



Universidad Nacional Autónoma de México
Programa de Posgrado en Ciencias de la Administración
Facultad de Contaduría y Administración

T e s i s

“Gestión de Estancias Gerontológicas Permanentes en la Ciudad de México y su Relación con la Percepción de Calidad de Vida”

Que para optar por el grado de:

Doctora en Ciencias de la Administración

Presenta

Guadalupe Chávez Vásquez

Comité tutor:

Tutor principal:

Dr. Adrián Alejandro Martínez González
Facultad de Medicina, UNAM

Dr. Héctor Francisco Macías Díaz
Facultad de Contaduría y Administración, UNAM

Dr. Juan Manuel Larios Prado
Facultad de Contaduría y Administración, UNAM



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

A las siguientes instituciones y personal de las mismas, agradezco de corazón el haberme dado las herramientas y la motivación para realizar el presente Doctorado en Ciencias de la Administración.

A la Universidad Nacional Autónoma de México por haberme abierto las puertas de la Facultad de Contaduría y Administración y así, hacer posible dicha empresa.

A las estancias gerontológicas permanentes públicas y privadas, que me permitieron el acceso a sus organizaciones para estudiar a la razón de ser de ellas, que son los adultos mayores y los aspectos administrativos que hacen posible el desarrollo de su misión y motivaron el presente trabajo.

A los siguientes integrantes del Comité Tutor, por brindarme valiosas observaciones y sugerencias para llevar a término la presente tesis:

Doctor Juan Manuel Larios Prado. Facultad de Contaduría y Administración, UNAM.

Doctor Jorge Armando Juárez González. Unidad de Posgrado de la Facultad de Contaduría y Administración.

Quiero extender un agradecimiento especial al Doctor Adrián Alejandro Martínez González Facultad de Medicina, UNAM, mi tutor principal y maestro, por brindarme siempre, además de sus valiosas enseñanzas, su apoyo incondicional y su valiosa amistad.

A mis queridos profesores, sin los cuales hubiera sido prácticamente imposible el plantearme el reto de este trabajo, haciendo especial énfasis a la Doctora Celia Luz González Fernández, quién sembró en mí la motivación para buscar alguna probable respuesta a las muchas interrogantes que existen en el campo de la administración y me brindó su apoyo a todo lo largo de esta búsqueda. Facultad de Contaduría y Administración, UNAM.

A mi maestro, el Doctor Héctor Francisco Macías Díaz, quien con paciencia y dedicación me guio en el intrincado laberinto de la administración a lo largo de todo el doctorado. Facultad de Contaduría y Administración, UNAM.

A los adultos mayores, quienes con tanto cariño me brindaron lo mejor de sí al compartirme sus experiencias dentro de las estancias gerontológicas y sus emociones y sentimientos sobre el entorno social que en muchas ocasiones tiende a invisibilizarlos.

Por último, agradezco las muestras de ánimo y los estímulos continuos que recibí de parte de los integrantes de mi querida familia, algunos ausentes, para llevar a cabo el presente estudio.

RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue determinar la relación existente entre la gestión de estancias gerontológicas permanentes y la percepción de calidad de vida de los adultos mayores residentes en estancias gerontológicas permanentes en la Ciudad de México. Se utilizó el método de casos múltiples con enfoque mixto, cualitativo y cuantitativo, con un alcance correlacional. Se utilizaron dos cuestionarios, uno para medir la gestión y otro para percepción de calidad de vida, validados por contenido y confiabilidad. Se eligieron cuatro estancias mediante un muestreo no probabilístico por sector al que pertenecen. En la investigación de campo se utilizaron encuestas, las que se aplicaron a 20 trabajadores de las estancias y 121 adultos mayores residentes. Los datos se analizaron hasta la quinta causa raíz en el enfoque cualitativo y mediante una correlación canónica en el enfoque cuantitativo en un programa SPSS versión 25. Los resultados mostraron una correlación directa entre elementos de liderazgo, alianzas, personas, procesos, individualización y autonomía en la gestión y percepción de mejor calidad de vida de los adultos mayores en las variables bienestar emocional, bienestar material y derechos. Se encontró una aportación importante en la percepción del adulto mayor sobre la calidad de los servicios recibidos como elemento de mejora en la gestión para mejorar la percepción de calidad de vida de los usuarios. Se genera una propuesta de modelo de gestión.

Palabras clave: gestión, estancias gerontológicas permanentes, percepción de calidad de vida, adulto mayor.

ABSTRACT

The objective of this research was to determine the existent relationship between how permanent gerontology residences are administered and the life quality perception of elderly people living in permanent gerontology residences in Mexico City. A multiple cases method was used, mixing qualitative and quantitative methods in a correlational scope. Two questionnaires were used; one to measure the administrative part of the study and another one to measure life quality perception on the elderly. Both questionnaires were validated due to their content and reliability. Four residences were picked using a non-probabilistic sampling, according to the sector they belonged to. During the field investigation, the surveys were applied to 20 residence workers and 121 elderly people living in permanent gerontology residences. The data was analyzed up to the fifth root on the qualitative approach, and with canonic co-relationship on the quantitative approach, using a SPSS software in its 25th version. The results showed a direct correlation between the elements "leadership", "alliances", "people", "processes", "individualization" and "autonomy" on the administrative side of the study, and the life quality of the elderly, measured by the variables "emotional wellness", "material wellness" and "rights". There was a finding that also related a greater life quality perception amongst the elderly, with the quality of the services received, signaling thus an element that could be improved to improve the overall life quality of its users. An administrative model is proposed for it.

Keywords: Management, permanent gerontological stay, quality of life, older adult.

Índice de contenido

Agradecimientos	ii
RESUMEN	iii
ABSTRACT	iii
Índice de contenido	iv
Índice de cuadros	vii
Índice de figuras	ix
Siglarío	xi
INTRODUCCIÓN	xiv
Capítulo 1. Diseño metodológico de la investigación	1
1.1 Planteamiento del problema	2
1.1.1 Definición del problema	3
1.2 Pregunta de investigación	4
1.2.1 Pregunta general	4
1.2.2 Preguntas específicas.....	4
1.3 Objetivos	5
1.3.1 Objetivo general	5
1.3.2 Objetivos específicos	5
1.4 Hipótesis de investigación	5
1.4.1 Hipótesis general	5
1.4.2 Hipótesis específicas	5
1.5 Fundamento teórico	6
1.6 Diseño de investigación	8
1.7 Estudio de casos múltiples	10
1.8 Tipo de estudio	16
1.9 Variables	17
1.9.1 Identificación, definición y operacionalización de variables	17
1.9.2 Referente teórico y operacionalización de las variables	18
1.10 Justificación	20
1.11 Caracterización de la población y selección de casos	22
1.12 Técnicas de recopilación de información	24
1.12.1 La observación	25
1.12.2 Técnica de encuesta	25
1.12.3 Técnica de entrevista	27

