EXPERIENCIA Y TRATO PERCIBIDO POR ADULTOS MAYORES QUE NO ACUDEN A CONTROLES DE SALUD

EXPERIENCE AND PERCEIVED TREATMENT OF THE ELDERLY WHO DO NOT ATTEND HEALTH CHECKS

Abigail Calderón-González*, Felipe Quiroz-Espinoza y Evangelina Salazar-Röling

Facultad de Medicina y Ciencia, Escuela de Posgrado, Universidad San Sebastián, Puerto Montt, Chile

RESUMEN: Objetivo: Identificar la experiencia del adulto mayor que no asiste a controles de salud. **Métodos:** La investigación cualitativa se realizó con diez adultos mayores que no asistían a las consultas de control en dos centros de salud familiar (en Chile llamados CESFAM) de la comuna de Puerto Montt (Chile). Se utilizó la técnica de recopilación de información de entrevista en profundidad y se analizaron los datos en tres fases: a) descubrimiento en proceso; b) codificación y refinamiento, y c) la fase de relativización de datos. **Resultados:** Se identificaron aspectos negativos y positivos de la relación con el equipo de salud, referentes al trato en la atención y la resolución esperada. Destacaron la percepción de burocracia, se planteó como expectativa recibir un trato preferencial para el adulto mayor. Los tiempos de espera fueron motivo de insatisfacción en los usuarios y por lo tanto una de sus principales expectativas de cambio en su CESFAM, y constituyeron uno de los aspectos más importantes en la opinión positiva o negativa de la atención institucional. **Conclusión:** Dadas las características de los adultos mayores, es importante establecer un contacto personalizado, buscando generar una comunicación adecuada y establecer planes y compromisos con los pacientes, asegurando la satisfacción del usuario, lo que mejoraría la adherencia.

Palabras clave: Adulto mayor. Adherencia al tratamiento. Atención al paciente. Enfermedades crónicas. Centros de salud familiar.

ABSTRACT: Objective: Identify the experience of the elderly who does not attend health checks. **Methods:** The qualitative research was conducted with ten elderly adults not attending to two Family Health Centers (CESFAM) in the community of Puerto Montt, Chile. The in-depth interview information gathering technique was used, the data were analyzed in three phases: a) discovery in process; b) coding and refinement, and c) phase of data relativization. **Results:** Negative and positive aspects of the relationship with the health team were identified referring to the treatment in the care and the expected resolution. They highlighted the perception of bureaucracy; it was raised as an expectation to receive preferential treatment for the elderly. Waiting times of institutional attention were one of the most important aspects in the positive or negative opinion, being a reason for dissatisfaction in users and therefore one of their main expectations of change in their CESFAM. **Conclusion:** Given the characteristics of older adults, it is important to establish a personalized contact, seeking to generate adequate communication and establish plans and commitments with patients, ensuring user satisfaction, which would improve adherence.

Key words: Elderly. Patient compliance. Patient care. Chronic diseases. Family Health Centers.

Correspondencia:

*Abigail Calderón-González

E-mail: abigailcalderongonzalez@gmail.com

Fecha de recepción: 04-12-2019

Fecha de aceptación: 05-04-2020

Disponible en internet: 31-07-2020

Rev Mex Med Fam. 2020;7:48-57

DOI: 10.24875/RMF.20000244

2007-9710 / © 2020 Federación Mexicana de Especialistas y Residentes en Medicina Familiar. Publicado por Permanyer. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

INTRODUCCIÓN

En Chile el Sistema de Salud se define como un sistema basado en atención primaria. Desde el Modelo de Atención Integral de Salud se establecen los principios que orientan el quehacer de los equipos de salud en la red asistencial, desde la anticipación al daño hasta la rehabilitación, de manera cada vez más inclusiva de otras necesidades de salud en el espacio de la familia y la comunidad¹.

La red asistencial en Chile está conformada por 29 servicios de salud distribuidos a lo largo del país, y el conjunto de establecimientos asistenciales públicos que forman parte de estos y que se ubican con relación a un territorio, dando atención a una población asignada, beneficiaria o inscrita. La organización de los establecimientos de salud distingue tres niveles de atención: primaria, secundaria y terciaria, cada una con sus respectivas unidades en la red pública, dependientes de los servicios de salud o municipalidades.

