos culturales específicos y exigencias sociales definidas. El Procurador de los Derechos Humanos (PDH), ha manifestado su preocupación al ver la situación de invisibilidad en la que, tanto en la sociedad como en la familia, han estado las personas mayores, y que los avances para su protección son mínimos. Durante 2015, el PDH recibió 1,105 denuncias cuyas víctimas eran personas mayores; asimismo, el INACIF practicó 145 peritajes a personas mayores debido a lesiones relacionadas con maltrato.³⁶

El acceso a la salud de buena calidad y oportuna es limitado y no siempre considera las necesidades de la población de edad avanzada. La seguridad social no cubre a toda la población en edad de jubilarse, y más de un tercio de la población de 65 años y más no recibe ninguna prestación por pensión o jubilación.³⁶

En los países no desarrollados como el caso de Guatemala, el envejecimiento se produce en un contexto de precariedad, ya que es evidente que las personas mayores de 60 años de edad en la investigación realizada, un 65% de estas personas, se encuentran en pobreza y un 35% en extrema pobreza, como es el caso de muchos ancianos que en el centro de la ciudad de Guatemala, sobreviven de limosnas, es decir, de la mendicidad, siendo víctimas además de todo tipo de atropellos; muchos de ellos incluso abandonados por sus familiares.²²

La iniquidad en las condiciones de bienestar de los adultos mayores, se ve acentuada por desigualdades de acceso a los servicios y a los bienes económicos. La menor capacidad de generar ingresos propios, la insuficiente cobertura de los programas de seguridad social, los bajos montos de las pensiones de jubilación, entre otros, es lo que disminuye el nivel de vida de las personas de la tercera edad y por ende, ellos no pueden cubrir los costos que requiere una vida de bienestar y dignidad.²²

Además de las iniquidades en la distribución de los recursos económicos, falta de acceso a los servicios básicos, la falta de escolaridad y la baja protección económica de la mayoría de las personas de 60 años de edad, agrava las diferencias internas en la población de la tercera edad en Guatemala.²²

2.5. Marco demográfico

2.5.1. En el mundo

En el presente siglo se vive una etapa de envejecimiento global, debido a que, en todos los continentes de nuestro planeta, con mayor o menor desarrollo tecnológico, económico y social, se observa un aumento progresivo de la esperanza de vida, disminución de la fecundidad y mortalidad (ONU, 2007).

En esta "revolución demográfica", el grupo poblacional de adultos mayores en todo el mundo se duplicará, pasando del 10% (580 millones) al 15% (1,200 millones) entre 2,000 y 2,025, llegando a 2,000 millones en el 2050 representando el 25% de la población. Este impacto demográfico y el rápido crecimiento de la población en la primera mitad del siglo XX significa que el número de personas de más de 60 años, que eran alrededor de 600 millones, llegarán a casi 2,000 millones en el 2050, es decir, un incremento del 10% de 1998 al 15% en el 2025, que será más notable en los países en desarrollo (MINDES, 2007). A nivel mundial, Japón es el país con el mayor porcentaje de adultos mayores 22% de su población total; China es el país que sigue con 106 millones de adultos mayores; India con 59,6 millones, seguido por Estados Unidos y Rusia. El 62% de la población mundial mayor de 65 años reside en países en vías de desarrollo.³⁷

2.5.2. En las américas

Las Américas es una de las regiones del mundo más envejecida. En 2006, había 50 millones de adultos mayores, cifra que se estima duplicará para 2025, y volverá a hacerlo para 2050, cuando una de cada 4 personas tendrá más de 60 años (en el mundo, serán 1 de cada 5). Además, las personas están viviendo más años de vida. Actualmente, una persona de 60 años puede esperar vivir hasta los 81, es decir 21 años más. En las últimas cinco décadas, se ganaron en promedio más de 20 años. En las Américas, más del 80% de las personas que nazcan hoy vivirán 60 años, y 42% de ellos pasarán los 80. En 2025, habrá aproximadamente 15 millones de personas de más de 80 años en la región.³⁸

2.5.3. En Guatemala

Según la clasificación de El Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), sobre las etapas de transición demográfica, Guatemala se encuentra en el grupo II de transición moderada. En Guatemala en 1995, se estimaba que la tasa de crecimiento era de 2.9%, la cual iría descendiendo hasta llegar al 1.9% para el año 2025. En el año 1995 la tasa de fecundidad era de 5.4%, para el año 2025 sufrirá un descenso importante a 2.9%. Este fenómeno en conjunto con el descenso en la mortalidad, aumentará la esperanza de vida al nacer desde un 64.8% en el año 1995, a un 72.00% en el año 2025, lo que representará para nuestro país un importante aumento porcentual y absoluto de las personas de 60 años de edad y más, para los próximos 19 años. Según las proyecciones de población para el 30 de junio de 2014, la población de Guatemala ascendía a poco más de 15.6 millones de personas.²⁰

2.5.4 Datos demográficos y estadísticos, Guatemala Central

Los datos proporcionados por el departamento de Epidemiología del área de salud Guatemala central durante el año 2016, indica que la población total asciende a 994,087 habitantes, de los cuales la población adulta mayor refleja un total de 67,249 adultos mayores, distribuidos en rango etario de la siguiente manera: 60 a 64 años del sexo masculino 11,528 femenino 15,008; de 65 a 69 años masculino 8,367 femenino 9,492; 70 a 74 años masculino 6,250 femenino 7,095; 75 a 79 años masculino 4,705 femenino 5,352; mayores de 80 años masculino 3,947 femenino 4,496. Lo antes descrito hace referencia a datos generales del área; en la Tabla 2.1 se describe específicamente la población atendida en el 2016, en cada centro de salud.

Tabla 2.1.
Población mayor de 60 años atendida en los centros de salud,
Área de Salud Guatemala Central Año 2016

Centro de Salud	Población mayor de 60 años atendida 2016
Amparo, zona 7	3,371
Bethania, zona 7	2,730
Colonia Centro América, zona 7	8,535
Justo Rufino Barrios, zona 21	6,712
El Paraíso, zona 18	3,333
San Rafael, zona 18	8,746
Santa Elena III, zona 18	5,965
Zona 1	8,428
Zona 11	6,041
Zona 3	5,590
Zona 5	10,469
Zona 6	6,963
TOTAL	76,883

Fuente: elaborado con base a los datos obtenidos, a través del departamento de epidemiología, Área de salud Guatemala Central.

2.6. Marco legal

2.6.1. Marco del derecho internacional sobre los adultos mayores

Tabla 2.2.
El proceso hacia una Convención sobre Derechos de las Personas Mayores

Año	Acontecimiento
1982	Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento de Naciones Unidas. Plan Internacional de Acción sobre el Envejecimiento.
1991	Principios de las Naciones Unidas a favor de las personas de edad. (Resolución 46/91). Independencia, Participación, Cuidados, Autorrealización, Dignidad.

1999	Año Mundial de las Personas Mayores, declarado por las Naciones Unidas. Se establece el 1ro. de octubre como Día Internacional de las Personas Mayores.
2002	Segunda Asamblea Mundial de Envejecimiento y el Foro de Madrid, convocado por la ONU. Protocolo Universal de 22 puntos (Plan de Acción de Madrid).
2003	Primera Conferencia Regional Intergubernamental sobre el Envejecimiento en América Latina y el Caribe. Estrategia Regional de Seguimiento del Plan de Acción de Madrid. Santiago de Chile.
2007	2007. Segunda Conferencia Regional Intergubernamental sobre el Envejecimiento en América Latina y el Caribe. Declaración de Brasilia, que en los Art. 25 y 26, los países participantes acuerdan y se comprometen a impulsar la designación de un relator especial y la elaboración de una convención sobre los derechos humanos de las personas de edad.
2008	Febrero: La Comisión de Desarrollo Social de las Naciones Unidas, en su 46º Período de sesiones, debate las recomendaciones de la Declaración de Brasilia, y se invita a todos los países y sectores sociales a considerar la elaboración de una Convención de derechos de las personas de edad, así como la designación de un Relator Especial en el tema. Junio: XI Reunión de Altas Autoridades de Derechos Humanos y Cancillerías del MERCOSUR y Estados Asociados. Buenos Aires. En esta instancia, los Acuerdos de la Declaración de Brasilia fueron materia de discusión y en su Plan de trabajo 2008 – 2009 se fijó como objetivo “Impulsar la protección de los derechos humanos de los/as adultos/as mayores promoviendo condiciones de seguridad económica, de salud, de participación social y de educación. Setiembre: Primera Reunión de Seguimiento de la Declaración de Brasilia en el tema de derechos humanos de las personas mayores. Río de Janeiro. Organizada por la Secretaría Especial de Derechos Humanos (SEDH) y Ministerio de Relaciones Exteriores de Brasil, con el apoyo técnico del CELADE, División de Población de la CEPAL y del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Esta actividad convocó a organismos

	internacionales, representantes de gobiernos y organizaciones de la sociedad civil, quienes acordaron una serie de recomendaciones para continuar reforzando la implementación de los artículos 25 y 26 de la Declaración de Brasilia.
2009	Febrero: Comisión de Desarrollo Social de las Naciones Unidas, en su 47º Período de sesiones, en Nueva York. En ella los países participantes se refirieron a los acuerdos de la Declaración de Brasilia y se instó a continuar con los esfuerzos para avanzar en la creación de un instrumento jurídicamente vinculante de protección de derechos de las personas de edad. Abril: XV Reunión de Altas Autoridades en Derechos Humanos y Cancillerías del MERCOSUR y Estados Asociados al MERCOSUR, celebrada en abril de 2009 en Paraguay. En esta reunión, Uruguay como Estado Parte, apoyó la iniciativa de garantizar los derechos de las personas adultas mayores en la Región. Mayo: Segunda Reunión de Seguimiento de la Declaración de Brasilia en el tema de derechos humanos de las personas mayores. Buenos Aires. Convocada y organizada por el Ministerio de Desarrollo Social y el Ministerio de Relaciones Exteriores de Argentina, con el apoyo técnico de CELADE – CEPAL y la OPS.

Fuente: elaboración propia, con base a la información del documento, Derechos Humanos de los Adultos Mayores.
El camino hacia su reconocimiento Universal.

2.6.2. Las resoluciones y planes de las Naciones Unidas

En 1973, la Asamblea General de las Naciones Unidas, llamó la atención sobre la necesidad de proteger los derechos y el bienestar de las personas de edad. Más tarde, en 1990, “reconoció la complejidad y rapidez del fenómeno del envejecimiento de la población mundial y la necesidad de que existiera una base y un marco de referencia comunes para la protección y promoción de los derechos de las personas de edad” (Naciones Unidas, 1991).³⁹

Un año después, la Asamblea General adoptó la resolución 46/91 sobre los Principios de las Naciones Unidas en favor de las Personas de Edad en cinco temas: independencia,

participación, cuidados, autorrealización y dignidad (Naciones Unidas, 1991). Hay una correspondencia estrecha entre los derechos reconocidos en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y los Principios, aunque estos últimos no están redactados como derechos en sí.³⁹

En 1982, los Estados Miembros de las Naciones Unidas adoptaron el Plan de Acción Internacional de Viena en la primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, realizada en Austria. En él, los Estados que asistieron a la Asamblea “reafirmaron su creencia en que los derechos fundamentales e inalienables consagrados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos se aplican plenamente y sin menoscabo a las personas de edad, y reconocieron que la calidad de vida no es menos importante que la longevidad y que, por consiguiente, las personas de edad deben, en la medida de lo posible, disfrutar en el seno de sus propias familias y comunidades de una vida plena, saludable y satisfactoria y ser estimados como parte integrante de la sociedad” (Naciones Unidas, 1982).³⁹

Veinte años después, los Estados Miembros adoptaron el Plan de Acción Internacional de Madrid en la segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, efectuada en España. Este Plan prestó especial atención a la situación de los países en desarrollo, y definió como temas centrales:

La realización de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de todas las personas de edad. La garantía de los derechos económicos, sociales y culturales de las personas mayores, así como de sus derechos civiles y políticos, y la eliminación de todas las formas de violencia y discriminación en contra de las personas de edad (Naciones Unidas, 2002).³⁹

En 2012, el Consejo de Derechos Humanos adoptó la resolución 21/23 referente a los derechos humanos de las personas de edad. En ella se exhorta a todos los Estados a garantizar el disfrute pleno y equitativo de los derechos de este grupo social, considerando para ello la adopción de medidas para luchar contra la discriminación por edad, la negligencia, el abuso y la violencia, y para abordar las cuestiones relacionadas con la integración social y la asistencia sanitaria adecuada. Dicho consejo solicitó a la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH) que organizara una consulta pública sobre la promoción y la protección de los derechos de las personas de edad.⁴⁰

En enero de 2012, el ACNUDH dirigió a los Estados Miembros y observadores una nota verbal y les invitó a que presentaran sus comunicaciones por escrito. En este proceso, se recibieron informes de 37 Estados, entre ellos de la Argentina, el Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Guatemala, Haití, México, el Perú, la República Dominicana y Venezuela (República Bolivariana de). También se realizó una consulta pública el 15 de abril en Ginebra, en la que participaron expertos de todo el mundo. Los temas abordados fueron:

- Los principales obstáculos para el pleno disfrute de los derechos humanos de las personas mayores.
- La discriminación por motivo de edad.
- La violencia, el maltrato y el abandono que sufren las personas de edad.