1.12.4 Fuentes documentales.....	27
1.13 Selección de informantes.....	28
1.14 Convocatoria, prueba piloto y aplicación del cuestionario	30
1.14.1 El cuestionario	30
1.14.2 Diseño del cuestionario.....	31
1.14.3 Estructura del cuestionario	32
1.15 Ponderación de las variables de estudio.....	38
1.16 Confiabilidad y validez de los cuestionarios	41
1.17 Tratamiento de la información	43
Capítulo 2. Gestión de la calidad en las estancias gerontológicas permanentes	45
2.1 La administración y la gestión	46
2.2 La calidad de los servicios.....	48
2.3 Modelos de gestión genéricos	54
2.3.1 Gestión de la calidad total.....	55
2.4 Modelos específicos de gestión de las estancias gerontológicas.....	66
2.4.1 Modelo de Atención Centrada en la Persona.....	68
2.4.2 Gestión de riesgos	73
2.5 Las estancias gerontológicas y su evolución.....	76
2.6 La denominación: Estancias Gerontológicas Permanentes.....	79
2.7 Las estancias gerontológicas modernas	79
2.8 Las estancias permanentes en la Ciudad de México	86
2.9 Marco Normativo de las estancias gerontológicas	89
2.10 Buscando una Gestión Integral.....	93
Capítulo 3. Características del usuario adulto mayor	95
3.1 El usuario en las estancias gerontológicas permanentes.....	96
3.2 Usuario adulto mayor	97
3.3 Calidad de vida	98
3.3.1 Bienestar emocional.....	101
3.3.2 Bienestar físico	102
3.3.3 Bienestar material	103
3.3.4 Relaciones interpersonales	104
3.3.5 Autodeterminación.....	104
3.3.6 Derechos.....	105
3.3.7 Desarrollo personal.....	105

3.3.8 Inclusión social	105
3.4 La percepción del usuario de los servicios asistenciales.....	106
Capítulo 4. Resultados	108
La gestión de las estancias gerontológicas permanentes en la Ciudad de México.....	108
4.2 Análisis de los casos de estudio	112
4.2.1 Caso 1: Estancia “C”	112
4.2.2 Caso 2: Estancia “M”	116
4.2.3 Caso 3: Estancia “E”	118
4.2.4 Caso 4: Estancia “A”	123
4.3 Análisis comparativo entre las estancias	125
4.4 Componente cuantitativo	132
4.4.1 Análisis comparativo de la gestión de las estancias.	132
4.4.2 Análisis comparativo de la percepción de Calidad de Vida.	139
4.5 Correlación entre variables.....	152
4.6 Análisis e interpretación de resultados.....	157
4.6.1 Síntesis de los resultados.....	157
4.6.1.2 Gestión desde la percepción del adulto mayor	163
4.7 Una propuesta de Modelo de Gestión Integral	165
4.8 Discusión	169
4.9 Conclusiones	171
Limitaciones.....	172
Recomendaciones.....	173
Líneas de investigación	173
Referencias bibliográficas	174
Bibliografía	175
Anexos.....	193
Anexo 1. Glosario	194
Anexo 2. Escala FUMAT.....	197
Anexo 3. Encuesta Gestión con Enfoque en la Calidad Total.....	198
Anexo 4. Encuesta de Evaluación de Atención Centrada en la Persona. P-CAT	199
Anexo 5. Encuesta Gestión con Enfoque en Prevención de Riesgos.	200
Anexo 6. Guía de entrevista semiestructurada Gestión	201
Anexo 7. Carta de consentimiento informado.....	202

Índice de cuadros

Cuadro 1.1	Cuadro de congruencia entre preguntas, objetivos e hipótesis de investigación.
Cuadro 1.2	Operacionalización de variables
Cuadro 1.3	Operacionalización de las dimensiones de estudio
Cuadro 1.4	Características de la muestra
Cuadro 1.5	Fuentes de información utilizadas en campo
Cuadro 1.6	Perfil de los directivos entrevistados
Cuadro 1.7	Cuestionario de percepción de calidad de vida. Variables, número de ítems y características
Cuadro 1.8	Cuestionarios de gestión. Variables, número de ítems y características
Cuadro 1.9	Cuestionario sobre Gestión por Calidad Total
Cuadro 1.10	Cuestionario sobre Gestión con Atención Centrada en la Persona
Cuadro 1.11	Cuestionario sobre Gestión de Riesgos Clínicos
Cuadro 1.12	Escala ordinal tipo Likert para evaluar el componente gestión
Cuadro 1.13	Escala ordinal tipo Likert para evaluar el componente percepción de calidad de vida
Cuadro 1.14	Valores de las variables de gestión gerontológica
Cuadro 1.15	Validación de los cuestionarios
Cuadro 1.16	Consistencia interna de las variables de percepción de calidad de vida
Cuadro 1.17	Pruebas estadísticas empleadas para buscar responder a las preguntas de investigación
Cuadro 2.1	Etapas de la evolución de la calidad
Cuadro 2.2	Características de los sistemas socio-sanitarios en seis países europeos y México
Cuadro 2.3	Características de los sistemas socio-sanitarios en seis países latino americanos
Cuadro 2.4	Normativa relacionada con las actividades de las estancias gerontológicas permanentes de la Ciudad de México
Cuadro 3.1	Dimensiones e indicadores de la escala FUMAT
Cuadro 4.1	Distribución de personal por áreas
Cuadro 4.2	Resumen de las características de gestión de las estancias
Cuadro 4.3	Puntuaciones promedio de la Gestión por Calidad Total
Cuadro 4.4	Puntuaciones y porcentajes de las variables de gestión por calidad total
Cuadro 4.5	Puntuaciones y porcentajes de la gestión con atención centrada en la persona por estancia
Cuadro 4.6	Porcentaje de cumplimiento de las variables de gestión con atención centrada en la persona
Cuadro 4.7	Porcentaje de cumplimiento de variables de gestión de riesgos
Cuadro 4.8	Características socio-demográficas de los adultos mayores
Cuadro 4.9	Tabla comparativa de medidas de tendencia central y dispersión de la variable percepción de calidad de vida
Cuadro 4.10	Promedio de puntuaciones de las tres dimensiones de gestión y de calidad de vida de los residentes
Cuadro 4.11	Variables de la dimensión Gestión por Calidad Total y Percepción de Calidad de Vida
Cuadro 4.12	Puntuaciones y porcentajes de las variables de gestión con atención centrada en la persona y percepción de calidad de vida

Cuadro 4.13	Estadística básica de los datos de percepción de calidad de vida de la muestra
Cuadro 4.14	Prueba de hipótesis sobre diferencias en percepción de calidad de vida de estancia gubernamental y privadas
Cuadro 4.15	Diferencias en la percepción de calidad de vida de los adultos mayores en las estancias
Cuadro 4.16	Porcentaje de adultos mayores con discapacidad por estancia
Cuadro 4.17	Diferencias en las ocho variables de percepción de calidad de vida entre estancias
Cuadro 4.18	Prueba de ANOVA para la pregunta ¿se muestra satisfecho con su vida presente? por estancia
Cuadro 4.19	Preguntas sobre percepción de calidad de vida en las que se encontró diferencia estadísticamente significativa entre las cuatro estancias
Cuadro 4.20	Comparativo de las características generales de las estancias
Cuadro 4.21	Resumen de las pruebas estadísticas utilizadas por pregunta de investigación
Cuadro 4.22	Correspondencia entre inconformidades manifestadas por los adultos mayores y atributos de calidad