Los establecimientos ambulatorios del primer nivel son administrados con base en convenios entre servicios de salud y municipalidades, y deben cumplir con las normas, planes y programas que haya impartido o imparta en la materia el Ministerio de Salud.

En Chile los Centros de Salud Familiar (CESFAM) son parte de la red de atención primaria de salud, que representa uno de los primeros niveles de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema público de salud, y otorga prestaciones a la población a nivel local¹. Proporcionan cuidados básicos en salud, con acciones de promoción, prevención, tratamiento, cuidados domiciliarios y rehabilitación de la salud; atienden en forma ambulatoria. Enfatizan la prevención y promoción de salud, se centran en las familias y la comunidad, dan importancia a la participación comunitaria, trabajan con un equipo de salud de cabecera que atiende a toda la familia en salud y enfermedad durante todo el ciclo vital, y tienen una población a cargo aproximada de 30,000 personas, lo

cual es variable según el área donde estén ubicados.

En los establecimientos de atención primaria el equipo de cabecera es la unidad básica de trabajo, que establece una relación continua con la población a cargo y permite la mejora en la calidad de la atención. El equipo de cabecera es un equipo de profesionales, técnicos y administrativos que se hace cargo de la salud de un sector definido de la población, en los niveles de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación.

La composición de un equipo de cabecera debe ajustarse a las características concretas del sistema de salud y la población que atiende, para dar respuesta a las necesidades del individuo, la familia y la comunidad.

Sus acciones se realizan por medio de programas de salud, como el Programa del Adulto mayor, que tiene por objetivo promover un sano proceso de envejecimiento, brindando atención integral al adulto mayor, con un enfoque familiar y comunitario centrado en la funcionalidad como base fundamental de su calidad de vida². Las prestaciones son consulta de morbilidad, consulta y control de enfermedades crónicas cada 3-6 meses, según riesgo cardiovascular y/o según el grado de compensación de sus problemas de salud, consulta nutricional, control de salud, intervención psicosocial, consulta de salud mental, educación grupal, consulta Kinésica, vacunación, atención a domicilio, programa de alimentación complementaria del adulto mayor, atención podológica a pacientes con diabetes y curación de pie diabético, entre otras.

La situación de salud de los adultos mayores en el mundo se presenta como un desafío, ya que el desarrollo de las técnicas y tratamientos ha provocado un aumento en la esperanza de vida y con ello un cambio en las pirámides demográficas³⁻⁵, por esta razón es fundamental que el paciente asista a sus controles con regularidad, dado que la adherencia terapéutica es uno de los pilares en el tratamiento de cualquier

enfermedad, y una baja adherencia probadamente determina un deterioro en la salud del paciente⁶⁻⁸. La adherencia terapéutica, entre otras cosas, se define como el grado de coincidencia del comportamiento de un paciente en relación con las indicaciones sanitarias, que incluye la regularidad en los controles⁹⁻¹¹, siendo considerada un tema prioritario de salud pública y una de las principales causas de fracaso terapéutico¹². En los países en desarrollo el promedio de adherencia alcanza solo el 50%, siendo incluso menor en los países en vías de desarrollo¹³, lo que conlleva un riesgo para la salud de los pacientes¹⁴ y un mal uso de los recursos asistenciales, lo que puede representar un problema de gestión clínica al suponer una reducción de la eficiencia y un derroche de recursos muchas veces limitados¹⁵. La inasistencia a controles de salud se ha señalado como una de las formas más comunes de incumplimiento del adulto mayor¹⁴. Existe escasa literatura que evidencie la experiencia y percepciones relevantes en la baja adherencia del adulto mayor que no asiste a controles de salud. La obtención de estos hallazgos se transforma en un punto crítico, en busca de generar cambios rápidamente aplicables, dependientes de gestión y que no generen mayores costos económicos. En esta investigación se pretende entregar información cualitativa de los motivos de inasistencia de los adultos mayores que reciben atención en dos CESFAM de Puerto Montt, Chile, y que presentan inasistencia a sus controles. Se han establecido los objetivos específicos de conocer el flujo que siguen los participantes dentro del establecimiento, los primeros contactos que establecen los adultos mayores en el CESFAM, identificar aspectos positivos y negativos de la relación con el equipo de salud desde su propia percepción, y conocer las expectativas de los usuarios sobre la atención en el CESFAM, bajo el supuesto investigativo de que una de las razones de la inasistencia del adulto mayor a sus controles de salud se debe al trato del personal sanitario.