Las conclusiones del informe presentado por el ACNUDH en el 24° período de sesiones del Consejo de Derechos Humanos, celebrado del 9 al 27 de septiembre de 2013, indican que “a pesar de que la mayoría de los instrumentos internacionales de derechos humanos son aplicables a todos los grupos de edad, incluidas las personas mayores, ni en la redacción de los instrumentos de derechos humanos existentes ni en la práctica de los órganos y los mecanismos de derechos humanos se ha prestado la suficiente atención a una serie de cuestiones de derechos humanos que son particularmente importantes para las personas mayores. Estas incluyen, entre otras, la discriminación por motivo de edad, el acceso de las personas mayores al trabajo, los servicios de salud y la protección social adecuados, la protección contra el maltrato, la violencia y el abandono y los cuidados asistenciales a largo plazo”.³⁹

2.6.3. Normas interamericanas de derechos humanos

Fue hasta 1988, con la aprobación del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales (Protocolo de San Salvador), que los derechos de las personas mayores se reconocieron explícitamente en este contexto, aunque limitados a la esfera del bienestar y las políticas asistenciales. De conformidad con el Artículo 17 del Protocolo, toda persona tiene derecho a protección especial durante su ancianidad. Los Estados partes se comprometen a adoptar de manera progresiva las medidas necesarias, a fin de llevar este derecho a la práctica y en particular para:

- Proporcionar instalaciones adecuadas, así como alimentación y atención médica especializada a las personas de edad avanzada que carezcan de ellas y no se encuentren en condiciones de proporcionárselas por sí mismas
- Ejecutar programas laborales específicos destinados a conceder a los ancianos la posibilidad de realizar una actividad productiva adecuada a sus capacidades, respetando su vocación o deseos
- Estimular la formación de organizaciones sociales destinadas a mejorar la calidad de vida de los ancianos.³⁹

2.6.4. Marco de derecho en Guatemala sobre los adultos mayores

2.6.4.1. Constitución Política de la República de Guatemala

“Artículo 1. Protección a la Persona. El Estado de Guatemala se organiza para proteger a la persona y a la familia; su fin supremo es la realización del bien común.”

“Artículo 2. Deberes del Estado. Es deber del Estado garantizarles a los habitantes de la República la vida, la libertad, la justicia, la seguridad, la paz y el desarrollo integral de la persona.”

“Artículo 51. Protección a menores y ancianos. El Estado protegerá la salud física, mental y moral de los menores de edad y de los ancianos. Les garantizará su derecho a la alimentación, salud, educación y seguridad y previsión social.”⁴⁰

2.6.4.2. Decreto 80-96, Ley de Protección a las Personas de la Tercera Edad y su respectivo reglamento, Acuerdo Gubernativo 135-2002

“Artículo 1. Objeto de la ley. La presente ley tiene por objeto y finalidad tutelar los intereses de las personas de la tercera edad, que el Estado garantice y promueva el derecho de los ancianos a un nivel de vida adecuado en condiciones que les ofrezcan educación, alimentación, vivienda, vestuario, asistencia médica geriátrica y gerontológica integral, recreación y esparcimiento, y los servicios sociales necesarios para una existencia útil y digna.”

“Artículo 2. Interpretación. La presente ley deberá interpretarse siempre en interés de las personas de la tercera edad, de acuerdo a los principios que la misma establece como ley de

Orden Público, por consiguiente, tiene prevalencia sobre otras leyes en materia de su especialidad.”

“Artículo 3. Definición. Para los efectos de la presente Ley, se define como de la tercera edad o anciano, a toda persona de cualquier sexo, religión, raza o color que tenga 60 años o más de edad. Se consideran ancianos en condiciones de vulnerabilidad aquellos que, careciendo de protección adecuada, sufran o estén expuestos a sufrir desviaciones o trastornos en su estado físico o mental y los que se encuentren en situación de riesgo.”

“Artículo 4. Beneficiarios. Todos los ancianos guatemaltecos son beneficiarios de la presente ley, de conformidad a lo que establece la Constitución Política de la República de Guatemala, sin distingos de ninguna naturaleza, por credo político o religioso, etnia o condición social.”

“Artículo 5. Ámbito de aplicación. Las disposiciones que establece la presente ley protegen y serán aplicadas a todas las personas de la tercera edad, en todo el territorio nacional de la República de Guatemala.”

“Artículo 6. Toda persona de la tercera edad tiene derecho a que se le de participación en el proceso de desarrollo del país y a gozar de sus beneficios”.

” Artículo 8. El Estado y sus instituciones deberán contribuir a la realización del bienestar social satisfactorio de las personas de la tercera edad, quienes tienen derecho de recibir la protección del Estado que deberá cumplir con lo siguiente:

- Creará mecanismos institucionales de previsión social para garantizar su derecho a la alimentación, salud, educación, seguridad, vivienda, recreación, esparcimiento y trabajo.
- Fomentar, garantizar y fortalecer el funcionamiento de Instituciones gubernamentales y no gubernamentales que realicen actividades de atención a la persona anciana.
- Velar porque las personas ancianas indigentes, que carezcan de familia o que se encuentren abandonadas, sean ubicadas en hogares estatales o privados, que funcionen de conformidad con el reglamento específico de esta ley.
- Promover la formación de agrupaciones, cooperativas, clubes de servicio y pequeña empresa, facilitándoles el trámite administrativo y créditos para el trabajo”.⁴¹

2.6.4.3. Ley para prevenir, sancionar, y erradicar la violencia Intra-familiar

“Artículo 2. De la aplicación de la Ley. La presente ley regulará la aplicación de medidas de protección necesarias para garantizar la vida, integridad, seguridad y dignidad de las víctimas de violencia intrafamiliar. Así mismo, tiene como objetivo brindar protección especial a mujeres, niños, niñas, ancianos y ancianas y personas discapacitadas, tomando en consideración las situaciones específicas de cada caso”.⁴²

2.6.4.4. Decreto 85-2005, Ley del Programa aporte económico del Adulto Mayor

“Artículo 1. Objeto del programa. La presente Ley tiene por objeto crear un programa de aporte económico a las personas de sesenta y cinco años de edad y más, con la finalidad de que el Estado garantice a este sector de la población, la atención de sus necesidades básicas mínimas”.

“Artículo 2. Beneficiarios. Los beneficiarios de este programa serán todas aquellas personas que sean guatemaltecas de origen, de conformidad con lo estipulado en el Artículo 144 de la Constitución Política de la República, que se demuestre a través del estudio socio-económico realizado por un trabajador o trabajadora social, que carece de recursos económicos y está en pobreza extrema, lo cual le hace candidato elegible para obtener este beneficio”.

“Artículo 3. Beneficiarios especiales. Los beneficiarios a que se refiere el Artículo 2 de la presente ley, que adolezcan de algún grado de discapacidad física, psíquica o sensorial comprendidos dentro de las limitaciones que contempla el Artículo 53 de la Constitución Política de la República de Guatemala, que hayan cumplido sesenta y cinco (65) o más años de edad, cuya limitación física o mental esté debidamente certificada por Directores de Hospitales Nacionales, Centros o Puestos de Salud, y que se encuentren en situación de extrema pobreza, tendrán el carácter de beneficiario especial del programa que regula la presente ley”.

“Artículo 4. Programa. Se establece el programa de aporte económico a los adultos mayores, consistente en un aporte económico mensual por parte del Estado, para aquellas personas que, según el estudio socio-económico sea elegibles; dicho programa tendrá las siguientes características:

- El aporte económico se concederá única y exclusivamente a los guatemaltecos que comprueben fehacientemente que residen en la República, mediante declaración jurada extendida por el Alcalde Municipal de su domicilio, Gobernador Departamental o Notario Público.
- A partir del uno de enero de dos mil siete, el aporte económico para cada uno de los beneficiarios que haya llenado los requisitos que establece esta ley y su reglamento, será de cuatrocientos quetzales (Q.400.00) mensuales, monto que deberá ser revisado mediante estudios actuariales cada dos años, tomando en consideración para el efecto, el número de beneficiarios y la situación financiera del programa.
- El aporte económico se entregará a título personal e intransferible y no podrá ser objeto de sucesión de ninguna naturaleza.
- Cuando por limitaciones físicas, psíquicas o sensoriales, el beneficiario de esta Ley se le imposibilite movilizarse, podrá hacerse representar por certificación extendida por el Director del Centro de Salud de su domicilio.
- El monto del aporte económico no estará sujeto a gravamen o deducción alguna.
- El aporte económico se hará en efectivo o por medio de los Bancos del Estado que forman parte del sistema bancario nacional, siendo dicha responsabilidad del Ministerio de Trabajo y Previsión Social, asegurándose que el aporte les sea entregado directamente a los beneficiarios, salvo excepciones de fuerza mayor o caso fortuito debidamente comprobadas y reguladas en la presente ley y su reglamento”.⁴³

2.6.4.5. Decreto 25-2009, Ley que declara el Día Nacional del Adulto Mayor y reforma la ley del Programa de Aporte Económico del Adulto Mayor

“Artículo 1. Se declara como “Día Nacional del Adulto Mayor”, el quince de noviembre de cada año”.

“Artículo 2. El Ministerio de Trabajo y Previsión Social, juntamente con los integrantes de la Comisión Consultiva del Programa de Aporte Económico del Adulto Mayor, en coordinación con los Ministerios de Educación y de Cultura y Deportes, serán las entidades responsables de la conmemoración del “Día Nacional del Adulto Mayor” en la República de Guatemala”.⁴⁴

2.6.5. Derecho de los adultos mayores a la salud

2.6.5.1. Código de salud

“Artículo 1. Del Derecho a la Salud. Todos los habitantes de la República tienen derecho a la prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de su salud, sin discriminación alguna.

“Artículo 4. Obligación del Estado. El Estado en cumplimiento de su obligación de velar por la salud de los habitantes y manteniendo los principios de equidad, solidaridad y subsidiaridad, desarrollará a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en coordinación con las instituciones estatales centralizadas, descentralizadas y autónomas, comunidades organizadas y privadas, acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, así como las complementarias pertinentes, a fin de procurar a los guatemaltecos el más completo bienestar físico, mental y social. Asimismo, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social garantizará la prestación de servicios gratuitos a aquellas personas y sus familias, cuyo ingreso personal no les permita costear parte o la totalidad de los servicios de salud prestados.

“Artículo 42. De las personas de la tercera edad: El Ministerio de Salud en coordinación con el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y otras instituciones con programas afines, deberán desarrollar en el ámbito de su competencia, programas para la atención integral de los ancianos en todos los programas de atención en base al principio del respeto y su plena integración al desarrollo social.”⁴⁵

2.6.5.2. Ley de Protección para las Personas de la Tercera Edad, Decreto 80-96, del Congreso de la República de Guatemala.

“Artículo 13. Un derecho fundamental de la vejez es el de tener buena salud, por lo que tienen derecho de tener asistencia médica, preventiva, curativa y de rehabilitación oportuna, necesaria y adecuada a su edad y requerimientos, por lo que quedan obligados a prestar en forma gratuita el tratamiento necesario para cada caso, los hospitales nacionales; los de seguridad social de conformidad con el Artículo 115 de la Constitución.”

“Artículo 14. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, las Universidades del país los establecimientos de Educación Pública y Privada y cualquier otra organización de salud, fomentarán la investigación y estudio de la población senescente, para tomar las medidas de prevención y emitir normas de atención actualizada a nivel nacional.”

“Artículo 15. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social por conducto de sus dependencias, en coordinación con otros organismos, desarrollará acciones que tiendan a proteger a los ancianos, así como a fortalecer su auto estima a efecto se mantengan dentro del sistema de producción, conforme a programas y reglamentos que para el efecto se emitan.”

“Artículo 16. El Estado, por medio del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, deberá desarrollar programas especiales de educación nutricional, salud bucal y salud mental del anciano en forma gratuita. “

“Artículo 17. El Estado promoverá por los medios a su alcance, que el anciano obtenga una alimentación sana y adecuada a la edad y estado físico, considerado en forma particular, según la norma dietética para la edad avanzada.”⁴¹

2.6.6. Instituciones encargadas de velar por el adulto mayor en Guatemala

2.6.6.1. Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente (SOSEP)

Es la institución encargada de impulsar e implementar programas, dirigidos a poblaciones vulnerables como lo son niños, niñas, mujeres, ancianos; así mismo brinda beneficios de carácter social a las familias y comunidades, también implementa acciones en salud, educación, promoción del desarrollo económico comunitario, seguridad alimentaria y nutricional, Esta institución está coordinada por la Primera Dama de la Nación, Patricia Marroquín. Entre los principales programas con los que la SOSEP apoya a los adultos mayores se encuentran:

2.6.6.2. Mis años dorados

Este programa tiene con fin principal prestar servicios de atención integral a las personas mayores de 60 años, en condición de pobreza y pobreza extrema. Cuenta con 57 centros a nivel nacional, en donde se vela por el respeto y la promoción de sus derechos humanos, facilitándoles servicios de atención para mejorar sus condiciones y calidad de vida.