Índice de figuras

- Figura 1.1 Fundamentación teórica del trabajo
- Figura 1.2 Esquema del problema de investigación
- Figura 1.3 Fases de la investigación
- Figura 1.4 Diseño metodológico del método de caso
- Figura 1.5 Elementos metodológicos fundamentales del presente trabajo
- Figura 1.6 Modelo de análisis
- Figura 1.7 Tipos de pruebas estadísticas de análisis multivariante
- Figura 2.1 Componentes de la calidad asistencial
- Figura 2.2 Componentes de la evaluación de la calidad en salud
- Figura 2.3 Modelo de gestión de calidad EFQM (*European Foundation for Quality Management*)
- Figura 2.4 Liderazgo situacional. Estilos de liderazgo correlacionados con los niveles de madurez de los seguidores
- Figura 2.5 Influencia del liderazgo en las organizaciones gerontológicas
- Figura 2.6 Modelo de atención centrada en la persona
- Figura 2.7 Modelo organizacional de accidentes de James Reason
- Figura 2.8 Evolución histórica de las estancias gerontológicas en el mundo
- Figura 4.1 Distribución de estancias gerontológicas permanentes en la Ciudad de México
- Figura 4.2 Organigrama de la estancia de la Junta de Asistencia Privada "C"
- Figura 4.3 Causas de inconformidad entre los adultos mayores residentes. Estancia "C"
- Figura 4.4 Causas de inconformidad entre los adultos mayores residentes. Estancia "M"
- Figura 4.5 Organigrama de la estancia perteneciente a la Junta de Asistencia Privada "E"
- Figura 4.6 Causas de inconformidad entre los adultos mayores residentes. Estancia "E"
- Figura 4.7 Organigrama de la estancia gerontológica privada con fines de lucro "A"
- Figura 4.8 Causas más frecuentes de inconformidad entre los residentes de la estancia "A"
- Figura 4.9 Distribución de opiniones de adultos mayores por tipo de opinión manifestada
- Figura 4.10 Causas globales de inconformidad de los adultos mayores con los servicios recibidos en las estancias
- Figura 4.11 Análisis cualitativo de las causas de inconformidad de los adultos mayores
- Figura 4.12 Diagrama de Pareto de las causas raíz organizacionales relacionadas con las inconformidades de los adultos mayores
- Figura 4.13 Distribución de las causas de inconformidad según los componentes de la Evaluación en salud de Donabedian
- Figura 4.14 Padecimientos manifestados por los adultos mayores agrupados por esferas de acuerdo con la definición de salud de la OMS
- Figura 4.15 Percentiles de percepción de calidad de vida en las estancias permanentes de la muestra
- Figura 4.16 Distribución por género de los adultos mayores residentes en las cuatro estancias
- Figura 4.17 Datos de la encuesta de percepción de calidad de vida de los adultos mayores de las estancias
- Figura 4.18 Percentiles de las ocho variables de percepción de calidad de vida
- Figura 4.19 Relación entre dimensiones de gestión y percepción de calidad de vida
- Figura 4.20 Relación entre variables de gestión por calidad total y percepción de calidad de vida
- Figura 4.21 Relación entre gestión por calidad total y variables de percepción de calidad

de vida

Figura 4.22 Relación entre variables de gestión por calidad total y variables de percepción de calidad de vida con significancia estadística

Figura 4.23 Relación entre variables de gestión con atención centrada en la persona y variables de percepción de calidad de vida con significancia estadística

Figura 4.24 Propuesta de modelo de Gestión Integral para las estancias gerontológicas permanentes en la Ciudad de México

Siglarlo

ABVD	Actividades Básicas de la Vida Diaria
AIVD	Actividades Instrumentales de la Vida Diaria
ACP	Atención Centrada en la Persona
ANOVA	Análisis de Varianza (por sus siglas en inglés)
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
Atlas-ti	Software de Análisis Cualitativo de Datos
AU	Autonomía
BE	Bienestar Emocional
BF	Bienestar Físico
BM	Bienestar Material
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y El Caribe
CONAPO	Consejo Nacional de Población
CV	Calidad de Vida
DP	Desarrollo Personal
DR	Derechos
DIF	Desarrollo Integral de la Familia
DOF	Diario Oficial de la Federación
DRAE	Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española
EFQM	European Foundation for Quality Management
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
EPHA	Établissement d'hébergement pour personnes âgées
EPHAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EVISA	Esperanza de Vida Saludable
FCA	Facultad de Contaduría y Administración
FODA	Fortalezas Oportunidades Debilidades Amenazas
FUMAT	Escala de evaluación de percepción de calidad de vida (Fundación Matia)
GR	Gestión de Riesgos
HAFLI	Housing are for living in
IAAM	Instituto para la Atención de los Adultos Mayores
IAP	Institución de Asistencia Privada
IS	Inclusión Social
IMSERSO	Instituto de Mayores y Servicios Sociales
INAPAM	Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
INSEN	Instituto Nacional de la Senectud
IS	Interrelaciones Sociales
ISO	International Organization for Standardization
JAP	Junta de Asistencia Privada
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization
LAPAD	Ley de autonomía personal y atención a la dependencia
PAXQDA	Software de Análisis Cualitativo de Datos
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
PAI	Plan de Acción Integral

PDCA	Planear-hacer-verificar-actuar (por sus siglas en inglés)
READER	Resultados-enfoque-despliegue-evaluación (por sus siglas en inglés)
RI	Relaciones Interpersonales
NOM	Norma Oficial Mexicana
TQM	Total Quality Management
UNAM	Universidad Nacional Autónoma de México
UNE	Asociación Española de Normalización

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

El estudio de la calidad de vida de los adultos mayores cobra cada día más relevancia en virtud del cambio en la proporción de adultos mayores de 60 años en relación con la población infantil y juvenil. El incremento en la población adulta mayor es por demás evidente. Relacionado con la reducción en la natalidad y el aumento en la esperanza de vida, la población de personas mayores de 60 años se ha triplicado entre los años 1950 y 2000 a nivel mundial (CEPAL, 2010; Arguello, 2012, p. 14; Organización Mundial de la Salud (OMS), 2015). Al aumento en el número de personas mayores con relación a la población de jóvenes, se le conoce como envejecimiento demográfico (Hernandis & Sánchez Martínez, 2005).

En México, pasará de 7.0% en el año 2000 a 12.5% de la población total en el año 2020, ubicándolo entre los países de la región con envejecimiento moderado de acuerdo con la clasificación de la Comisión Económica para América Latina y El Caribe (CEPAL; Sunkel, 2019, p. 245).