SUJETOS Y MÉTODOS

El estudio se basó en el método fenomenológico¹⁶ y cualitativo^{17,18} respetando el *epojé*¹⁹, es decir, se suspenden los juicios o ideas preconcebidas de los investigadores para comprender el fenómeno estudiado por medio de las apreciaciones de los informantes. Además nos basamos en criterios de credibilidad, transferibilidad, consistencia y confirmabilidad^{20,21}. Para lo cual se utilizaron estrategias como intercambio entre investigadores, y la exhaustiva descripción del contexto y participantes; las entrevistas se realizaron en forma cruzada y con ejercicios enfocados en la verificación²².

Definición de temas de análisis

- Adulto mayor: se utilizó el criterio de la Organización Mundial de la Salud, según el cual se considera adulto mayor a las personas desde los 60 años.
- Inasistencia a controles de salud: se define para este estudio como mala adherencia a controles de salud la inasistencia a dos citaciones sucesivas a control por profesional médico.

Recolección de datos

Para iniciar nuestra investigación se identificó a nuestros informantes mediante la base de datos disponible y se les contactó telefónicamente para concertar una entrevista. Se excluyeron los pacientes que no contestaron la llamada, quienes no aceptaron participar o quienes no se encontraban disponibles para ser entrevistados, definiéndose un total de 10 participantes. La selección fue mediante muestreo intencional, según criterios establecidos: pacientes mayores de 60 años, usuarios de los CESFAM Antonio Varas y Angelmó de la comuna de Puerto Montt (Chile), con patología crónica cardiovascular y que presentaran baja adherencia al tratamiento. Con los participantes se concertó una entrevista inicial en la cual se informó de la investigación, tomando los respectivos resguardos éticos^{23,24}. La recopilación de la información se realizó en un

segundo contacto, por medio de entrevistas semiestructuradas, de aproximadamente 30 minutos de duración, realizadas por el miembro del equipo investigador que pertenecía al CESFAM que no cubre la población entrevistada. La recolección de datos fue mediante preguntas abiertas, pudiendo responder libremente y siendo posible añadir nuevos aspectos o profundizar temas según el curso de esta. Se logró la saturación teórica con el total de entrevistados²⁵.

Análisis de datos

El análisis de datos se realizó según la propuesta de Taylor y Bogdan. Bajo esta premisa, se dispuso de las entrevistas completas, como texto base, del cual se revelan los temas emergentes que nos guiaron en la formulación de conceptos y proposiciones y se analizaron por tres fases: de descubrimiento en proceso; codificación y refinamiento; y finalmente relativización de descubrimientos¹⁷.

En la primera fase, de descubrimiento en proceso, se busca identificar temas y desarrollar conceptos, por medio de la lectura repetida del texto y la revisión por al menos dos investigadores, registrando las ideas y temas emergentes que surjan, se logra familiaridad con los datos y así se desarrollan los conceptos y proposiciones generales. Este análisis de contenido consiste en la descomposición del texto en unidades elementales denominadas unidad de registro, que puede corresponder a una palabra, una frase o un tema, que represente la mínima porción del contenido que el investigador aísla y separa, tanto por considerarlo significativo para el tópico de la investigación, como por la frecuencia de la aparición de unos determinados términos o expresiones.

En la fase de codificación y refinamiento los datos se codifican en distintas categorías, se examinan, se descomponen y se comparan en busca de similitudes y diferencias, a medida que se lleva a cabo este proceso con todas y cada una de las categorías construidas se va configurando el todo a partir de sus partes más elementales y se logra finalmente

construir un modelo teórico sobre el objeto de la investigación.

Por último, la fase de relativización de los datos consiste en interpretar los datos en el contexto donde fueron recogidos, contextualizando las experiencias en términos de temporalidad, espacio, corporalidad y contexto relacional.

RESULTADOS

En este apartado se exponen las categorías de análisis con base en las respuestas obtenidas. Se presenta el análisis descriptivo en relación con los objetivos específicos.