Entre las principales funciones de este programa están.

- Alimentación: En todos los centros de atención se le brinda alimentación gratuita a cada uno de los beneficiarios, proporcionándoles 3 raciones diarias (2 refacciones y almuerzo).
- Terapia física: Se realizan actividades personalizadas a cargo de fisioterapeutas, con el objetivo de fortalecer la salud física de los beneficiarios.
- Atención primaria en salud: A través de coordinaciones a nivel local, se ha logrado la salud de los beneficiarios a través de: jornadas médicas, atención odontológica, evaluaciones oftalmológicas, toma diaria de signos vitales, control de medicamentos y curaciones menores.
- Apoyo Psicológico: Se han desarrollado actividades de evaluación psicológica y de diagnóstico para luego realizar terapias en búsqueda de una adecuada salud mental.
- Terapia Ocupacional: Se han llevado a cabo actividades productivas tales como la elaboración de huertos y artesanías, entre otros.⁴⁶

2.6.6.3. Comité Nacional de Protección a las Personas de la Tercera Edad (CONAPROV)

Según la Ley de Protección para las Personas de la Tercera Edad, Decreto Número 80-96 del Congreso de la República y sus reformas, en el Artículo 32 crea el Comité Nacional de Protección a la Vejez, que se podrá abreviar CONAPROV; el cual está integrado de la siguiente manera:

- Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente de la República (SOSEP)
- Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS)
- Ministerio de Trabajo y Previsión Social (MINTRAB)
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)
- Procuraduría General de la Nación (PGN)
- Dos delegados de las instituciones públicas o privadas vinculadas con la problemática de las personas de la tercera edad.

Esta misma Ley, establece que estará adscrito en todas sus funciones a la SOSEP. El mismo Artículo indica que la SOSEP y el CONAPROV estarán encargados de promover, impulsar, coordinar, realizar y orientar programas y acciones relativas al bienestar y seguridad de las personas de edad avanzada por medio del Programa Nacional de la Ancianidad.

En el Artículo 34 de la misma ley, establece que el CONAPROV tendrá a su cargo, en coordinación con las entidades públicas, autónomas y privadas competentes; la aplicación y cumplimiento de las disposiciones contempladas en la presente ley bajo el control y supervisión de la SOSEP, y para el efecto tiene como una de sus facultades: crear, proponer y promover políticas de la tercera edad a nivel nacional.⁴⁷

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo general

Establecer las barreras de acceso identificadas por los adultos mayores en los servicios del área de salud Guatemala central, durante el período junio-julio 2017.

3.2 . Objetivos específicos

- 3.2.1 Describir las características epidemiológicas de la población a estudiar, según: edad, sexo, etnia, ocupación, escolaridad.
- 3.2.2 Determinar la presencia, el tipo y el parentesco del cuidador primario en la población a estudiar.
- 3.2.3 Identificar la dimensión del modelo de cobertura efectiva, según: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y contacto de la población a estudiar, mediante el modelo Tanahashi.

4. POBLACIÓN Y MÉTODOS

4.1. Enfoque y diseño de investigación

Enfoque: cuantitativo.

Diseño de investigación: descriptivo transversal.

4.2. Unidad de análisis e información

4.2.1. Unidad de análisis

Respuestas de los pacientes adultos mayores que consultaron a los centros de salud que pertenecen al Área de Salud Guatemala Central, obtenidas por medio del instrumento de recolección de datos diseñado para dicho efecto.

4.2.2. Unidad de información

Pacientes adultos mayores que consultaron a los centros de salud del Área de Salud Guatemala Central, en el período junio-julio 2017.

4.3. Población y muestra

4.3.1. Población

- Población diana: todos los adultos mayores que consultaron a los diferentes centros de salud del Área de Salud Guatemala Central, en el período junio-julio 2017.
- Población de estudio: 12,814 adultos mayores que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

4.3.2. Muestra

Los 391 adultos mayores que consultaron a los centros de salud, Amparo, Bethania, Centroamérica, Justo Rufino Barrios, El Paraíso, San Rafael, Santa Elena III, y los que corresponden a las zonas 1, 3, 5, 6 y 11.

4.3.2.1. Marco muestral

- Unidad primaria de muestreo: los centros de salud, que pertenecen al Área de Salud Guatemala Central, siendo los siguientes: Amparo zona 7, Bethania zona 7, Colonia Centro América zona 7, Justo Rufino Barrios zona 21, El Paraíso zona 18, San Rafael zona 18, Santa Elena III zona 18, Zona 1, Zona 11, Zona 3, Zona 5, Zona 6.
- Unidad secundaria de muestreo: Adultos mayores que acudieron a los centros de salud del Área de Salud Guatemala Central.

4.3.2.2 . Tipo y técnica de muestreo

Paso 1

A través de información brindada por dicha área de salud (ver Tabla No. 3), se obtuvo el número total de pacientes de la tercera edad que consultaron a los centros correspondientes, durante el año 2016. Por lo cual estos datos se utilizaron para el cálculo de la muestra, a través de una fórmula para población finita.

$$n = \frac{N z^2 p q}{d^2(N - 1) + z^2 p q}$$

Donde:

n = el tamaño de la muestra.

N = tamaño de la población, estimada de acuerdo a la información proporcionada por el personal del Área de Salud, Guatemala Central, la cual corresponde a las personas de la tercera edad atendidas durante el año 2016 (12,814).

p= proporción esperada según el estudio: Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa, siendo el 38%.

Z= Valor obtenido mediante niveles de confianza, se tomará el 95% de confianza, lo que equivale a 1.96.

d = Límite aceptable de error muestral, (0.05)

q= 1-p

Calculando la fórmula anterior, resulta una muestra de 352 pacientes.

R= porcentaje de rechazo que se estima un 10%.

$$n_a = n \frac{1}{1 - R}$$

Considerando la fórmula de n corregida, usando un porcentaje de rechazo del 10%, se estima una muestra de 391.

Paso 2

Se utilizó el programa Microsoft Office Excel 2016, en donde se seleccionaron los siguientes centros de salud, de forma aleatoria, los cuales pertenecen al Área de Salud Guatemala Central del departamento de Guatemala; posteriormente, se realizó proporción para elegir número de adultos mayores por cada centro de salud.

Tabla 4.1.
Estratificación de la muestra
Centros de Salud del Área de Salud, Guatemala Central

Centro de Salud	Población mayor de 60 años atendida 2016	N	%	n
El Paraíso, zona 18	3,333	556	4.34	17
Amparo, zona 7	3,371	562	4.38	17
Bethania, zona 7	2,730	455	3.55	14
Zona 5	10,469	1745	13.62	53
Zona 3	5,590	932	7.27	28
Zona 6	6,963	1161	9.06	36
San Rafael, zona 18	8,746	1458	11.38	44
Santa Elena III, zona 18	5,965	994	7.76	30
Justo Rufino Barrios, zona 21	6,712	1119	8.73	34
Zona 11	6,041	1007	7.86	31
Colonia Centro América, zona 7	8,535	1423	11.10	43
Zona 1	8,428	1405	10.96	44
Total	76,883	12,814	100	391

Fuente: Datos proporcionados por el Departamento de Epidemiología del Área de Salud Guatemala Central *

* Información proporcionada por el Departamento de Epidemiología del Área de Salud, Guatemala Central

Paso 3

Al momento de llegar a los centros de salud, se seleccionaron de forma aleatoria a los adultos mayores que participaron en la recolección de datos, a través de la aplicación para Smartphone, Statistics and Sample Size.

4.4. Selección de los sujetos a estudio

4.4.1. Criterios de inclusión

Todos los adultos mayores:

- De 60 años o más, cumplidos el día de la entrevista.
- Que asistieron a los centros de salud: Amparo zona 7, Bethania zona 7, Colonia Centro América zona 7, Justo Rufino Barrios zona 21, El Paraíso zona 18, San Rafael zona 18, Santa Elena III zona 18, Zona 1, Zona 11, Zona 3, Zona 5, Zona 6.
- Aquellos que obtuvieron un puntaje igual o mayor a 14 puntos considerado aceptable de acuerdo al Test MMSE.
- Que aceptaron a participar voluntariamente en el estudio.

4.4.2. Criterios de exclusión

Todos los adultos mayores:

- Que no firmaron el consentimiento informado.
- Con discapacidad auditiva y/o de habla.
- No dominaban el idioma español.
- Que consultaron por primera vez al centro de salud el día de la entrevista.

4.5. Operacionalización de variables

Macro-variable	Micro-variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Criterios de clasificación
Características epidemiológicas	Edad	Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales. ¹⁹	Años cumplidos al día de la entrevista.	Numérica discreta	Razón	Años
	Sexo	Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas. ²⁴	Autopercepción de la identidad sexual durante la entrevista.	Categórica dicotómica	Nominal	Femenino Masculino
	Etnia	Grupo social, comunidad de personas, que comparten diversas características y rasgos como ser: lengua, cultura, religión, música, indumentaria, ritos y fiestas, música, entre otros. ⁴⁸	Autopercepción de la identidad cultural de la persona durante la entrevista.	Categórica dicotómica	Nominal	Indígena No indígena

	Ocupación	Trabajo u oficio que desempeña una persona. ⁴⁹	Actividad laboral en la cuál a persona recibe remuneración económica. Empleado es quien recibe remuneración económica por una actividad laboral. Desempleado no recibe remuneración económica.	Categórica dicotómica	Nominal	Empleado Desempleado
	Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento educativo. ¹⁸	Último nivel de educación formal obtenido.	Categórica policotómica	Ordinal	Primaria Básica Diversificada Técnica Universitaria Ninguna

Características del cuidador	Tipo de cuidador	El que cuida a una persona. 50	Persona encargada del cuidado del adulto mayor por responsabilidad familiar o trabajo. Formal: Persona encargada del cuidado del adulto mayor que recibe remuneración económica a cambio. Informal: Persona encargada del cuidado del adulto mayor que no recibe remuneración económica a cambio.	Categórica dicotómica	Nominal	Formal Informal
	Parentesco	Vínculo por consanguinidad, afinidad, adopción, matrimonio u otra relación estable de afectividad análoga a esta. ¹⁹	Tipo de relación que hay entre el paciente y el cuidador.	Categórica policotómica	Nominal	Cónyuge Hijo (a) Nieto (a) Otros

Cobertura efectiva	Accesibilidad	Posibilidad de acceder a cierta cosa o facilidad para hacerlo. ⁵¹	Respuesta a los elementos que facilitan el acceso a los servicios de salud, preguntas de uno a siete	Categórica dicotómica	Nominal	Barrera No barrera
	Contacto	Relación o trato que se establece entre dos o más personas o entidades. ⁵⁰	Respuesta al trato que reciben los pacientes en el centro de salud, preguntas ocho a 14	Categórica dicotómica	Nominal	Barrera No barrera
	Disponibilidad	Situación de estar disponible alguien o algo. ⁵¹	Respuesta a elementos identificados por el paciente que están disponibles el día de la entrevista, preguntas 15-21	Categórica dicotómica	Nominal	Barrera No barrera
	Aceptabilidad	Conjunto de características o condiciones que hacen que una cosa sea aceptable. ⁵¹	Respuesta a elementos que hacen aceptable la atención en la salud, preguntas 21-28.	Categórica dicotómica	Nominal	Barrera No barrera

4.6. Recolección de datos

4.6.1. Técnicas

Para la recolección de datos de esta investigación, se realizaron entrevistas en las cuales los investigadores utilizaron una encuesta elaborada con base al estudio: Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa ³⁶; en donde se utilizaron los resultados de varios artículos científicos, identificando las principales barreras que hay en los servicios de salud, posteriormente se clasificaron, según el modelo de Tanahashi, con ayuda de especialista Geriatra.

4.6.2. Procesos

1. Presentación de la carta de solicitud de autorización para la realización del estudio a las autoridades del Área de Salud Guatemala Central, así como a las autoridades de los centros de salud que pertenecen a dicha área.
2. Aprobación del protocolo de investigación por las autoridades de la Coordinación de Trabajos de Graduación.
3. Coordinación entre los investigadores y las autoridades de los centros de salud seleccionados programamos las fechas y momento adecuado para la recolección de datos.
4. Prueba piloto que se realizó como práctica preliminar en una población similar a la del estudio.
5. Durante el tiempo de espera de los pacientes, que sean atendidos, se seleccionó a las personas que cumplan con los criterios de inclusión antes definidos.
6. Antes de iniciar con la entrevista con las personas seleccionadas, se utilizó el Test Mini-mental State Examination (MMSE), el cual estableció si la persona pudo participar en la recolección de datos.
7. Se recolectó la información a través de una entrevista, donde se utilizaron entrevistas previamente estructuradas y aprobadas.