Pero el mayor número de adultos mayores en las poblaciones es solo uno de los cambios observados, ya que también se observa mayor número de problemas crónicos de salud en este grupo poblacional y una mayor dependencia, es decir, necesidad de apoyo para la realización de sus actividades tanto básicas como instrumentadas. Lo anterior, ha generado una mayor necesidad de un sistema formal de cuidados.

La esperanza de vida al nacer, es el número de años que se espera que una persona va a vivir al momento de su nacimiento, y los años que se espera va a vivir libre de enfermedades, se le conoce como esperanza de vida saludable (EVISA) (Rodríguez-Abrego, Escobedo de la Peña, Zurita, & Ramirez, 2006). Para el año 2016 en nuestro país, la diferencia entre esperanza de vida y esperanza de vida saludable era de nueve años, durante los cuales, la calidad de vida del adulto mayor se encuentra afectada negativamente por diversos problemas, destacando la salud física y mental, disminución o pérdida de su autonomía, reducción en los ingresos económicos, aislamiento social y falta de visibilidad de sus derechos como personas (Rodríguez-Abrego, Escobedo de la Peña, Zurita, & Ramirez, 2006).

Por otro lado, el cambio en la actividad económica que implica la participación de las mujeres en todo el mundo ha hecho necesaria la intervención de otros sectores en el cuidado de los adultos mayores. Las organizaciones encargadas del cuidado de las personas adultas mayores, es a lo que llamamos estancias gerontológicas y reciben diversos nombres como: casas de retiro, residencias geriátricas, residencias de personas mayores, residencias de ancianos, casas de cuidado (*care homes/nursing homes*) y asilos de ancianos.

Las organizaciones gerontológicas en el mundo surgieron en el siglo VI con un enfoque de dádiva. Paulatinamente, este enfoque ha presentado cambios, especialmente en países económicamente desarrollados, en donde se ha direccionado hacia un enfoque de derechos (Trejo Maturana, 2001; Teresa Martínez Rodríguez, 2013).

Estos sistemas residenciales, también han experimentado diversos cambios pasando del otorgamiento de servicios básicos, hasta buscar una mejora continua

en la calidad de sus servicios que permitan cumplir con su misión fundamental, que es la mejora en la percepción de calidad de vida de sus residentes, lo cual conlleva cambios sustantivos en sus modelos de gestión.

En 1982, en la Conferencia de Viena, se generó el plan de acción internacional sobre el envejecimiento, que tenía como objetivo mejorar la seguridad económica y social de este grupo poblacional que se veía en aumento, así como incrementar las oportunidades para que participaran en el desarrollo de sus países (ONU, 1982).

Posteriormente en 2002, en la conferencia de Madrid, surge la declaración política y un nuevo plan de acción internacional sobre el envejecimiento. Para esta fecha, la transición demográfica era un fenómeno visible no solo en países desarrollados como se veía en la primera convención de Viena, sino, en países en vías de desarrollo. La intención de este nuevo plan de acción era sensibilizar a los gobiernos, para reorientar la manera en que las sociedades se relacionan con sus adultos mayores.

En esta declaración se enfatizó la necesidad de buscar la participación de los adultos mayores en la solución de los problemas de la sociedad, favorecer el acceso a actividades laborales mientras el adulto mayor lo desee, acceso a la educación en sus diferentes niveles con especial énfasis en la educación en informática básica, permitiendo que el adulto se integre a actividades que requieran de este conocimiento, acceso a los servicios de salud y a contar con los medicamentos necesarios (Unidas, 2002).

Se recalcó también la necesidad de buscar apoyos intergeneracionales, hacer visible al adulto mayor en problemas derivados de la migración forzada y en casos de desastres, promoviendo la participación de este grupo etario en los problemas derivados de dichos fenómenos, mejorar la situación económica y los apoyos sociales y el respeto a los derechos humanos.

Así mismo, se planteó tomar en consideración, para la generación de políticas públicas, la feminización de la discriminación al adulto mayor, ya que son las mujeres mayores quienes son más frecuentemente víctimas de violencia, de falta de educación y de apoyos económicos, de falta de acceso a apoyos sociales y servicios de salud, así como de falta de programas de jubilación por haber laborado en el sector informal. Pese a la amplitud de las medidas adoptadas en el plan, es poco lo que se ha avanzado desde entonces, especialmente en países como el nuestro (Unidas, 2002).

Países como España, Francia, Alemania, Reino Unido y Suecia, buscan incrementar el número de plazas para adultos mayores en los centros gerontológicos e incrementar la calidad de los servicios medidos mediante la satisfacción y la percepción de calidad de vida de sus adultos mayores residentes. El número de plazas oscila entre 4.2 y 6.6 por cada 100 adultos mayores, dependiendo del país de que se trate y aun se trabaja no solo por incrementar el número de plazas sino, en incrementar los servicios de asistencia a nivel domiciliario para lograr una cobertura asistencial cuya demanda, continúa en ascenso (Consulting, 2014).

Canadá, en un reporte relativo a la satisfacción con los servicios por parte del adulto mayor en 2014, registra mejora sobre todo en lo relacionado con la satisfacción en la comunicación entre el personal de enfermería y cuidadores, así como en la diversidad de actividades que se ofrecen en los centros. Encuentra áreas de oportunidad en una mayor participación de los adultos mayores en la toma de decisiones, mejora en el tiempo de respuesta al llamado del adulto mayor y salidas de interrelación con la comunidad. Los aspectos en los que se centra la mejora en este país para incrementar la satisfacción se refieren sobre todo a la relación adulto mayor/personal de cuidados y a la mejora en las instalaciones para tornarlas más parecidas a los hogares (Malatest, Program evaluation & Market research 2014).

En México, se están haciendo grandes esfuerzos por mejorar los servicios asistenciales a los adultos mayores y han surgido especialidades académicas como la especialización en Administración Gerontológica en la Unidad de Posgrado de la Facultad de Contaduría y Administración de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM,) que contribuirán a mejorar los conocimientos y competencias administrativas de las personas responsables de la gestión en sus diferentes niveles.

La calidad de la atención en las estancias gerontológicas tiene tres componentes: satisfacción con los servicios, efectividad manifestada mediante mejora en la percepción de calidad de vida y efectividad manifestada mediante la seguridad en la atención de los adultos mayores (Malley, Amico, & Fernandez, 2019). Los sistemas residenciales, han pasado del otorgamiento de servicios básicos hasta convertirse en sistemas complejos que buscan la satisfacción de sus usuarios y la mejora en la percepción de calidad de vida de sus residentes, lo cual conlleva cambios sustantivos en sus modelos de gestión.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha centrado nuestra atención hacia un otorgamiento de servicios socio-sanitarios que incluyan la calidad de los servicios con un enfoque en la atención centrada en la persona y en la seguridad de los adultos mayores (de Arcaya Vitoria, 2007).