En la figura 1 se representan los conceptos obtenidos durante las entrevistas. En cuanto al flujo, se manifiestan los primeros accesos que tienen los entrevistados dentro del establecimiento, el cual está muy relacionado con el primer contacto que establecieron y el motivo por el cual accedieron a ellos. El primer acceso al Servicio de Orientación Médico Estadístico (SOME) se explica por la función de puerta de entrada a las prestaciones otorgadas y la gestión de agenda. La Oficina de Información, Reclamos y Sugerencias (OIRS) es también uno de los puntos donde se inicia el flujo, aquí llegaron a consultar sobre los pasos a seguir, dónde dirigirse y dónde solicitar horas de atención. Los entrevistados, adultos mayores que no acuden a control crónico, es frecuente que mantengan sus recetas vigentes, por lo que sus visitas fueron para retirada de medicamentos en farmacia, iniciando y terminando su flujo de atención en este sector, sin tener mayor flujo por el establecimiento, tal como se aprecia en la siguiente cita: «yo vengo todos los meses a retirar mis remedios, me los da el joven de la farmacia, ahí no más voy». Se hace coherente que sus primeros contactos sean con personal administrativo que se desempeña en SOME y OIRS, así como con el personal de farmacia. Algunos pacientes comentaron que el primer contacto es con el guardia, a quien le solicitaron información para ubicarse dentro de la distribución del edificio: «al llegar le pregunto al guardia dónde tengo que ir

SOME: Servicio de Orientación Médico Estadístico; OIRS: Oficina de Información, Reclamos y Sugerencias; CESFAM: Centro de Salud Familiar.

Figura 1. Conceptos relacionados con el primer objetivo específico.

para sacar las horas». Cabe destacar que durante las entrevistas realizadas, los pacientes refirieron de forma espontánea y reiteradamente no conocer el nombre de quienes los atienden: «con la señorita de la ventanilla, pero no le conozco el nombre», «el joven de los remedios, que no sé cómo se llama». Es necesario mencionar que el personal porta credencial e identificación en todo momento, sin embargo, no parece útil para los adultos mayores, quizás por el tamaño de la letra o de la credencial. Esto hace pensar en el valor que le dan a este contacto nuestros usuarios y se infiere que les gustaría un trato más personalizado. Respecto a las acciones en este flujo, se condicen con los lugares de acceso, siendo el solicitar horas de atención o consultar qué pasos seguir para ser atendido lo más mencionado por los entrevistados: «pido número y espero que me den la hora», «preguntar qué tengo que hacer, para dónde tengo que ir».

El segundo objetivo fue identificar aspectos positivos y negativos de la relación con el equipo de salud. En la figura 2 se representan los conceptos relacionados. Entre las impresiones se mencionó como positivo

la buena atención, sin embargo, definir una «buena atención» no es fácil, ya que la calidad es un atributo del que cada persona tiene su propia concepción, en estos casos se referían a una atención oportuna, eficaz, cercana y empática: «cuando me quemé venía a curaciones y quedé muy bien», «fueron eficaces porque me pusieron un suero con un solo pinchazo». También se destacó la amabilidad percibida por los usuarios de parte del equipo de salud, refiriéndose a las orientaciones, así como en la atención: «que me recibieron bien, que me atienden con amabilidad», «en la atención me sorprendió porque el médico me dio un beso en la cara», «son súper amables las señoritas». Una mención es la preocupación que presentó el personal de salud hacia los pacientes, instándolos a acudir a sus controles, sin caer en recriminaciones, siendo esto destacado como un factor de buena relación con el equipo: «aunque me llaman la atención porque no voy a controles, nunca me retan», «vine a retirar mis remedios y el joven de abajo me dijo que no tenía controles, que hablara con la enfermera para venir». Así como hay aspectos positivos, también hay aspectos

Figura 2. Conceptos relacionados con el segundo objetivo específico.

negativos en las entrevistas realizadas, como es la poca paciencia de algunos funcionarios con los pacientes al momento de acercarse a preguntarles, destacando que eso provocaría respuestas inadecuadas: «me dijeron que ¿acaso usted cree que usted no más está mal?», «no tienen paciencia y responden apurados o molestos si uno les pregunta qué hacer», «al final terminas dándote cuenta de que no te reciben como corresponde, no tienen paciencia para explicar». Los retos, llamados de atención o regaños que reciben los adultos mayores por parte del equipo de salud son experiencias negativas que afectan a la relación y la atención: «hasta me retaron por pedir que me atiendan pronto», «no me solucionan nada y más encima me retaron en ventanilla», «más se enferma uno si le retan». Otra situación negativa es la sensación de los pacientes de no ser escuchados por el personal: «mal, no me escucharon, parece que mis problemas le molestan a los del consultorio», «no me escuchan, siento que pierdo mi tiempo».