4.6.3. Instrumentos

Para la recolección de datos se utilizó el test MMSE abreviado (ver capítulo 11 anexo1), y posteriormente, se realizó una entrevista en donde se utilizó una encuesta elaborada previamente para la investigación; en el siguiente apartado, se describe cada uno de estos:

4.6.3.1. Mini examen del estado mental

Esta es una herramienta de tamizaje y de evaluación rápida que permite sospechar déficit cognitivo, pero no permite detallar el dominio alterado ni conocer la causa del padecimiento.

Esta herramienta se modificó con ayuda del médico especialista en geriatría el cual es asesor del estudio, para adaptarlo con lenguaje más sencillo, y que la población pueda entender con mayor claridad. El test aplicado y modificado tiene un valor final de 22 puntos distribuidos de la siguiente manera;³⁵

- Orientación en tiempo (cinco puntos) preguntando día de la semana (uno), fecha (uno), mes (uno), año (uno) y estación del año (uno), donde se puede considerar correcta la fecha con más/menos dos días de diferencia.
- Orientación espacial (cinco puntos) se preguntará sobre lugar de la entrevista (uno), centro de salud (uno), zona (uno), departamento (uno) y país (uno).
- Registro de tres palabras (tres puntos), serán mencionadas indicando al paciente que escuche con atención, porque deberá repetirlas.
- Nominación (dos puntos) mostrar un lapicero y un reloj, el paciente debe nombrarlos, se otorga un punto por cada respuesta correcta.
- Recall de tres palabras (tres puntos) el paciente deberá repetir las palabras nombradas anteriormente. Por cada repetición correcta se da un punto.
- Repetición (un punto) se le pide al paciente que repita la siguiente oración: tres perros en un trigal.
- Comprensión (tres puntos) se le indica al paciente una orden simple. Por ejemplo: toma un papel con su mano derecha (un punto), dóblelo por la mitad (un punto) y póngalo en el suelo (un punto).

El total es de 22 puntos considerando de 14 a 22 puntos aceptable, por lo que el paciente podrá participar en la investigación, en el caso que obtenga menos de 14 el paciente no podrá participar.

4.6.3.2. Entrevista

El instrumento de recolección de datos fue diseñado de tal manera que permitió recolectar de manera eficiente los datos necesarios para cumplir con los objetivos establecidos en la investigación. Dicho instrumento se realizó en forma de entrevista para facilitar la recolección de los datos, debido a que se trabajó con adultos mayores.

La entrevista (ver capítulo 11 anexo 3) se tituló “**Barreras de acceso identificadas por los adultos mayores en los servicios de salud**”, la cual está compuesta por tres series:

- Aspectos epidemiológicos: esta serie consta de seis preguntas, donde se indicó el puesto de salud al que pertenece, datos del paciente como, edad, sexo, ocupación, escolaridad y etnia.
- Cuidador: en esta serie medio de tres preguntas se determinó si los adultos mayores cuentan con la presencia de cuidador, el parentesco del mismo y tipo.
- Barreras de acceso: en esta serie se evaluó las barreras de acceso a la salud, con base al modelo de cobertura efectiva de Tanahashi, en la cual se clasifican en cuatro dimensiones:
 - Accesibilidad (transporte, tiempo de traslado, costo del transporte, frecuencia de consulta, facilidad y costo de los medicamentos, atención a procedimientos complicados) siendo estas evaluadas con las preguntas de la No.1 a la 7, de este total, se estableció que al responder mayor o igual a cuatro preguntas con respuestas consideradas positivas se tomaría como barrera, por el contrario, con menos de cuatro respuestas positivas no sería considerada como barrera.
 - Contacto (servicio, trato a los pacientes, explicación de la enfermedad, instrucciones para el uso del medicamento, equidad al ser atendidos, abandono del tratamiento, conciencia de la enfermedad) que corresponden a las preguntas de la No. 8 a la 14, de este total también se tomó en cuenta que al responder mayor o igual a cuatro preguntas con respuestas consideradas positivas se tomaría como barrera, con menor a cuatro respuestas positivas no se consideró que estuviera presente.

- Disponibilidad (horas de atención, horario adecuado, tiempo de espera, sala de espera, personal que brinda información, infraestructura) evaluadas en las preguntas de la No. 15 a la 21, de este total al responder mayor o igual a cuatro preguntas con respuestas consideradas positivas, se determinó la presencia de la barrera, por consiguiente, con menor a cuatro respuestas positivas no se consideraría como barrera.
- Aceptabilidad (temor y vergüenza, desconfianza, religión/creencias, cultura, desconfianza al tratamiento, incompatibilidad con el personal de atención, estigma social) recolectadas con las preguntas de la No. 22 a la 28, en donde al responder mayor o igual a cuatro preguntas con respuestas tomadas como positivas se consideró como barrera, con menor a cuatro respuestas positivas se sería considerada barrera, haciendo un total de 28 preguntas, todas de selección múltiple.

4.7. Procesamiento y análisis de datos

4.7.1. Plan de procesamiento de datos

Los datos obtenidos a través del instrumento de recolección de datos, se anotaron, codificaron, procesaron y tabularon por medio de hojas de cálculo del programa Microsoft Office Excel 2016. Para la codificación se utilizaron una columna en donde se enlistaron cada variable, y en las filas se colocaron la categoría de dichas variables.

Tabla 4.2.
Codificación de variables de investigación

Codificación de variables			
Variable	Codificación	Categoría	Código
Edad	Eda	60-65 años	1
		66-70 años	2
		71 a 75 años	3
		>75 años	4
Sexo	Sex	Femenino	1
		Masculino	2
Etnia	Etn	Indígena	1

		No indígena	2
Ocupación	Ocu	Empleado	1
		Desempleado	2
Escolaridad	Esc	Primaria	1
		Básica	2
		Diversificada	3
		Técnica	4
		Universitaria	5
		Ninguna	6
Cuidador	Tip	Formal	1
		Informal	2
	Par	Cónyuge	1
		Hijo (a)	2
		Nieto (a)	3
		Otros	4
Barreras	Acc	Transporte	1
		Tiempo de traslado	2
		Costo del transporte	3
		Frecuencia de consulta	4
		Facilidad y costo de los medicamentos	5
		Atención a procedimientos complicados	6
	Con	Servicio	1
		Trato a los pacientes	2
		Equidad al ser atendido	3
		Explicación de la enfermedad	4
		Conciencia de la enfermedad	5
		Instrucciones para el uso de medicamentos	6
		Abandono del tratamiento	7
	Dis	Horas de atención	1
		Horario adecuado	2
		Sala de espera	3
		Tiempo de espera	4
		Personal que brinde información	5
		Infraestructura	6
	Ace	Cultura	1
		Desconfianza al tratamiento	2
		Estigma social	3
		Incompatibilidad con el equipo de atención	4
		Religión/creencia	5
		Temor/vergüenza	6
		Desconfianza	7

4.7.2. Plan de análisis de datos

4.7.2.1. Estadística descriptiva

Posteriormente a la codificación de los datos obtenidos:

- Se realizó un análisis univariado, en donde se tomaron las variables de la investigación en forma individual y se presentaron a través de cuadros de frecuencias y porcentajes.
- Se realizó una tabla en donde se reflejó las características epidemiológicas de la población a estudio.
- Se determinó en cada pregunta que respuesta era considerada barrera y así mismo se agruparon las barreras de acuerdo al modelo de cobertura efectiva de Tanahashi.

4.8. Alcances y límites de la investigación

4.8.1. Obstáculos

Para la realización de esta investigación, se presentaron varios obstáculos, entre ellos el difícil acceso a los centros de salud, ya que algunos se encuentran en área roja, además accidentes de tránsito que dificultaron y retrasaron la asistencia de los investigadores a los centros de salud, así mismo la poca colaboración del personal médico y administrativo de varios centros de salud. Debido a las condiciones climatológicas la afluencia de pacientes fue baja, retrasando la recolección de datos, por lo que se tuvo que asistir más días de los planeados para recolectar dato. Por último, el incidente ocurrido en el centro de salud de la zona 3; donde el vehículo en que se transportaban los investigadores fue víctima de la delincuencia.

4.8.2. Alcances

Con este estudio se pretende dar a conocer cuáles fueron las principales barreras que identificaron los adultos mayores en los servicios de salud, las características epidemiológicas y la cobertura efectiva de los centros que pertenecen al Área de Salud, Guatemala Central en el departamento de Guatemala. Se realizó a través de una investigación descriptiva transversal, en donde los investigadores entrevistaron utilizando como base una encuesta previamente elaborada. Esto se llevó a cabo durante los meses de junio-julio de 2017.

4.9. Aspectos éticos de la investigación

4.9.1. Principios éticos generales

En esta investigación se pretende dar a conocer cuáles fueron las principales barreras con las que se los adultos mayores se enfrentan día a día en los servicios de salud seleccionados; esta información fue trasladada fehacientemente de las encuestas, a los resultados de la investigación; posteriormente esta información sea divulgada y tomada en cuenta y así concientizar la importancia de fortalecer los programas del adulto mayor.

El presente trabajo cumplió con los principios de respeto, beneficencia y justicia. Al ser una investigación descriptiva transversal no se manipularon a los pacientes, ya que solo se entrevistó con la previa autorización de las personas involucradas. Con los resultados, se conoció a profundidad las principales barreras a la que los adultos mayores se enfrentan a diario.

El respeto por las personas prevaleció a pesar de toda situación, respetando el principio de autonomía, queda plasmado en el consentimiento informado. No importa la condición que el sujeto de estudio tenga, fue tratado con respeto. También se veló por el respeto a todas las personas con autonomía disminuida o deteriorada, que implica que se debe proporcionar seguridad contra daño o abuso de todas las personas dependientes o vulnerables, ya que muchos de los participantes puede que lo sean.

La beneficencia, vela por maximizar el beneficio y minimizar el daño. Este principio da la pauta para que se protegió el bienestar de los sujetos de investigación, que no hubo daños a las personas que formaron parte de la misma, que los investigadores estuvieron aptos para conducir la investigación.

La justicia, todos los investigadores tuvieron la obligación ética, bajo lo que se considera correcto y apropiado. Todos los sujetos de estudio fueron tratados de la misma manera.

Durante la investigación no se llevó a cabo ninguna actividad que afecte la salud y seguridad de las personas entrevistadas. Previo a la entrevista se les proporcionó el consentimiento informado (ver capítulo 11 anexo 2), donde se explicó con claridad que la participación fue totalmente voluntaria y puede acceder o no a hacerla, respetando el principio

de autonomía de la persona. Se mantuvo su identidad en completo anonimato y cualquier información que pueda revelarla será eliminada.

4.9.2. Categoría de riesgo

Se considera que el estudio es de categoría I, (sin riesgo), ya que no se realizó ninguna intervención o modificación con las variables fisiológicas, psicológicas o sociales, de las personas que participaron en el estudio; se realizó solamente una entrevista, en donde el investigador la dirigió, con base a una encuesta previamente elaborada, que consto de preguntas cerradas, las cuales no invadieron la intimidad de las personas.

5. RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados de la investigación realizada en 391 adultos mayores que asistieron a los diferentes centros de salud, que pertenecen al área de salud Guatemala Central, durante los meses de junio-julio 2017.

Tabla 5.1.
Características epidemiológicas de los adultos mayores que consultaron a los Centros de Salud, del Área de Salud Guatemala Central junio - julio 2017

n= 391		
Características epidemiológicas	f	%
Sexo		
Femenino	276	71
Masculino	115	29
Edad		
$\bar{X}$ = 68 (SD) 6.67		
60-65 años	164	42
66-70 años	84	21.5
71-75 años	84	21.5
>76 años	59	15
Etnia		
Indígena	99	25
No indígena	292	75
Ocupación		
Empleado	115	29
Desempleado	276	71
Escolaridad		
Primaria	172	44
Básica	33	8.4
Diversificada	20	5.1
Técnica	5	1.3
Universitaria	8	2
Ninguna	153	39

Tabla 5.2.
Aspectos del cuidado de las personas adultas mayores que consultaron a los Centros de Salud del Área de Salud Guatemala Central
junio - julio 2017

n= 391

Aspectos del cuidador	f	%
Presencia	62	16
Ausencia	329	84
Tipo de cuidador		
Formal	4	6
Informal	58	94
Parentesco		
Cónyuge	14	23
Hijo (a)	34	55
Nieto (a)	4	6
Otros	10	16

Interpretación: se determinó que, del total de la muestra, 62 adultos mayores que representan el 16% contaron con la presencia de cuidador, 58 de estos de tipo informal, en su mayoría con 55% el parentesco con el entrevistado fue ser hijo/a del mismo.

Tabla 5.3.
Dimensiones del modelo de cobertura efectiva de Tanahashi identificadas por los adultos mayores que consultaron a los Centros de Salud del Área de Salud Guatemala Central
junio – julio 2017

n= 391

Barreras		f	%
Barreras	Accesibilidad	39	26
	Contacto	18	12
	Disponibilidad	75	50
	Aceptabilidad	18	12
	Total	150	100

Interpretación: del total de la muestra 150 adultos mayores que representan el 38% identificó algún tipo de barrera, reconociendo a disponibilidad como la principal representada por el 50%, accesibilidad con 26%, aceptabilidad y contacto 12% cada una.