La centralidad en la persona involucra dos grandes dimensiones; la personalización de los cuidados que son congruentes con la individualidad del adulto mayor y el respeto de su autonomía (Martínez Teresa, Díaz-Veiga Pura, n.d.).

La individualidad del adulto mayor tiene que ver no solo con sus características genéticas que lo hacen único e irreplicable, sino con su desarrollo en todas las etapas de la vida previas a su vejez, a su historia de vida, la educación formal e informal recibida y, en general, con todos aquellos factores económicos, sociales, culturales y biológicos que determinan las características específicas del envejecimiento de las personas.

La autonomía, tiene que ver con la capacidad de decisión del adulto mayor y el respeto a estas decisiones. En este punto, es importante conformar apoyos por parte de la sociedad en la que se desenvuelve para el cumplimiento de estos deseos y necesidades, independientemente de las limitaciones que pueda presentar (A. López, Marin, & De la parte, 2004).

Por otro lado, el ejercicio de la centralidad en la persona con sus dos componentes anteriormente comentados obliga a considerar la prevención de riesgos, en virtud de que el envejecimiento implica en mayor o menor grado, reducción de algunas funciones que es necesario identificar en cada caso, para poder brindar los apoyos específicos.

Los riesgos que se deben identificar y tratar, son todos aquellos factores que pueden contribuir a la discapacidad del adulto mayor y que se pueden prevenir o minimizar.

El reto para la sociedad en su conjunto y en particular para los servicios gerontológicos, es hacer que esos nueve años que actualmente se tienen en México con carga de enfermedad y/o limitaciones funcionales se reduzcan.

Se identifica, en las estancias gerontológicas permanentes en la Ciudad de México, una brecha del conocimiento al no contar con un modelo de gestión de dichas estancias que contribuya a mejorar la percepción de calidad de vida de los adultos mayores.

Dado el problema mencionado, se plantean como objetivos de investigación; identificar cuáles son las características de gestión de las estancias gerontológicas permanentes actualmente en la ciudad de México, cuál es la diferencia en el índice de percepción de calidad de vida entre adultos mayores de residencias del sector público y privado y, finalmente, identificar qué tipo de gestión genera mayores índices de percepción de calidad de vida de los adultos mayores residentes.

El presente trabajo aborda desde el enfoque de la gestión, la mejora de la percepción de calidad de vida de los adultos mayores mediante la búsqueda de las características que debe tener la gestión de las estancias gerontológicas permanentes, específicamente en la Ciudad de México en los años 2018 y 2019.

En el capítulo uno, se trata el diseño metodológico del presente trabajo, así como el diseño de los instrumentos de recolección. La planeación del trabajo incluyendo la matriz de congruencia con todos sus componentes, la justificación del trabajo, identificación de las variables y modelo de investigación y el probable manejo estadístico que se daría a los resultados obtenidos.

En el segundo capítulo se incursiona en el tema de la gestión y la administración, así como los distintos conceptos que las diferencian. Los elementos que deben incluirse dentro de una gestión integral al abordar las organizaciones gerontológicas, así como el marco normativo que rige el funcionamiento de las estancias de los sectores privados y público en nuestro país.

El capítulo tres se tratan las características del usuario adulto mayor y las características que lo hacen un usuario complejo de los servicios residenciales incluida la percepción de calidad de vida con sus diferentes componentes.

A lo largo del capítulo cuatro, se presentan los resultados encontrados y el análisis realizado a la información obtenida tanto con las herramientas cualitativas como cuantitativas de la investigación. Se presenta la interpretación de los resultados y conclusiones alcanzadas incluyendo la propuesta de un modelo de gestión integral para las estancias gerontológicas en la Ciudad de México, que se espera contribuya a una mejor percepción de calidad de vida de los usuarios adultos mayores.

Capítulo 1. Diseño metodológico de la investigación

El presente capítulo contiene el planteamiento del problema, las preguntas, objetivos e hipótesis de investigación, el fundamento teórico del trabajo, el diseño de la investigación, los elementos que guiaron en la selección del método de caso, el modelo de análisis y las variables utilizadas, la identificación de la población, definición del tipo de muestreo y configuración de la muestra, así como la técnica utilizada en la investigación de campo, para finalizar con el tipo de análisis que se planeó emplear con los datos obtenidos a partir del trabajo de campo.

1.1 Planteamiento del problema

En los siguientes párrafos y previo a la definición del problema, se explican los puntos relevantes que condujeron a identificar la brecha del conocimiento que motivaron la presente investigación. Se inicia por la transición demográfica y epidemiológica para pasar en seguida, a los modelos de gestión existentes en las estancias y sus limitaciones por lo que la falta de un modelo de gestión persiste como un problema para abordar.

En México, entre 2010 y 2050, la población adulta mayor prácticamente se quintuplicará, pasando de 6.9 millones de personas mayores de 60 años en el año 2000 a 36.2 millones para el año 2050 (CONAPO, 2000). Al aumento nacional en la población adulta mayor se suma el aumento en la proporción de adultos en edades más avanzadas y de adultos en situación de dependencia derivado de limitaciones físicas o cognitivas permanentes generadas por las enfermedades crónicas (Gascón, Redondo, & CEPAL, 2015).

La esperanza de vida es el número de años que se espera podría vivir una persona al momento de nacer, y los años que se espera va a vivir libre de enfermedades, se le conoce como esperanza de vida saludable (EVISA) (Rodríguez-Abrego 2012). Para el año 2016 en nuestro país, la diferencia entre esperanza de vida y esperanza de vida saludable era de nueve años, durante los cuales, la calidad de vida del adulto mayor se encuentra afectada negativamente por diversos problemas, destacando la salud física y mental, disminución o pérdida de su autonomía, reducción en los ingresos económicos, aislamiento social y falta de visibilidad de sus derechos como personas (Publica, 2012).

Estos cambios demográficos y epidemiológicos generan una mayor necesidad de estancias gerontológicas que proporcionen servicios de calidad y que contribuyan a mejorar la percepción de calidad de vida de este grupo poblacional, la cual está influenciada por múltiples factores (Hernandis & Sánchez Martínez, 2005).

Sin embargo, hoy por hoy hay estudios como el realizado por Amonkar et al (2018) que encuentran una mejor percepción de calidad de vida entre los adultos que viven en el seno de sus familias que en aquellos que viven en estancias gerontológicas (Amonkar et al., 2018).

A nivel internacional se observa cada vez más interés en la calidad de los servicios dentro del sector socio sanitario. Se han implementado modelos de gestión de calidad genéricos, extraídos del sector industrial como las normas ISO 9001 (*International Organization for Standardization*) o el modelo europeo EFQM (*European Foundation of Quality Management*) o modelos específicos como el HAFLI (*Housing are for living in*) o la UNE (Asociación Española de Normalización).

Los modelos genéricos de gestión, se encuentran vinculados a la calidad de los servicios que se otorgan, que si bien es cierto se enfocan en el cliente como una de sus características fundamentales, lo abordan desde el punto de vista de la satisfacción de los deseos del cliente y poco se trabaja en el componente de la satisfacción de sus necesidades (España, 2017 ;Heras, Cilleruelo, & Iradi, 2008).