Nuestro tercer objetivo se representa en la figura 3. Los conceptos relacionados con las expectativas de los usuarios sobre la atención en el CESFAM nos entregan a su vez una mirada sobre los déficits en la

situación actual, lo que marca sus experiencias negativas. Es frecuentemente mencionado el tiempo de espera, que consideran muy prolongado: «uno necesita que lo atiendan pronto, es muy larga la espera», «que la atención sea en el momento, porque hay que esperar mucho». El concepto del tiempo de espera también se refiere al lapso entre la solicitud de hora y la entrega de turno: «que las horas no sean para tan lejos en el tiempo», «además a veces uno va a pedir horas y te dan para dos meses más», «te hacen ir a cada rato a preguntar por horas y no hay hasta para no sé cuantos meses más». Los adultos mayores quisieran recibir atención preferencial en la entrega de cupos de atención, en el horario de entrega de horas y en el de citaciones, adecuándolos a su condición: «poner más cupos para nosotros, que sea más fácil conseguir horas», «¿no puede haber posibilidad de que realmente le reserven a uno algunos cupos para más tarde?», «es muy complicado para pedir una hora, la cosa debería ser automáticamente, para eso están con el computador». Nuestros usuarios realizan muchas preguntas dentro del establecimiento para conseguir sus atenciones: «fui al segundo piso, o sea al primer piso y me mandaron al segundo... y del segundo

CESFAM: Centro de Salud Familiar.

Figura 3. Conceptos relacionados con el tercer objetivo específico.

me mandaron a informaciones a preguntar». Al respecto, presentan expectativas de recibir una orientación más precisa sobre el funcionamiento del sistema interno, tener claridad de su lugar de atención y dónde deben dirigirse: «que vean qué es lo que quiero y que me orienten en el sistema, para no andar tan perdido», «sería bueno que me digan dónde ir y no me manden de un lado al otro». Los adultos mayores valoran la amabilidad en el trato recibido, así como también la atención personalizada, valoran que el funcionario se presente y el usuario conozca el nombre de quien le atiende. Si bien esta práctica estaría siendo llevada a cabo por los profesionales que atienden dentro de la consulta, también debería extenderse a los funcionarios que cumplen labores administrativas: «con la señorita de la ventanilla, pero no le conozco el nombre», «quisiera que sea más cordial, que me respondan el saludo», «que sean más amables cuando uno pregunta cosas». La recriminación o el «reto» que puedan recibir los adultos mayores, por motivo de su inasistencia o por realizar consultas dentro del CESFAM, puede marcar la relación y el grado de satisfacción

con la atención, una de sus expectativas es recibir orientación y atenciones sin recriminaciones: «no tienen que retar a los abuelitos», «si a uno lo retan, más se enferma». Los participantes mencionaron que en el CESFAM hay muchos trámites para conseguir horas, en lugares físicos diferentes; por este motivo calificaron la atención como burocrática y entre sus expectativas está la de lograr una atención menos compleja en lo administrativo: «hay mucha burocracia, mucho trámite, se anda pa un lado y pa otro», «lo tramitan mucho a uno, que anda pallá, que eso es arriba, que eso se pide acá», «todo es demora, todo burocracia, todo pregunta y que venga otro día». Cabe mencionar que durante las entrevistas surgieron los motivos que ellos reportan como causantes de sus inasistencias a controles crónicos, así como también el significado que le dan a esta mala adherencia. Entre los motivos destacaron conceptos relacionados con el traslado, la locomoción o las condiciones climáticas: «hace frío, está lloviendo...vivo lejos y hay mala locomoción», «no tengo para tanto gasto en pagar vehículo para ir». También se repitió la apreciación de estar