Tabla 5.4.
Principales barreras por dimensión del modelo de cobertura efectiva de Tanahashi identificadas
por los adultos mayores que consultaron
a los Centros de Salud del Área de Salud Guatemala Central
junio - julio 2017

Variables		f	%
Accesibilidad 26%	Se movilizan en transporte público	196	50
	Tiempo traslado mayor a 1 hora	55	14
	Costo transporte mayor a Q11.00	49	13
	Consultan solamente cuando se sienten enfermos	222	57
	El centro de salud no les proporciona los medicamentos	23	6
	Personas que no compran los medicamentos	65	17
	El centro de salud no brinda una solución cuando no pueden atender una emergencia	82	21
Contacto 12%	Regular o mal servicio brindado por el centro de salud	110	28
	Trato insatisfactorio de parte del médico	12	3
	Inequidad en el trato hacia los pacientes	37	9
	Explicación inentendible de su enfermedad	20	5
	No saben el nombre de su enfermedad ni del medicamento que toman	75	19
	No explican el medicamento recetado	42	11
	Abandono del medicamento recetado	68	17
Disponibilidad 50%	No cumple con el horario establecido	49	13
	Horarios de atención no adecuados	47	12
	Escasez de sala de espera	9	2
	Tiempo de espera prolongado	357	91
	Falta de personal que brinde información	88	23
	Existencia de rampas y barandales	204	52
	Escasez de equipo médico	227	58
Aceptabilidad 12%	Uso de tratamientos alternativos/naturales	201	51
	Desconfianza al tratamiento	48	12
	Estigma social	49	13
	Incompatibilidad con el equipo de atención	258	66
	No respetan su religión/creencias	19	5
	Temor/vergüenza al ser atendido	6	2
	Desconfianza hacia el personal	20	5

6. DISCUSIÓN

En el estudio realizado, se encontró que las características epidemiológicas fueron: en cuanto a sexo, la mayor prevalencia la tiene las personas de sexo femenino con un 71%, esta tendencia es similar a la que se registró en el estudio realizado en 2016 en Colombia, en donde se identifica mayor afluencia del sexo femenino a los servicios de salud.¹² Esta tendencia se mantiene, debido a que por cuestión cultural las mujeres usualmente permanecen en casa, por lo tanto tienen más posibilidad de asistir a los centros; caso contrario ocurre con los de sexo masculino, ya que ellos usualmente trabajan, y las jornadas laborales que cumplen no coinciden con los horarios establecidos por los centros asistenciales, por lo que tienden a tener una menor asistencia a los centros de salud.

La edad media identificada entre los entrevistados fue de 68 años; sin embargo, la tendencia entre cada rango se comporta de diferente manera, ya que el grupo etario con mayor porcentaje fue el comprendido entre 60 a 65 años con el 42%, que tiene el mismo comportamiento según lo registrado en los datos proporcionados por ENCOVI 2011, en donde se estima que el 6.5 % de la población guatemalteca pertenecen a este grupo ²⁰, seguido con el 21.5% por los rangos comprendidos entre 66-70 años. Cabe a bien mencionar que el menor porcentaje representado por un 15% en los adultos mayores de 75 años, es un porcentaje bastante bajo, esto a consecuencia que por la edad ellos presentan más barreras para poder acudir a los centros asistenciales.

En cuanto a la etnia, de acuerdo a los datos de ENCOVI 2011, la mayoría de población al cuestionar sobre su etnia se autodenomina no indígena, existiendo una relación de 66.7 indígenas, por cada 100 habitantes no indígenas ²⁰ sin embargo, en los resultados obtenidos esto difiere, ya que el 75% de los entrevistados se definió como no indígena y el 25% se define como población indígena.

En lo que respecta a la ocupación de los adultos mayores, el 71% de la población estudiada menciona ser desempleada y al ser en su mayoría de sexo femenino, refieren dedicarse a labores domésticas sin recibir sueldo alguno; el 29% restante se consideró como empleados, ya que manifiestan tener remuneración económica por las actividades que desempeñan, como es bien sabido en Guatemala, la vejez no es la edad del retiro, como sí lo

es en otros países, ya que muchos tienen que realizar trabajos para satisfacer sus necesidades, debido a que no cuentan con un seguro social, ni con familiares que se hagan responsables de los gastos mínimos que tienen que cubrir, esto queda reflejado en lo estipulado por la Organización Internacional de Trabajo (OIT), calcula que alrededor del 40% de personas con 65 años o más aún forma parte de la fuerza laboral del país y el 75% de estos pertenecientes al sexo masculino.²²

Del total de entrevistados, el 44% refirió haber cursado algún grado de educación primaria, situación que juega un papel importante, puesto que esto les permite tener con mayor facilidad acceso a la información brindada acerca de los temas de salud, los que no tienen grado de escolaridad representan un 39.1% un porcentaje bastante alto, ya que esto representa dificultad para los pacientes en muchas ocasiones, debido a que los centros asistenciales hacen los anuncios por medio de carteles donde se encuentra información importante, lo que dificulta que la gente que no sabe leer pueda enterarse de dichos avisos; el 8.4% refieren haber concluido con la educación básica, 5.1% diversificada, 2% universitaria y 1.3% nivel técnico.

En referencia a los aspectos del cuidador, se identificó que el 16% de los adultos mayores entrevistados cuentan con un cuidador responsable de ellos, de estos un 94% es de tipo informal, ya que no recibe remuneración económica por el cuidado de esas personas, el 55% tienen un parentesco directo siendo hijo/a de los entrevistados, los cónyuge representa un 23% y un 6% son nietos, vale la pena destacar que únicamente el 6% de los adultos mayores que cuentan con cuidador son de tipo formal esto se relaciona a que ellos devengan un sueldo por realizar los cuidados del entrevistado.

Con los resultados obtenidos, se pudo determinar que del total de entrevistados únicamente 150 de ellos que representa un 38% identificó algún tipo de barrera.

De acuerdo a los estudios que se revisaron con anterioridad no existe tendencia por alguna barrera en particular, ya que estas están determinadas por las condiciones de las poblaciones que son objeto de estudio, tal y como sucedió en este estudio; en donde la principal barrera identificada fue disponibilidad, en la cual 75 personas que representa 50% refirieron ésta como tal, en esta se evaluaron aspectos de horarios, infraestructura y equipo médico, de acuerdo a esto el 91% de la población refirió que encuentran como obstáculo los

prolongados tiempos de espera situación que causa incomodidad entre los entrevistados, ya que refieren que en muchas ocasiones el tiempo de espera es a causa de que deben obtener un número para ser atendidos, lo cual hace que arriben a los centros aproximadamente entre 5:30 a 6:00 am y el servicio de consulta inicia a las 7:30-8:00 am.

De acuerdo a lo expuesto por los entrevistados, el 58% de ellos mencionan como segundo problema la escasez de equipo médico, lo que desde su perspectiva dificulta que se pueda realizar una evaluación completa del paciente, así mismo, se encontró que otra de las complicaciones está relacionada a infraestructura, ya que solo un 52% mencionan la presencia de rampas y barandales que facilitan el acceso a los servicios, estos resultados concuerdan con los obtenidos en el estudio realizado en Colombia en el año 2009, en donde de acuerdo a los resultados obtenidos la principal barrera fue las deficiencias en la infraestructura y organización de la red de prestadores y el bajo nivel de ingresos económicos de la población⁷; es importante mencionar que pese a que únicamente el 2% mencionó escasez de sala de espera, ya que las que existen no tienen las condiciones apropiadas, puesto que algunas son pequeñas y con poco mobiliario para que puedan esperar adecuadamente.

De acuerdo a la frecuencia con la que se identificaron las barreras la siguiente corresponde a accesibilidad con un 26%, en esta llama la atención que el 57% de la población acude al servicio únicamente cuando se sienten enfermos y no cuando tiene cita, como debe ser, para que puedan contar con un adecuado control.

Otro aspecto de relevancia en esta barrera, al igual que lo identificado en el estudio realizado en México en el año 2007, cuyo objetivo fue identificar y documentar las barreras de acceso a los servicios de salud en la población indígena de Rabinal en Guatemala⁶, los resultados obtenidos fueron que las barreras geográficas relacionadas con la distancia de los servicios de salud y con la escasez de transporte, representan un obstáculo para acudir a los centros de salud. En el caso de este estudio, los adultos mayores entrevistados, el 50% refiere que tiene que hacer uso del transporte público para llegar a los diferentes servicios, lo que implica que estos tengan dificultad para llegar, ya que de acuerdo a lo que mencionan, en algunas ocasiones es difícil transportarse solos y que los encargados del transporte les brinden el servicio, así mismo el uso del servicio público genera un gasto en esta población, por lo que tiene que disponer de tal recurso para movilizarse.

Es importante mencionar que únicamente el 6% de ellos indicó que en los centros de salud, no se les proporcionan los medicamentos recetados durante la consulta, se entiende entonces, que a la mayoría sí se les es proporcionado, sin embargo con los resultados descritos en la tabla 5.4. se evidencia que 57% de los adultos mayores acuden únicamente cuando se sienten enfermos y no en los tiempos estipulados para que se les brinde nuevamente los medicamentos.

En referencia a la barrera de contacto, 12% de la población entrevistada la identifica como barrera, en los aspectos evaluados se hace referencia a la calidad del servicio así como el trato y la información que se les brinda acerca de las patologías a las que se enfrente; la calidad de servicio brindado fue la que obtuvo el mayor porcentaje obteniendo el 28%, mismos que catalogan de regular a malo el servicio que se les brinda, es importante recalcar que el 19% de la población entrevistada no conoce el nombre de la enfermedad ni del medicamento que consumen esto a pesar de que solo un 5% considera inentendible la información que el médico le brinda acerca de la enfermedad, esto trae consecuencias en cuanto al seguimiento de los pacientes ya que en algunas ocasiones ellos acuden a otros centros asistenciales, y no pueden dar a conocer cuál es la patología que padecen y mucho menos el tratamiento al que se encuentran sometidos.

Por último, aceptabilidad que al igual que contacto están representadas por un 12%, en esta barrera se evalúan condiciones culturales, sociales, empatía y desconfianza en el tratamiento establecido, los resultados obtenidos indican que el 66% de la población ha presentado incompatibilidad con el equipo encargado de brindar atención, esto a pesar que refieren que con el tratamiento establecido por el médico han presentado mejoría, el 51% refiere hacer uso de medicina alternativa en su hogar. (Los resultados expresados anteriormente se encuentran representados en las gráficas pertenecientes al anexo 11.4)

Vale la pena mencionar que se realizó una tabla comparativa en donde se cotejaron los resultados obtenidos en cada centro de salud que pertenece al Área de Salud Guatemala Central, en la cual se pudo evidenciar que el centro en donde más barreras se identificaron fue el centro de salud Justo Rufino Barrios, ubicado en la zona 21, caso contrario ocurrió en el centro de salud San Rafael, que fue el mejor calificado por los pacientes (tabla 11.1 Anexo 11.4).

7. CONCLUSIONES

- 7.1 Del total de adultos mayores entrevistados, la mayor parte pertenece al sexo femenino, con una edad media de 68 años, etnia no indígena y con predominio de escolaridad primaria.
- 7.2 De acuerdo a la población estudiada, la mayoría no tiene cuidador, y de los que cuentan con cuidador, la mayor parte de tipo informal siendo estos hijo/a de los entrevistados.
- 7.3 De acuerdo a los resultados obtenidos no existe cobertura efectiva de los servicios de salud estudiados.
- 7.4 La barrera mayormente identificada del modelo de cobertura efectiva por los adultos mayores es la disponibilidad.

8. RECOMENDACIONES

8.1 Al área de salud y centros de salud Guatemala central

- Reforzar los programas de salud establecidos en cada centro de salud que pertenecen al área de salud Guatemala Central enfocados a los adultos mayores, adecuándolos a sus necesidades.
- Implementar en cada centro de salud perteneciente a área de salud Guatemala Central clínicas exclusivas para el adulto mayor, con la atención especializada de Médico Geriatra, a fin de reducir el tiempo de espera para ser atendidos.
- Concientizar al personal médico, paramédico y administrativo de los centros de salud, la importancia de priorizar la atención a los adultos mayores, para disminuir los tiempos de espera.

8.2 Coordinación de trabajos de graduación

- Incentivar la realización de estudios enfocados a la salud de los adultos mayores, debido a que en Guatemala son escasos los que se relacionan a esto; de acuerdo a la transición demográfica del país, esta población va en incremento y es considerada vulnerable, por lo que es importante la realización de los mismos.

9. APORTES

Este estudio aportó una base para la realización de futuras investigaciones que pretendan evaluar la cobertura efectiva del sistema de salud en diferentes sectores de la población, basadas en el método de Tanahashi.

Se presentarán los resultados al Área de Salud Guatemala Central, ya que aportará datos fidedignos obtenidos de las encuestas realizadas a los sujetos de estudio, con la finalidad de mejorar los aspectos de accesibilidad, disponibilidad, contacto y aceptabilidad a los servicios de salud, para lograr una cobertura efectiva.