Aunque los resultados de los modelos genéricos de gestión son controversiales, hay consenso en que ayudan a estandarizar los procesos en las organizaciones gerontológicas, por lo que pueden ser una gran herramienta si se adaptan a las necesidades de los usuarios finales, considerando como objetivo estratégico la calidad de vida de los adultos mayores residentes. (Sonya & Nancarrow, 2013).

El modelo de atención más ampliamente aceptado en la actualidad cuya implementación se ha dado sobre todo en Europa y Norteamérica, es el de la atención centrada en la persona. Su enfoque principal se da en el respeto al principio bioético de autonomía, y de los derechos humanos del adulto mayor. Sin embargo, aún son escasos los estudios que apoyan la correlación positiva entre este modelo de atención y la percepción de calidad de vida de los adultos mayores residentes (Díaz-Veiga et al., 2014).

Una de las debilidades del modelo de atención centrada en la persona, es que se asocia a un mayor número de riesgos clínicos, sobre todo de caídas de los residentes, por lo que la gestión organizacional debe contemplar el otorgamiento de servicios con atención centrada en la persona y la gestión de riesgos organizacionales.

Por ser un área que cobra cada vez mayor relevancia en México dados los cambios demográfico-epidemiológicos de la población y la situación actual de las estancias gerontológicas, la identificación de los elementos de gestión necesarios para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, surge como una problemática a resolver desde un enfoque administrativo.

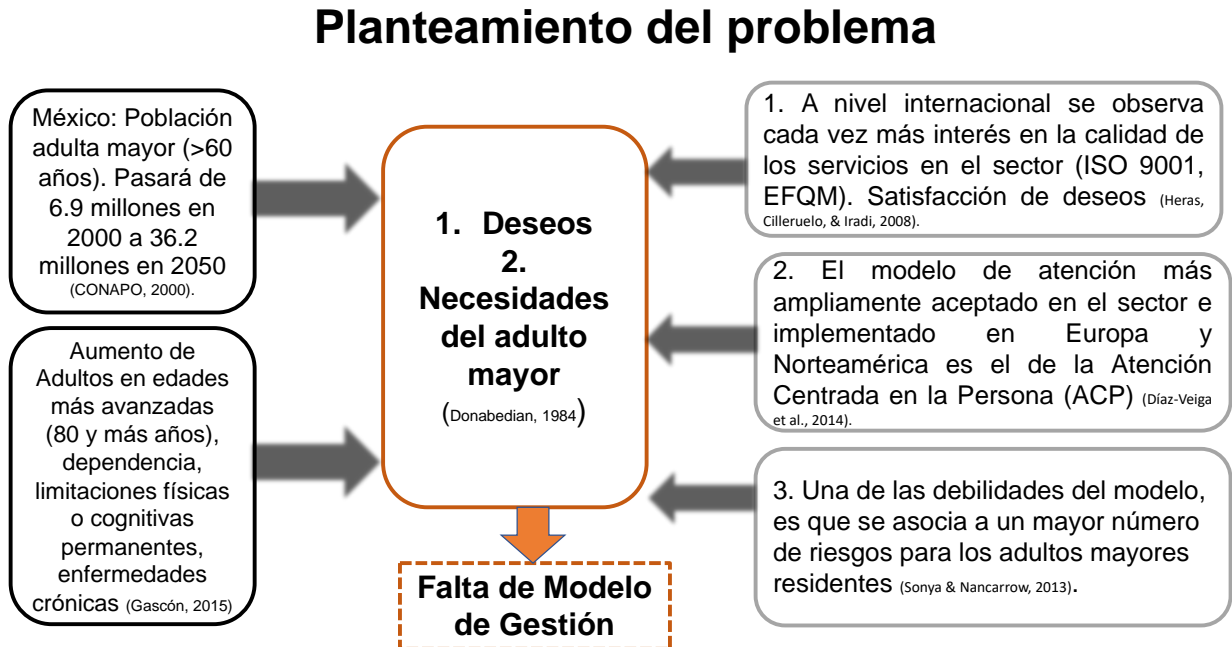
1.1.1 Definición del problema

De la conjunción de los elementos citados, se desprende que el problema que aborda la presente investigación es la **identificación de aquellos elementos de gestión que se relacionen con una mejor percepción de calidad de vida de sus usuarios y que permitan identificar un modelo de gestión de las estancias gerontológicas permanentes enfocado a la mejora de los resultados en los siguientes aspectos: satisfacción del adulto mayor y mejora en la percepción de su calidad de vida incluida la seguridad en sus cuidados.** Lo anterior en el contexto particular de la Ciudad de México.

Dicho de otro modo, se plantearía en la siguiente interrogante: **¿Cómo se relaciona la gestión de las estancias gerontológicas permanentes en la Ciudad de México con la percepción de calidad de vida de los adultos mayores residentes?**

La figura 1.1 sintetiza los elementos involucrados en el problema de investigación.

Figura 1.1. Esquema del problema de investigación



Fuente: Elaboración propia, con base en Heras Cilleruelo & Iradi, 2008. Díaz-Veiga et al. 2014. Sonya and Nancarrow 2013. Gascon, 2015. CONAPO, 2000. Donabedian 1984.

1.2 Pregunta de investigación

En concordancia con lo planteado hasta aquí, la presente investigación busca responder a las siguientes preguntas.

1.2.1 Pregunta general

¿Cómo se relaciona la gestión de las estancias gerontológicas permanentes en la Ciudad de México con la percepción de calidad de vida de los adultos mayores residentes?

1.2.2 Preguntas específicas

Al analizar la pregunta de investigación surgen otras interrogantes que ayudan a enfocar el problema de investigación y que se podrían condensar en las siguientes:

1. ¿Cuáles son las características de gestión de las estancias gerontológicas permanentes de la Ciudad de México en 2018-2019?
2. ¿Cuál es la diferencia en el índice de percepción de calidad de vida de los adultos mayores residentes en las estancias gerontológicas permanentes de la Ciudad de México relacionado con el sector al que pertenecen público o privado en 2018-2019?

1.3 Objetivos

El presente trabajo tiene los siguientes objetivos:

1.3.1 Objetivo general

Determinar la relación existente entre la gestión de las estancias gerontológicas permanentes en la Ciudad de México, con la percepción de calidad de vida de los adultos mayores residentes.

1.3.2 Objetivos específicos

1. Identificar las características de gestión de las estancias gerontológicas de la Ciudad de México en 2018-2019.
2. Comparar el índice de percepción de calidad de vida de los adultos mayores residentes en las estancias de los sectores público y privado en la Ciudad de México en 2018-2019.

1.4 Hipótesis de investigación

Para responder tentativamente a las preguntas de investigación, se plantean las siguientes hipótesis general y específicas:

1.4.1 Hipótesis general

Las estancias gerontológicas permanentes de la Ciudad de México que incorporan una gestión que incluya el enfoque en la calidad total, la atención centrada en la persona y la prevención de riesgos clínicos, mejoran la percepción de calidad de vida de sus adultos mayores residentes.