bien de salud, asintomáticos, por lo cual dejan de asistir a controles «porque me he sentido bien, por eso dejé de venir»; el padecer otras enfermedades agudas que requieren mayor atención, el sentir que no le solucionan nada, los frecuentes cambios de hora, la dificultad para conseguirlas y las largas esperas son otras de las razones que comunicaron para explicar su falta de adherencia a controles: «tuve un año caótico, me enfermé de otras cosas», «uno tiene que sacar hora, hacer cola, número y esperar para que le digan venga el mes tanto», «hay que esperar mucho rato y hace frío, entonces uno piensa que más me voy a enfermar», «porque me han cambiado las horas muchas veces y no me solucionan nada». En algunos casos se mencionó el acceso a especialistas extrasistema como un motivo para no asistir a controles en el nivel primario: «yo no necesito un consultorio, me ve mi cardiólogo particular», «si me hace falta algo voy a la clínica y listo». Sobre el significado que le dan a estas inasistencias, destaca la escasa conciencia de daño, ya que siguen recibiendo sus fármacos por un periodo y, si además se mantienen asintomáticos, no consideran importantes los controles. Es precisamente la caducidad de estas recetas crónicas lo que a veces los impulsa a consultar nuevamente: «no hay consecuencias, porque me sigo tomando los remedios», «el problema es que no me entregan mis remedios cuando pasa mucho que no voy», «yo me siento bien, me acostumbré a mis enfermedades».

En estas entrevistas no se responde el supuesto investigativo de que una de las razones de la inasistencia del adulto mayor a sus controles de salud es el trato del personal. Si bien el trato se menciona como parte esencial y un factor importante en la satisfacción del usuario, las razones para el incumplimiento de los controles mencionadas son otras, como traslado, condiciones climáticas, poca sintomatología asociada a sus patologías crónicas, los tiempos de espera prolongados y la dificultad para conseguir turnos de atención.

DISCUSIÓN

La adherencia terapéutica puede ser entendida como el comportamiento que presenta un usuario de salud frente a las recomendaciones que indicó un agente sanitario, referidas a la ingesta de medicamentos, estilos de vida, alimentación y asistencia a control, entre otros⁹⁻¹¹.

Las indicaciones de la terapia no pueden ser supervisadas en forma cotidiana por el personal de salud, traspasando generalmente esta responsabilidad al usuario atendido. Esta situación es una de las complicaciones que presenta el equipo de salud, ya que algunas personas no realizan el cumplimiento terapéutico en forma adecuada, deteriorando su calidad de vida e incrementando los costos económicos del tratamiento, especialmente en pacientes que presentan patologías crónicas como diabetes, hipertensión u obesidad, entre otras enfermedades^{5,26}.

En las personas con enfermedades crónicas se identifican una serie de factores que influyen en la adherencia al tratamiento, resaltando: las familias, el acceso a los servicios de salud y el tipo y/o duración del tratamiento recibido. En general, los pacientes crónicos no presentan un adecuado seguimiento a las indicaciones médicas, debido a que tienden a no consumir sus fármacos o presentar una limitada asistencia a controles con el equipo de salud^{9,11}.

En Chile, el cuidado de personas con algún tipo de enfermedad crónica se identifica como un desafío para el sistema, con base en la necesidad de satisfacer las necesidades de estas personas, que son variadas y complejas²⁷. La preocupación por la satisfacción del usuario está condicionada porque esta se relaciona significativa y funcionalmente con conductas de salud específicas, desde el cumplimiento de las prescripciones hasta el seguimiento de los resultados o, incluso, conductas preventivas de la enfermedad²⁸. En nuestro estudio, los entrevistados expusieron opiniones positivas y negativas respecto a la atención que reciben. El concepto de «buena

atención» se menciona en la literatura que evalúa la percepción de la calidad de la atención^{29,30}, concluyéndose en estos que la estructura física insuficiente, los recursos humanos poco preparados y la relación establecida en el trato son determinantes en esta percepción. En la relación entre el personal del CESFAM y los usuarios adultos mayores, se presentan conceptos concernientes a la impaciencia, los regaños o el sentimiento de no ser escuchados, concordante con la literatura sobre el maltrato al anciano en la sociedad occidental³¹⁻³³, donde se presenta agresión verbal, infantilización, despersonalización, deshumanización y victimización. Respecto a las expectativas, hay que considerar que la actitud respecto de la atención médica se basa en una gran diversidad de asuntos sustantivos y recibe la influencia de las experiencias y las características psicológicas de cada persona. En nuestro trabajo, así como en otros citados, los tiempos de espera constituyen uno de los aspectos más importantes en la opinión positiva o negativa de la atención institucional, siendo motivo de insatisfacción en los usuarios y por lo tanto una de sus principales expectativas de cambio para lograr la atención que les gustaría recibir en su CESFAM.

La satisfacción usuaria representa una herramienta imprescindible que considerar, ya que usuarios más satisfechos cumplirán las indicaciones y tratamientos y permanecerán fieles a los prestadores de salud²⁸.