Permitirá con base a los resultados conocer cuáles son las barreras que afectan a cada centro de salud del área de salud Guatemala Central para tratar de reducirlas, con la finalidad de alcanzar la cobertura efectiva.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fajardo-Dolci G, Gutiérrez J P, García Saisó S. Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. Salud pública Méx [en línea]. 2015 [citado 1 Mayo 2017]; 57(2):180-186. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000200014&lng=es
2. Organización Panamericana de la Salud. Salud universal acceso y cobertura para todos [en línea]. Washinton D.C: OPS; 2014. [citado 17 Mayo 2017] Disponible en: <http://www.paho.org/uhexchange/index.php/es/technical-documents/20-estrategia-para-el-acceso-universal-a-la-salud-y-la-cobertura-universal-de-salud>
3. Vargas Lorenzo I. Barreras en el acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestionada: un estudio de caso en Colombia. [tesis Doctoral en línea]. España: Universidad Autónoma de Barcelona, Facultad de Medicina; 2009. [citado 10 Mar 2017]. Disponible en línea: <Http://www.tdx.cat/handle/10803/4651>
4. Hirmas Aday M, Poffald Angulo L, Jasmen Sepúlveda A M, Aguilera Sanhueza X, Delgado Becerra I, Vega Morales J. Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. Rev Panam Salud Publica [en línea]. 2013 [citado 20 Mar 2017]; 33 (3): 223-229. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892013000300009&lng=en
5. Tanahashi T. Health service coverage and its evaluation. Bulletin World Health Organ [en línea]. 1978 [citado 8 Mar 2017]; 56 (2):295-303. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2395571/>
6. Federación Iberoamericana de Asociaciones de Personas Adultas Mayores [en línea]. Guatemala: FIADAM; 2013 [citado 28 Feb 2017]; Defensora del adulto mayor denuncia la deficiente atención sanitaria a los adultos mayores; [aprox. 1 pant.] Disponible en: <http://fiapam.org/?p=2886>.
7. Zunzunegui M V, Hautecoeur M, Vissandjee B. Las barreras de acceso a los servicios de salud en la población indígena de Rabinal en Guatemala. Rev. Salud Pública de México [en línea]. 2007 [citado 11 Mar 2017]; 49 (2) 86-93. Disponible en: <http://projecteuclid.redalyc.org/articulo.oa?id=10649202>

8. Agudelo Estupiñan A C, Gomez Amaya P C, Montes González, J, Pelayo G B. Barreras de acceso a los servicios de salud en el régimen subsidiado del Municipio de San Gil – Santander [tesis Gerente de Seguridad Social en línea]. Colombia: Universidad Autónoma de Bucaramanga, Facultad de Medicina; 2013. [citado 18 Mar 2017]. Disponible en: <Http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/handle/10946/1841>
9. Restrepo Zea J H, Silva Maya C, Andrade Rivas F, VH-Dover R. Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. *Rev. Gerenc. Polit. Salud* [en línea]. 2014 [citado 10 Mar 2017];13 (27): 242-265. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-70272014000200015&script=sci_abstract&lng=es
10. Agudelo-Suárez A, Álzate Urrea S, López Vergel F, López Orozco C, Espinosa Herrera É, Posada López A, et al. Barreras y facilitadores de acceso a los servicios de salud bucal para la población adulta mayor atendida en la red pública hospitalaria de Medellín, Colombia. *Gerencia y Políticas de Salud* [en línea]. 2014 [citado: 20 Mar 2017]; 13 (27): 1657-7027. Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/11966>
11. Ortega-Bolaños J. La concepción de justicia en la cobertura universal de salud, Colombia 1990-2015. *Rev Hacia la Prom de la Salud* [en línea]. 2016 Ene-Jun. [citado 18 Mar 2017]; 21 (1): 37-51. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309146733004>
12. Virguez Moreno L J. Barreras y facilitadores de acceso a los servicios de salud de los jóvenes: estudio de caso exploratorio en los Servicios de Salud Colectiva (SSC) de la localidad de Usaqué. [Magister en Salud Pública en línea]. Colombia: Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas; 2016 [citado: 19 Mar 2017]. Disponible en: <https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/18884>
13. Fajardo-Dolci G, Gutiérrez J P, García Saisó S. Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. *Salud pública Méx* [en línea]. 2015 [citado 1 Mayo 2017]; 57(2):180-186. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000200014&lng=es
14. Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe final de la comisión sobre determinantes sociales de la salud [en línea] Buenos Aires, Argentina: OMS; 2009. [citado 07 Jun 2017]. Disponible en: <https://books.google.com.gt/books?id=2XmAITQj6ksC&pg=PA99&lpg=PA99&dq=cobertura+>

universal+de+tanahashi&source=bl&ots=cGSqBGZ0b1&sig=S5PyFqj9X3H9q31kWeUensB
Da0o&hl=es-

15. Knaul F M, González Pier E, Gómez Dantés O, García Junco D, Arreola Ornelas H, Barraza Lloréns M et al. Hacia la cobertura universal en salud: protección social para todos en México. *Salud Pública Méx* [en línea]. 2013 [citado 1 Mayo 2017]; 55(2): 207-235. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000200013&lng=es
16. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. OPS/OMS. Consulta nacional de la estrategia de cobertura universal de salud de Guatemala. [en línea]. Guatemala: MSPAS; 2014 [citado 15 Mar 2017] ; Disponible en http://www.paho.org/gut/index.php?option=com_content&view=article&id=708:consultanacionaldelaestrategiadecoberturauniversaldesalud&Itemid=441
17. Corrizales D, Corrales M, Aranguien D, Fernandez V. Maltrato del adulto mayor *Rev Méd Elect Port Med* [en línea]. 2015 [citado 09 Feb 2017]; 25 (2): 1-4. Disponible en <http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/maltrato-del-adulto-mayor/>
18. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Proyección del índice de envejecimiento en el mundo [en línea]. Washington, D.C.:OPS;2015 [citado 7 Mar 2017] Disponible en: <http://www.who.int/topics/ageing/es/>
19. Real Academia Española [en línea] España: Asociación de Academias de la Lengua Española;2017 [citado 7 Abr 2017]. Disponible en: <http://dle.rae.es>
20. Guatemala. Instituto Nacional de Estadísticas. Encuesta nacional de condiciones de vida 2014. [en línea]. Guatemala: INE; 2015 [citado 12 Mar 2017]; Disponible en: <http://www.ine.gob.gt/sistema/uploads/2015/12/11/vjNVdb4lZswOj0ZtuivPlcaAXet8LZqZ.pdf>
21. Reyes Morales O G. El problema de la exclusión económica de las personas de la tercera edad en Guatemala, enfocado como un derecho constitucional. [tesis Abogado y Notario en línea]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales; 2008 [citado 20 Feb 2017]. Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/04/04_7494.pdf
22. Ortiz G. Que duro ser anciano: solo el 17 por ciento de los adultos mayores recibe seguridad social. *La Hora* [en línea]. 21 Nov 2015 [citado 22 Mar 2017]; Nacionales [aprox 8 pant] Disponible en: <http://lahora.gt/que-duro-ser-anciano-solo-el-17-por-ciento-de-adultos-mayores-recibe-seguridad-social/>

23. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. Quinta Conferencia Internacional de Educación de las Personas Adultas.[en línea] Hamburgo, Alemania: UNESCO,CONFITEA; 1997.[citado 8 Mayo 2017] Disponible en: http://www.unesco.org/education/uie/confintea/pdf/8a_span.pdf
24. Federación Iberoamericana de Asociaciones de Personas Adultas Mayores [en línea]. México: FIAPAM; 2014 [citado 10 Mayo 2017]; Documentos dependencias y cuidados; [aprox. 2 pant.] Disponible en: http://fiapam.org/wp-content/uploads/2014/09/Manual_cuidados-generales.pdf
25. Ruiz Ríos A E, Nava Galán M G. Cuidadores: responsabilidades-obligaciones. Rev enf Neurol [en línea]. 2011 [citado 25 Mar 2017]; 11 (3): 163-169. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene123i.pdf>
26. Hernández Zamora Z E. Cuidadores del adulto mayor residente en asilos. Index Enferm [en línea]. 2006 [citado 25 Mar 2017]; 15(52-53): 40-44. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000100009
27. Rogero García J. Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia. Rev. Esp. Salud Pública [en línea]. 2009 [citado 25 Mar 2017]; 83(3): 393-405. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272009000300005
28. Torres Fermán I A, Beltrán Guzman F J, Martinez Perales G, Saldivar Gonzalez A H, Quesada Castillo J, Cruz Torres L D. Cuidar a un enfermo. rev. Cient Veracr [en línea]. 2006 [citado 25 Mar 2017]; 19(2): [aprox. 2 pant.] Disponible en: <http://www.uv.mx/cienciahombre/revistae/vol19num2/articulos/cuidar/>
29. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Historia de Sistema de Salud pública [en línea]. Guatemala: MSPAS; 2017[citado 10 Feb 2017]. Disponible en: <http://www.mspas.gob.gt>
30. Peru. Ministerio de Salud. [en línea] Categorías de establecimientos de sector salud [en línea]. Perú: MINSA;2004 [citado 25 Mar 2017];(serie de informes técnicos; 0021).Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/dgiem/infraestructura/web_di/normas/nt-0021-documento%20oficial%20categorizacion.pdf
31. Organización Mundial de la Salud. Preguntas y respuestas [en línea].Ginebra: OMS; 2005 [citado 11 Feb 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/28/es/>
32. Centro de investigaciones Económicas Nacionales. Mejoremos Guate [Blog en línea]. Guatemala: Bismark Pineda Nov 2010 [9 Feb 2017]. Disponible en: <http://mejoremosguate.org/blog/wp-content/uploads/2012/02/Salud.pdf>

33. Julio V, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la Salud. Arch Med [en línea]. 2011 [citado 9 Feb 2017]; 33 (1): 1-4 Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>
34. Vargas P, Prezi. [Blog en línea] [s.l.].Paula Vargas. Mayo 2017.[citado 26 Mayo 2017]. Disponible en: <https://prezi.com/fyiexumzwz4i/minimental/>
35. Aveytua AH. Repasando medicina [Blog en línea]. [s.l.] Alejandra H. Aveytua. Junio 2013 [citado 26 Mayo 2017] Disponible en: <https://temedic.wordpress.com/2013/06/17/mini-examen-del-estado-mental-mini-mental/>
36. Guatemala. Procurador de los Derechos Humanos. Informe anual circunstanciado situación de los derechos humanos y memoria de labores 2015. [en línea]. Guatemala: PDH; 2015. [citado 18 Feb 2017]. Disponible en: <http://www.pdh.org.gt/biblioteca/informes/file/113.html>
37. Santillana Salazar M. Más salud mejor vida [en línea].Perú: MASSALUD;2013 [citado 22 Feb 2017] Disponible en:<http://massalud-mejorvida.blogspot.com/2013/04/situacion-demografica-del-adulto-mayor.html>
38. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud Oficina Regional para las Américas. Centro de prensa [en línea].Washington, D.C: OPS; 2015 [citado 21 Feb 2017] Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11302%3Aworld-population-over-60-to-double-2050&Itemid=1926&lang=es
39. Comisión Económica para América Latina y el Caribe: Los derechos de las personas mayores: Módulo 2, los derechos de las personas mayores en el ámbito internacional. Chile: CEPAL; 2011.
40. Guatemala. Congreso de la República. Constitución Política de la República de Guatemala [en línea]. Corte de Constitucionalidad [citado 16 Feb 2017], Disponible en: <http://cc.gob.gt/constitucionpolitica/>
41. Guatemala. Congreso de la República . Decreto número 80-96. Ley de Protección para las Personas de la Tercera Edad [en línea]. Guatemala: Congreso de la República; 1996. [citado 16 Feb 2017]. Disponible en: http://old.congreso.gob.gt/gt/mostrar_ley.asp?id=880
42. Guatemala. Congreso de la República . Decreto número 97-96, Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia intrafamiliar [en línea]. Guatemala: El Congreso, Organismo Judicial; 1996. [citado 23 Feb 2017]. Disponible en: <http://www.oj.gob.gt/justiciadegenero/wp-content/uploads/2014/07/Ley-para-prevenir-sancionar-y-erradicar-la-violencia-intrafam...pdf>
43. Guatemala. Congreso de la República. Ley del Programa de Aporte Económico del Adulto Mayor, Decreto número 85-2005 [en línea]. Guatemala: Ministerio de Trabajo y Prevención