1.4.2 Hipótesis específicas

1. La gestión reactiva es la más frecuentemente utilizada en las estancias gerontológicas de la Ciudad de México en 2018-2019.
2. Los adultos mayores residentes en las estancias gerontológicas permanentes del sector público en la Ciudad de México en 2018-2019, tienen índices más altos de percepción de calidad de vida, comparado con el sector privado. (Lacayo & Juárez, 2013) (cuadro 1.1).

Cuadro 1.1. Cuadro de congruencia entre preguntas, objetivos e hipótesis de investigación

Pregunta de investigación: ¿Cómo se relaciona la gestión de las estancias gerontológicas permanentes en la Ciudad de México con la percepción de calidad de vida de los adultos mayores residentes?		
Objetivo: Determinar la relación existente entre la gestión de las estancias gerontológicas permanentes en la Ciudad de México, con la percepción de calidad de vida de los adultos mayores residentes.		
Hipótesis: Las estancias gerontológicas permanentes de la Ciudad de México que incorporan una gestión que incluya el enfoque en la calidad total, la atención centrada en la persona y la prevención de riesgos clínicos, mejoran la percepción de calidad de vida de sus adultos mayores residentes.		
Preguntas específicas	Objetivos específicos	Hipótesis específicas
P 1	O 1	H 1
¿Cuáles son las características de gestión de las estancias gerontológicas permanentes de la Ciudad de México en 2018-2019?	Identificar las características de gestión de las estancias gerontológicas de la Ciudad de México en 2018-2019	La gestión reactiva es la más frecuentemente utilizada en las estancias gerontológicas de la Ciudad de México en 2018-2019
P 2	O 2	H 2
¿Cuál es la diferencia en el índice de percepción de calidad de vida de los adultos mayores residentes en las estancias gerontológicas permanentes de la Ciudad de México relacionado con el sector al que pertenecen público o privado en 2018-2019?	Comparar el índice de percepción de calidad de vida de los adultos mayores residentes en las estancias de los sectores público y privado en la Ciudad de México en 2018-2019.	Los adultos mayores residentes en las estancias gerontológicas permanentes del sector público en la Ciudad de México en 2018-2019, tienen índices más altos de percepción de calidad de vida comparado con las estancias del sector privado.

Fuente: Elaboración propia con base en Lacayo y Juárez (2013), Material de apoyo para la elaboración de un protocolo de investigación. Apuntes de la materia.

1.5 Fundamento teórico

El fundamento teórico del presente trabajo lo constituye de manera fundamental el modelo de Avedis Donabedian de la calidad de la atención en salud, en virtud de que busca las estrategias de asistencia necesarias para cubrir las tres esferas descritas por el autor como componentes de la calidad en salud: técnica, interpersonal y de amenidades, y que establecen la diferencia entre la calidad de los productos y la calidad de los servicios asistenciales y de salud. La evaluación de la calidad en salud de acuerdo con el mismo autor tiene tres componentes a su vez; el componente de estructura, procesos y resultados.

Con este modelo de atención se busca no solo cubrir los deseos del adulto mayor para dejarlo satisfecho con los servicios sino, cubrir sus necesidades de salud, no siempre evidentes para el adulto mayor y su familia; y no siempre convergentes entre sí, pero que van a impactar en la percepción de su calidad de vida.

Gestionar las organizaciones en salud para alcanzar las tres esferas de la calidad se constituye en el referente teórico más importante (Donabedian, A. 1988).

Para encontrar las variables de gestión se buscó apoyo en la teoría de calidad de otro clásico, W. Edwards Deming, quien propuso que el enemigo número uno de la calidad era la variabilidad. Para reducir esta variación en los productos se tenía que

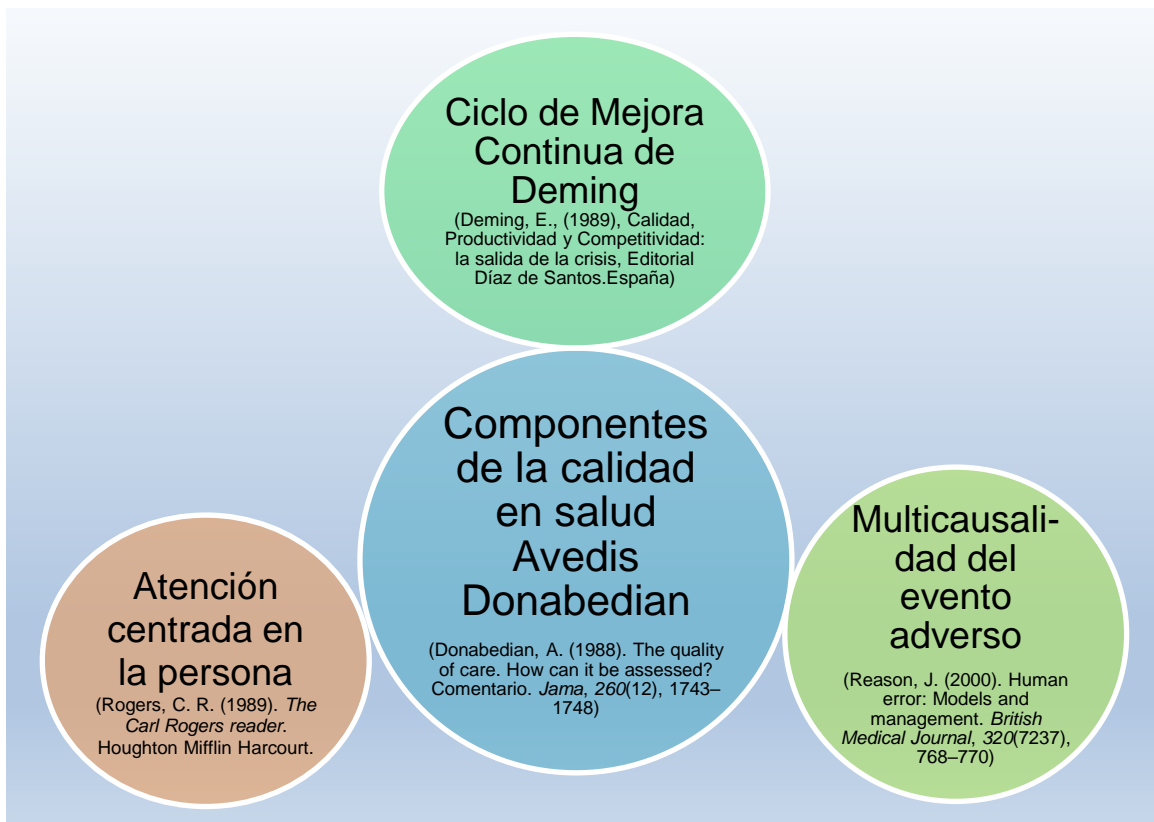
trabajar en un ciclo de mejora continua, constituido por planear-hacer-verificar y actuar (PDCA, por sus siglas en inglés). Este ciclo dio origen al concepto READER, resultados, enfoque, despliegue, evaluación y revisión (Zorroaga, 2010, p. 28) del modelo *European Foundation For Quality Management* (EFQM), que se convirtió en otro de los referentes teóricos para el presente trabajo (Sacanelle Berrueco, 2010; Deming & Medina, 1989).