En cuanto a potenciales sesgos en la presente investigación, mencionamos la posible presencia de un efecto inhibitorio de los participantes al responder las entrevistas, dado por la jerarquía percibida respecto al cargo de los entrevistadores, lo que pudo cohibir parte de las respuestas. Este fenómeno se podría explicar considerando la edad de los entrevistados, quienes por su contexto sociopolítico podrían presentar cierto respeto condicionado a las figuras que perciben como autoridad. Al respecto se tomaron resguardos como realizar las entrevistas por médico no tratante, asegurándoseles

el anonimato, además de explicitar que no habría ni sanciones o represalias por estas. Otro punto de reflexión en el proceso se refiere al gran despliegue de documentación en términos de información al participante y actas de consentimiento, que si bien son requeridos para realizar la investigación, por su extensión y las firmas solicitadas, podían ser tediosos e intimidantes para los adultos mayores.

CONCLUSIONES

Las experiencias descritas en relación con los accesos y contactos iniciales nos muestran pacientes que no asisten a controles, pero que acuden al sistema para continuar sus tratamientos farmacológicos o para solicitar orientaciones, incluso turnos de atención. Destaca la valoración que le dan los adultos mayores a la identificación del personal con el que establecen el primer contacto.

Durante las entrevistas surgen los motivos de inasistencia que los propios usuarios reconocen, entre ellos mencionan conceptos relacionados con el traslado, las condiciones climáticas, la apreciación de estar bien de salud junto a la escasa conciencia de enfermedad, el seguir recibiendo sus medicamentos por el periodo de duración de la receta (365 días), el sentimiento de poca resolutivez, los frecuentes cambios en sus citas, la dificultad para conseguirlas y las largas esperas. No se menciona directamente el trato como un determinante de las inasistencias.

La atención preferencial al adulto mayor y la menor burocracia en la entrega de turnos para control son las principales expectativas sobre la atención en sus centros planteadas por los adultos mayores participantes de este estudio, los tiempos de espera constituyen uno de los aspectos más importantes que influyen en la opinión de la atención institucional, afectando la satisfacción usuaria. Este factor influye negativamente en la percepción del paciente sobre el CESFAM.

Dadas las características de los adultos mayores, es importante establecer un contacto personalizado, buscando generar una comunicación adecuada y establecer planes consensuados y compromisos con los pacientes, asegurando la satisfacción del usuario, lo que influiría en la adherencia.