- Social; 2005. [citado 23 Feb 2017]. Disponible en: http://www.mintrabajo.gob.gt/images/organizacion/Direcci%C3%B3n_de_Previsi%C3%B3n_Social/Adulto_Mayor/D085-2005.pdf
44. Guatemala. Congreso de la República. Decreto Número 25-2009, Ley que declara el Día Nacional del Adulto Mayor y reforma la ley del Programa de Aporte Económico del Adulto Mayor [en línea]. Guatemala: Congreso de la República: 2009.[citado 24 Feb 2017].Disponible en: <http://biogt.blogspot.com/2013/11/dia-del-adulto-mayor.html>
 45. Guatemala. Congreso de la República. Código de Salud, Decreto número 90-97 [en línea].Guatemala: USAID, Nutri-Salud; 1998. [citado 20 Feb 2017]. Disponible en: <http://nutri-salud.org/content/c%C3%B3digo-de-salud-decreto-no-90-97>
 46. Guatemala.Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente [en línea]. Guatemala: SOSEP; [200?] [citado 20 Mar 2017]; Mis años dorados; [aprox 2 pant] Disponible en: http://www.sosep.gob.gt/?page_id=414
 47. Guatemala.Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente [en línea]. Guatemala:SOSEP;[199?] [citado 20 Mar 2017]; Comisión Nacional de Protección a las Personas de la Tercera Edad (CONAPROV); [aprox 3 pant] Disponible en: http://www.sosep.gob.gt/?page_id=735
 48. Definiciónabc.com. Definición de etnia [en línea]. Sao Pablo, Brasil: definicionabc.com; 2017 [citado 7 Abr 2017]. Disponible en: <https://www.definicionabc.com/social/etnia.php>.
 49. The Free Dictionary [en línea]. Huntingdon Valley, Pensilvania: Farlex; 2017 [citado 7 Abr 2017]; Ocupación; [aprox 1 pant]. Disponible en:<http://es.thefreedictionary.com/ocupaci%C3%B3n>
 50. WordReference.com [en línea].España: Espasa-Calpe; 2005 [citado 7 Abr 2017]. Disponible en: <http://www.wordreference.com/definicion/cuidador>
 51. Oxford Living Dictionaries [en línea]. Inglaterra:Oxford University Press ; 2017 [citado 8 Mayo 2017]. Disponible en: <https://es.oxforddictionaries.com>

11. ANEXOS

11.1. Anexo: test MMSE abreviado



TEST MMSE ABREVIADO (Minimental State Examination)



	VALOR	PUNTUACIÓN
1.- Orientación en tiempo		
• Dígame el día, fecha, mes, año, estación	(5)	_____
2.- Orientación en espacio		
• Dígame país, departamento, lugar, zona, centro de salud	(5)	_____
3.- Fijación		
• Repita las tres palabras, casa, zapato, papel	(3)	_____
4.- Nominación		
• Dígame el nombre de estos objetos	(2)	_____
5.- Memoria		
• Puede repetir las palabras que le dije hace un momento	(3)	_____
6.- Repetición		
• Repita la siguiente frase: tres perros en un trigal	(1)	_____
7.- Comprensión		
• Por favor tome ese papel con su mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo en el suelo	(3)	_____
TOTAL		

11.2. Anexo: consentimiento informado



Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
Área Curricular de Investigación
Coordinación de Trabajos de Graduación



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Somos estudiantes del séptimo año de la Carrera de Médico y Cirujano de la Facultad de Ciencias Médicas, de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Usted ha sido invitado a participar en una investigación titulada “Barreras de acceso identificadas por los adultos mayores en los servicios de salud”.

En este estudio, se entrevistarán a personas mayores de 60 años que acuden a los centros de salud que pertenecen al Área de Salud, Guatemala Central, para determinar cuáles son las barreras a las que se enfrentan al momento de acceder a los servicios de salud.

Esta investigación recopilará información sobre su experiencia al acudir al centro de salud donde es atendido, y todas las dificultades que usted considera que le afectan para no recibir una atención adecuada. La entrevista será personal entre usted y la investigadora, no interferirá en la consulta médica.

Su participación en esta investigación es completamente voluntaria y en cualquier momento puede rehusarse a contestar cualquier pregunta de la entrevista o bien, puede interrumpirla. Todos los datos ofrecidos para este trabajo se usarán sólo para fines de investigación. No se registrará su nombre.

He sido invitado (a) a participar en la investigación “Barreras de acceso identificadas por los adultos mayores en los servicios de salud”. He leído y comprendido la información proporcionada o me ha sido leída además he tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente. Por lo cual considero voluntariamente participar en esta investigación.

Nombre y firma del participante: _____

Fecha: _____

Huella: _____

He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento para el potencial participante y la persona ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que la persona ha dado consentimiento libremente.

Nombre y firma del testigo: _____

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de consentimiento informado _____ (iniciales del investigador).

11.3. Anexo: instrumento de recolección de datos



Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas

Área Curricular de Investigación

Coordinación de Trabajos de Graduación



ENTREVISTA

No. boleta:

“Barreras de acceso identificadas por los adultos mayores en los servicios de salud”

Serie I: Datos generales

Edad: _____ **Centro de Salud:** Z.1 ☐ Z. 3 ☐ Z.5 ☐ Z.6 ☐ Z.11 ☐
☐ Z.21 ☐ San Rafael ☐ Paraíso II ☐ Santa Elena III ☐ Amparo ☐
Sexo: F ☐ M ☐
Bethania ☐ Centro América ☐
Etnia: Indígena ☐ No indígena ☐ **Escolaridad:** Primaria ☐ Básica ☐
Diversificada ☐ Universitaria ☐ Técnica ☐ Ninguna ☐
Ocupación: Empleado ☐ Desempleado ☐

Serie II: Datos del cuidador

Cuidador: SI ☐ NO ☐ **Parentesco:** Cónyuge ☐ Hijo(a) ☐ Nieto(a) ☐ Otros ☐ **Tipo de cuidador:** Formal ☐ Informal ☐

Serie III: Evaluación de cobertura efectiva

Accesibilidad

Transporte

1. ¿Cuál es el medio de transporte que utiliza para asistir al centro de salud?
- ☐ Caminando
 - ☐ **Transporte público**
 - ☐ Transporte propio

Tiempo de traslado

2. ¿Cuánto tiempo se tarda en llegar al centro de salud?
- ☐ 0-30 minutos
 - ☐ 31-60 minutos
 - ☐ **1-2 horas**
 - ☐ **Más de 2 horas**

Costo de transporte

3. ¿Cuánto gasta aproximadamente para llegar al centro de salud?
- ☐ Menos de Q 5.00
 - ☐ Q6.00 – Q10.00
 - ☐ **Q11.00- Q15.00**
 - ☐ **Más de Q15.00**

Frecuencia de consulta

4. ¿Cada cuánto tiempo consulta al centro de salud?
- ☐ 1 vez al mes
 - ☐ cuando tengo cita
 - ☐ **cuando me siento enfermo**

Facilidad y costo de los medicamentos

5. ¿El centro de salud le proporciona los medicamentos recetados?
- ☐ Si
 - ☐ **No**

- ☐ Pocas veces
6. ¿Cuándo en el centro de salud no le proporcionan el medicamento recetado ni le facilita la realización de estudios de laboratorios complementarios, usted los paga?
- ☐ Si
- ☐ **No**
- ☐ A veces

Atención a procedimientos complicados

7. ¿En caso de emergencia, si el centro de salud no puede cubrir esta; le ofrecen y apoyan con alguna solución?
- ☐ Si
- ☐ **No**

Contacto

Servicio

8. ¿Cómo califica el servicio brindado por el centro de salud?
- ☐ Excelente
- ☐ Bueno
- ☐ **Regular**
- ☐ **Malo**

Trato a los pacientes

9. ¿Cómo considera el trato proporcionado por el medico?
- ☐ Satisfactorio
- ☐ Parcialmente satisfactorio
- ☐ **Insatisfactorio**

Equidad al ser atendido

10. ¿Usted considera que es tratado de la misma forma que los demás pacientes?
- ☐ Si
- ☐ **No**

Explicación de la enfermedad

11. Al momento de ser atendido la explicación acerca de su enfermedad es:
- ☐ Entendible
- ☐ Parcialmente entendible
- ☐ **Inentendible**

Conciencia de la enfermedad

12. ¿Sabe cómo se llama la enfermedad que padece y del medicamento que toma?
- ☐ Si
- ☐ **No**

Instrucciones para el uso del medicamento

13. ¿Quién le explica como tomar el medicamento recetado?
- ☐ Medico
- ☐ Enfermería
- ☐ **Nadie. Solo me dan la receta**

Abandono del tratamiento

14. Ha abandonado el tratamiento establecido por el médico del centro de salud.
- ☐ **Si**
- ☐ No
- ☐ Algunas veces

Disponibilidad

Horas de atención

15. ¿Se cumple los horarios establecido para la atención del paciente en este centro?

- ☐ Si
- ☐ **No**

Horario adecuado

16. ¿Considera que los horarios de atención son adecuados para sus necesidades?

- ☐ Si
- ☐ **No**

Sala de espera

17. ¿En el centro de salud al que asiste existe sala de espera?

- ☐ Si
- ☐ **No**
- ☐ No se

Tiempo de espera

18. ¿Cuánto tiempo espera para ser atendido?

- ☐ Menos de 1 hora
- ☐ **De 1 a 2 horas**
- ☐ **Más de 2 horas**

Personal que brinde información

19. ¿Quién es la persona que le brinda información/ayuda en el centro de salud?

- ☐ Médicos
- ☐ Enfermería
- ☐ Recepcionista /Conserje
- ☐ **Mismos pacientes**
- ☐ **Nadie**

Infraestructura

20. Ha observado si el centro de salud cuenta con: **(se considera barrera al tener dos o menos)**

- ☐ Rampas
- ☐ Barandales
- ☐ Baños funcionales
- ☐ Rotulación

21. Cuando es evaluado en el centro de salud el medico/enfermero utiliza (esfigmomanómetro, estetoscopio, termómetro, balanza y equipo de curación):

- ☐ Si
- ☐ **No**
- ☐ **Algunos**

Aceptabilidad

Cultura

22. ¿Usted utiliza tratamientos alternativos, tradicionales, distintos al que le es proporcionado por el médico?

- ☐ **Si**
- ☐ No

Desconfianza al tratamiento

23. ¿Con el tratamiento establecido por el médico tratante a usted sentido mejoría?

- ☐ Si
- ☐ **No**

Estigma social

24. Ha tenido algún problema con él personal del centro de salud por su edad.

- ☐ **En alguna ocasión**
- ☐ Nunca

Incompatibilidad con el equipo de atención

25. Si recibe maltrato por parte del personal del centro de salud, sabe con quién acudir. Para resolver dicho inconveniente.

- ☐ Si
☐ **No**

Religión/creencias

26. ¿Considera que al momento de ser atendido respeta su religión y creencias? "

- ☐ Si
☐ **No**

Temor/vergüenza

27. ¿Alguna vez ha sentido temor o vergüenza al ser atendido?

- ☐ Nunca
☐ **Siempre**
☐ En alguna ocasión

Desconfianza

28. Alguna vez ha sentido desconfianza hacia el personal al ser atendido

- ☐ Ocasionalmente
☐ **Casi siempre**
☐ Nunca

Barreras identificadas

	Barrera	
	si	no
Accesibilidad		
Contacto		
Disponibilidad		
Aceptabilidad		

11.4. Anexo: tablas de resultados

Gráfica 11.1.
Principales barreras por dimensión del Modelo de cobertura efectiva de Tanahashi identificadas por los adultos mayores que consultaron a los Centros de Salud del Área de Salud Guatemala Central junio - julio 2017

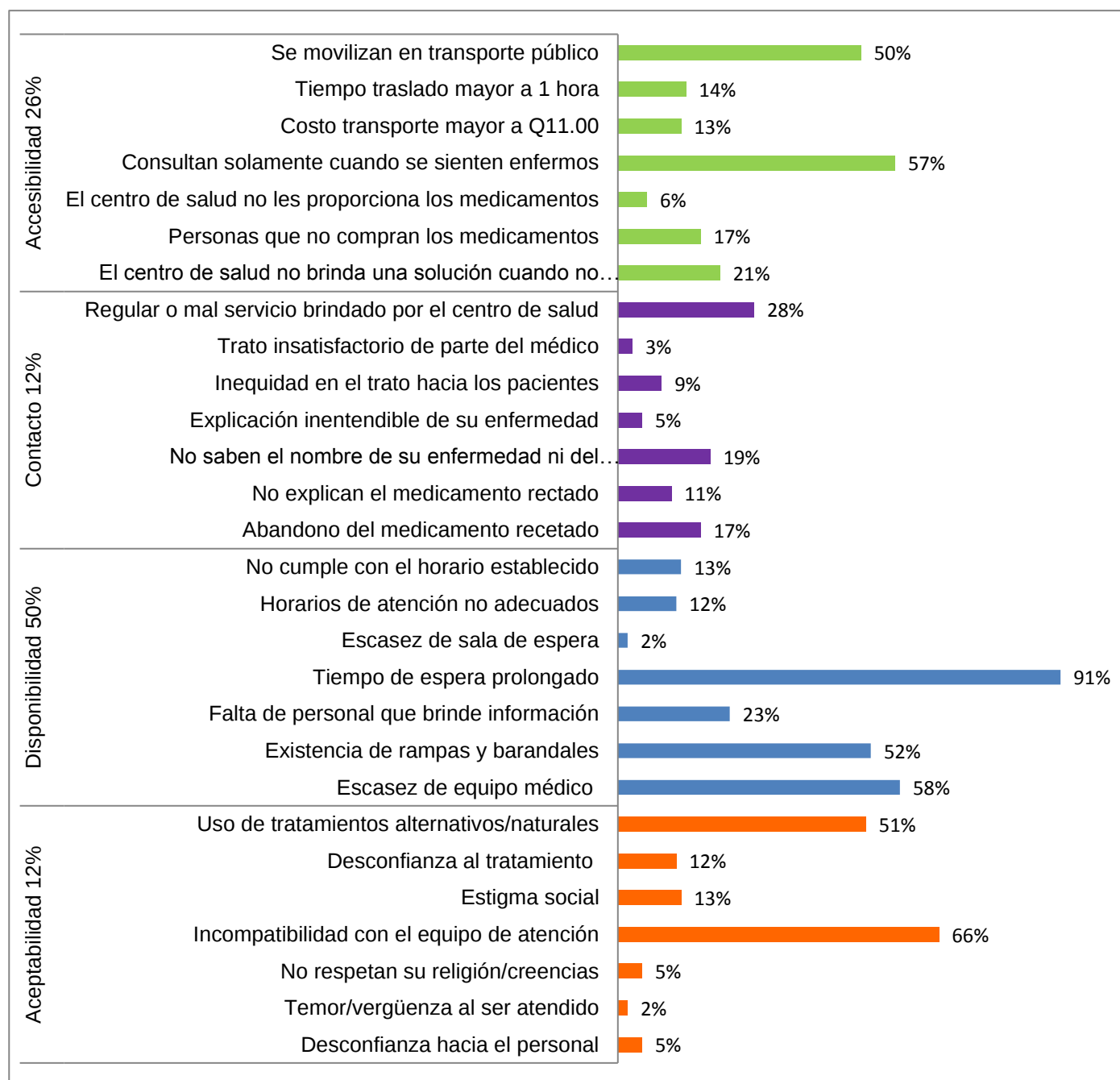
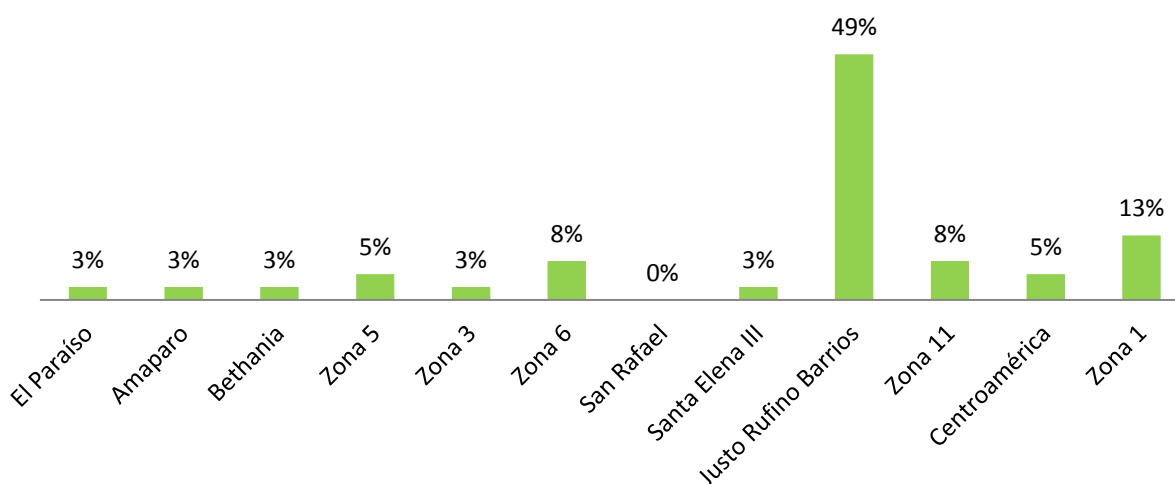


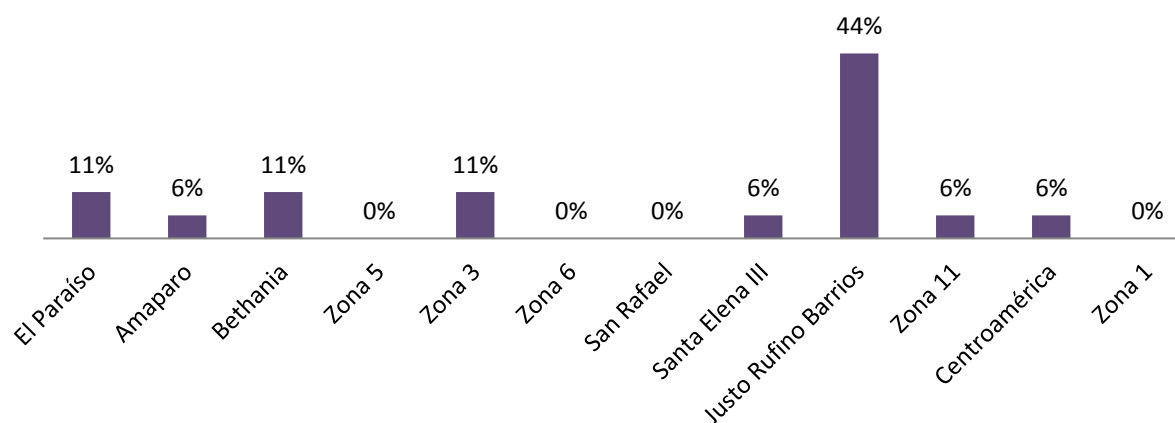
Tabla 11.1.
Barreras de accesibilidad, contacto, disponibilidad y aceptabilidad identificadas por los adultos mayores agrupadas por centros de salud del Área de Salud Guatemala Central
junio - julio 2017

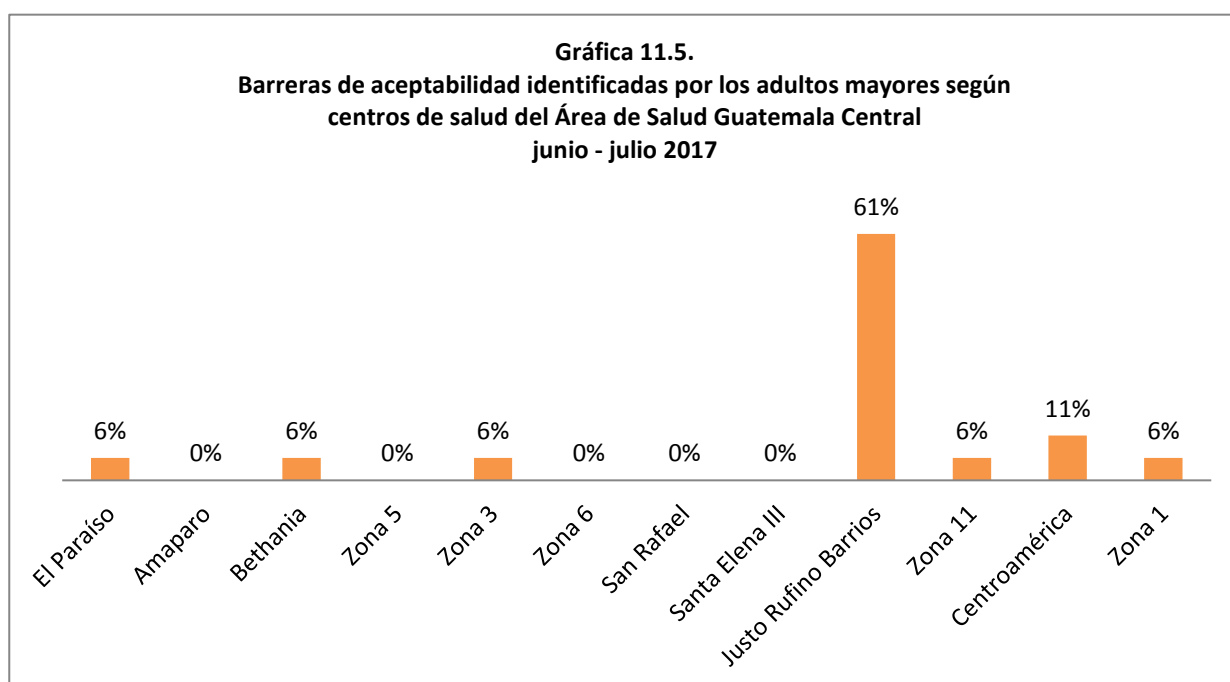
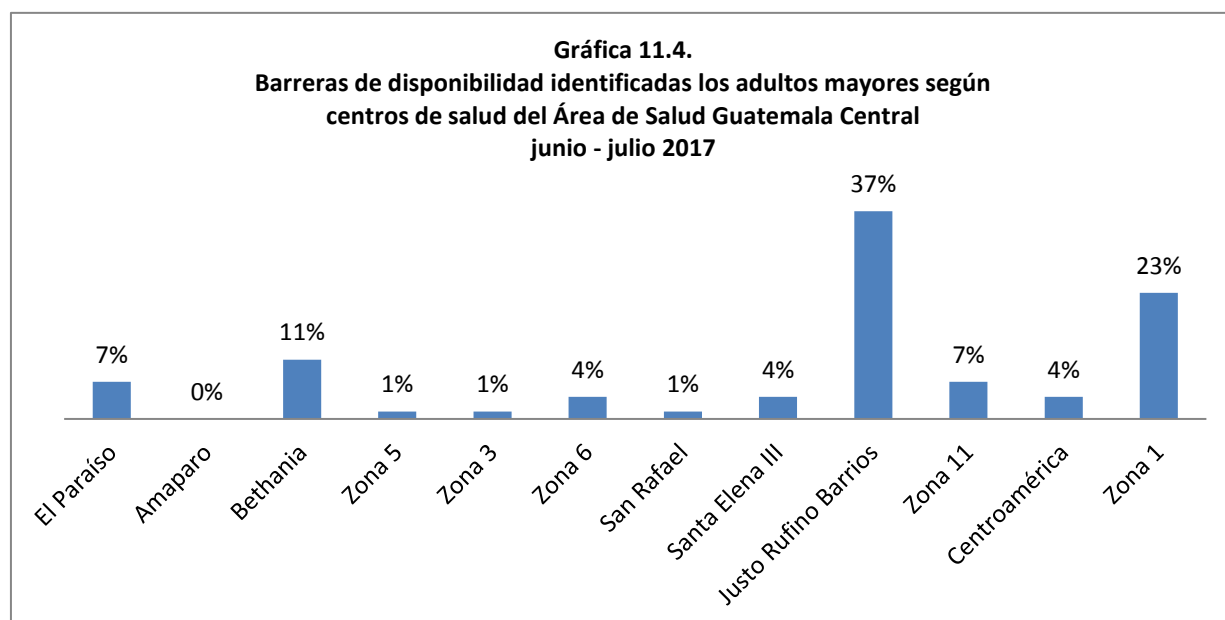
Centro de Salud	Barreras							
	Accesibilidad		Contacto		Disponibilidad		Aceptabilidad	
	f	%	f	%	f	%	f	%
El Paraíso	1	3	2	11	5	7	1	6
Amparo	1	3	1	6	0	0	0	0
Bethania	1	3	2	11	8	11	1	6
Zona 5	2	5	0	0	1	1	0	0
Zona 3	1	3	2	11	1	1	1	6
Zona 6	3	8	0	0	3	4	0	0
San Rafael	0	0	0	0	1	1	0	0
Santa Elena III	1	3	1	6	3	4	0	0
Justo Rufino Barrios	19	49	8	44	28	37	11	61
Zona 11	3	8	1	6	5	7	1	6
Centroamérica	2	5	1	6	3	4	2	11
Zona 1	5	13	0	0	17	23	1	6
Total	39	100%	18	100%	75	100%	18	100%

Gráfica 11.2.
Barreras de accesibilidad identificadas por los adultos mayores según centros de salud
del Área de Salud Guatemala Central
junio - julio 2017



Gráfica 11.3.
Barreras de contacto identificadas por los adultos mayores según
centros de salud del Área de Salud Guatemala Central
junio - julio 2017





Guatemala, 4 de septiembre de 2017

Dr. César García García
Coordinador de Trabajos de Graduación
Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas

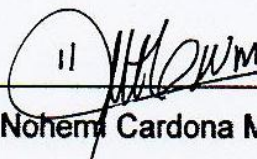
Estimado Dr. García:

Por este medio extiendo constancia a la Coordinación de Trabajos de Graduación de la Facultad de Ciencias Médicas, que se ha realizado satisfactoriamente la revisión y corrección de estilo del trabajo final de graduación titulado: **Barreras de acceso identificadas por los adultos mayores en los servicios de salud**. De las estudiantes: Tania Marmina Escobedo Martínez, con número de carné 200680014; Grethel Yulissa Aguirre Santa Luce, con núm. de carné: 200717937; Sophia Waleska Marroquín Moya, con núm. de carné: 200910089.

Para los fines que su despacho necesite.

Atentamente,

Firma y sello



Licda. Ruth Nohemi Cardona Mazariegos

Licenciada en Letras

Colegiada 12 498

Ruth Nohemi Cardona Mazariegos
Licenciada en Letras
Colegiada 12 498