FINANCIAMIENTO

Los autores declaran de manera explícita que no existe relación económica, personal, política o académica que pudiera influir su juicio. Que no se han recibido beneficios en dinero, bienes, hospitalidad o subsidios de cualquier fuente que tenga algún interés en los resultados de la investigación.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- Atención primaria [Internet]. Chile: Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, Servicio de Salud Metropolitano Norte [consultado el 27 de diciembre de 2019]. Disponible en: https://www.ssmn.cl/atencion_primaria.ajax.php
- Programa Nacional de las Personas Adultas Mayores [Internet]. Chile: Gobierno de Chile, Ministerio de Salud [consultado el 20 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://diprece.minsal.cl/programas-de-salud/programas-ciclo-vital/programa-nacional-de-las-personas-adulto-mayor/>
- La Asamblea Mundial de la Salud acuerda resoluciones sobre la salud de la mujer, el niño y el adolescente y sobre el envejecimiento saludable [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 26 de mayo 2016 [consultado el 27 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://bit.ly/2Lz0Tyn>
- Población, envejecimiento y desarrollo [Internet]. Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina y el Caribe; 2004 [consultado el 19 de junio de 2019]. Disponible en: <https://bit.ly/2LgP8Mv>
- Forttes P. & Massad C. Las personas mayores en Chile. Situación, avances y desafíos del envejecimiento y la vejez. Chile: SENAMA; 2009.
- Mora G, Verdecia K, Rodríguez T, Nelia B, Guerra C. Adherencia terapéutica en pacientes con algunas enfermedades crónicas no transmisibles. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2017;33(3):270-80.
- Martín L, Grau J, Espinosa A. Marco conceptual para la evaluación y mejora de la adherencia a los tratamientos médicos en enfermedades crónicas. *Rev Cubana Salud Pública.* 2014;40:222-38.
- Silva G, Galeano E, Correa J. Adherencia al tratamiento. Implicaciones de la no-adherencia. *Acta Med Colomb.* 2005;30(4):268-73.
- Gigoux J, Moya P, Silva J. Adherencia al tratamiento farmacológico y relación con el control metabólico. *Rev Chil Salud Pública.* 2010;14(2-3):238-70.
- Martín L. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Rev Cubana Salud Pública.* 2004;30(4).
- López-Romero L, Romero-Guevara S, Parra D, Rojas-Sánchez, L. Adherencia al tratamiento: Concepto y medición. *Hacia Promoc Salud.* 2016;21(1):117-37.
- Palop Larrea V, Martínez Mir F. Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. *Inf Ter Sist Nac Salud.* 2004;28(5):113-20.
- Martín L. Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. *Rev Cubana Salud Pública.* 2006;32(3).
- Sicras A, Fernández J, Rejas J, García M. Patrón de cumplimiento terapéutico de antihipertensivos y/o hipolipemiantes en pacientes hipertensos y/o dislipémicos en Atención Primaria. *An Med Interna (Madrid).* 2006;23(8):361-8.
- González-Guerrero J, García-Mayolín N, Gallego R, Cavestany F, García-Gutiérrez R, Arana A. Falta de asistencia a las citas programadas en una consulta ambulatoria de geriatría: estudio de casos y controles. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2005;40(5):269-74.
- Sandín M. La enseñanza de la investigación cualitativa. *Revista de Enseñanza Universitaria.* 2003;21:37-52.
- Taylor S, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Paidós; 1987.
- Ibáñez J. Sobre la metodología cualitativa. *Rev Esp Salud Publica.* 2002;76(5):373-80.
- Polkinghorne, D. Phenomenological research methods. In Valle R. & Halling S. (Eds.). *Existential-phenomenological perspectives in psychology: Exploring the breadth of human experience.* Plenum Press; 1989. pp. 41-60.
- Castillo E, Vázquez M. El rigor metodológico en la investigación. *Colomb Med.* 2003;34:164-7.
- Calderón C. Quality Criteria in Qualitative Health Research (QHR): Notes for a necessary debate. *Rev Esp Salud Pública.* 2002;76(5):473-82.
- Mayan MJ. Una introducción a los métodos cualitativos: un módulo de entrenamiento para estudiantes y profesionales. México: Qual Institute Press; 2001.
- Noreña A, Alcaraz-Moreno N, Rojas J, Rebolledo-Malpica D. Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *Aquichan.* 2012;12(3):263-74.
- Declaración de Helsinki de la Amm - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. Asociación Médica Mundial - WMA; 2017 [consultado en marzo de 2019]. Disponible en: <https://bit.ly/33Ns3HI>
- Hernández R. La investigación cualitativa a través de entrevistas: su análisis mediante la teoría fundamentada. *Cuestiones Pedagógicas.* 2014;23:187-210.
- Rely K. Envejecimiento de la población, la dependencia de los adultos mayores: un reto para la salud y políticas públicas. *Rev Mex Med Fam.* 2015;2(2):8-13.
- Troncoso PC, Contreras CN, González CS. Adherencia al control nutricional en varones con patologías crónicas. *Rev Chil Nutr.* 2016;43(1):12-7.
- Tobar M, Acuña O. Relación entre satisfacción usuaria y adhesividad al tratamiento y control de salud en usuarios diabéticos tipo 2. *Rev Chil Salud Pública.* 2012;16(2):131-6.
- Miranda A, Hernández L, Rodríguez A. Calidad de la atención en salud al adulto mayor. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2009;25(3).
- Zambrana J, Villarreal L, Olmos R. Calidad de atención del adulto mayor en la caja nacional de salud cochabamba. *Rev Cient Cienc Méd.* 2009;12(1).
- González M, Buján I, López G, Longa I, Cacho L. Reflexiones sobre el maltrato al anciano en la sociedad occidental. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2004;20(1).
- Herráez I, Rodríguez Y, López M, Rodríguez A. Programa de prevención del maltrato en ancianos pluripatológicos. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2018;53:178.
- García-Morales G, Olguín-Vargas M, López-Rojel I, Ramírez-Alemán N, Juanico-Morales G. Maltrato hacia el adulto mayor afiliado a una unidad de medicina familiar de Guerrero, México. *Rev Mex Med Familiar.* 2018;17:1-3.