Hasta aquí, se busca lograr la calidad del servicio tal y como se hace en cualquier empresa de servicios, pero hacían falta modelos teóricos que le dieran el elemento específico necesario para los adultos mayores, por lo que se continúa la búsqueda de referentes en la literatura encontrándose el modelo propuesto por Carl Rogers, de gestionar con atención centrada en la persona, es decir, atendiendo a su propia autonomía y a su individualidad. De esta forma, la atención centrada en la persona se convierte en el tercer fundamento teórico del trabajo (Teresa Martínez Rodríguez, 2011; Carl Ransom Rogers, 1989).

Derivado de la inclusión de la gestión con atención centrada en la persona surge la necesidad de incluir un cuarto fundamento teórico del trabajo, la gestión de riesgos. Lo anterior, en virtud de que los eventos adversos constituyen una causa importante de morbimortalidad susceptibles de reducirse mediante mejoras organizativas. No se cuentan con estudios que hayan cuantificado el problema, aunque, a nivel hospitalario se reconoce una frecuencia del 9.2% de los cuales el 42.8% podrían haberse evitado (Pardo et al., 2005, p. 211). Además, la implementación del modelo de atención centrada en la persona en las organizaciones gerontológicas conlleva un incremento en la presentación de eventos adversos. Es por eso que la gestión de riesgos con su fundamento en el modelo de multicausalidad de Reason, se constituye en el cuarto elemento teórico que da fundamento al presente trabajo. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015; Ministerio de Sanidad, 2011; Díaz-Veiga et al., 2014; Godoy, Escaudar, Rossana, & Pinto, 2009; Chávez, 2014; Reason, 2000).

Por lo anteriormente expuesto, el fundamento teórico del presente trabajo lo constituyen las cuatro teorías sobre la mejora continua de la calidad expuestas por Avedis Donabedian, Edwards Deming, Carl Rogers y James Reason (figura 1.2).

Figura 1.2 Fundamentación teórica del trabajo



Fuente: Elaboración propia con base en las referencias citadas.

1.6 Diseño de investigación

La presente investigación se diseñó en tres fases: planeación, ejecución y análisis de resultados.

Primera fase. Una vez identificado el problema de investigación, en la primera fase del estudio, se profundiza en la indagación documental que permite identificar las principales teorías relativas a la mejora de la calidad surgida en el ámbito industrial y posteriormente llevadas al sector servicios y que dan fundamento teórico a la presente investigación.

Se utilizan bases de datos como EBSCO, PROQUEST, EMERALD, REDALYC y meta-buscaadores como Google académico. Los artículos, capítulos de libros y publicaciones en internet en otros idiomas, específicamente del inglés y francés son traducidos al español.

Se examina el estado del arte revisando los modelos de gestión de las estancias a nivel internacional lo cual permite clarificar que en otros países se ha buscado administrar estas organizaciones buscando la calidad total adaptando metodologías

genéricas de otros sectores como el ISO 9000 y el EFQM. Lo anterior da lugar a la identificación del modelo *European Foundation for Quality of Management* (EFQM) como referente teórico de la gestión, el cual tiene como fundamento el ciclo de mejora continua de W. Edwards Deming (Heras et al., 2008).

En esta búsqueda se encuentra también que se ha implementado en otros países una metodología que busca la mejora en los resultados de la atención de los pacientes en el área de psicología, llamada atención centrada en el paciente y que, al aplicarla en el sector gerontológico, como atención centrada en la persona, favorece esa autonomía que se encontró como un factor decisivo para los adultos mayores (Díaz-Veiga et al., 2014).

Sin embargo, las publicaciones que hacen referencia a la implementación de esta atención centrada en la persona dan cuenta de la mayor exposición a riesgos clínicos a los que se expone el adulto mayor, por lo cual se hace necesario considerar la prevención de riesgos, como uno de los elementos a estudiar y considerar en el modelo de estudio (Sonya & Nancarrow, 2013).

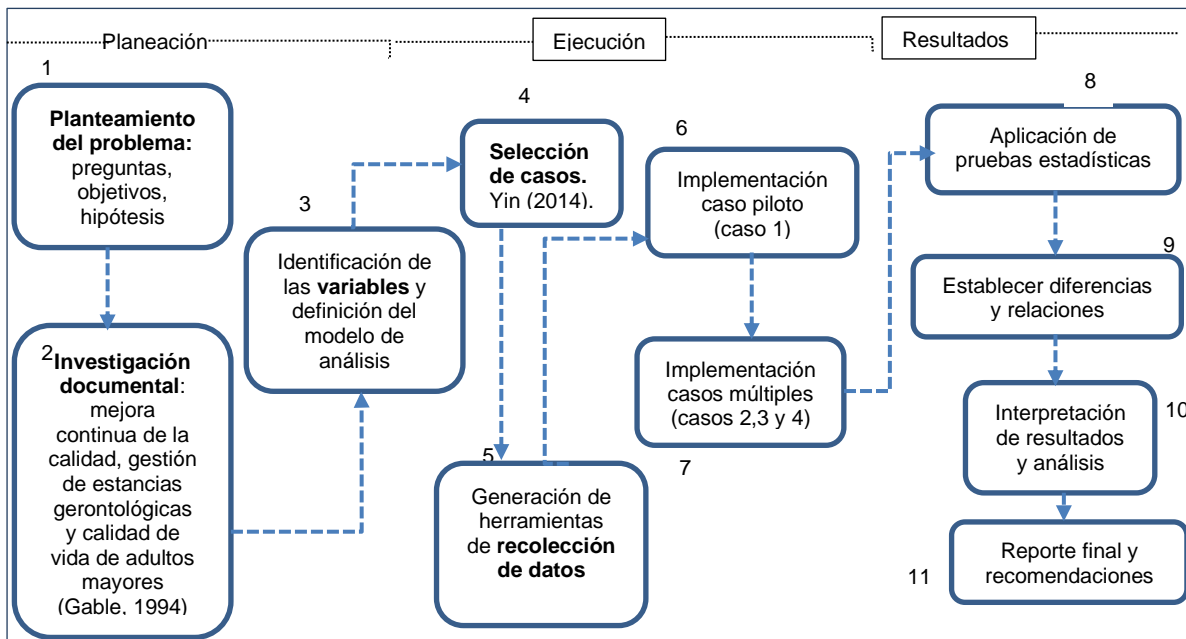
Esta información es la base para la definición de las variables y la integración del modelo de análisis. Se continúa la indagación para conocer el número de estancias gerontológicas permanentes de la Ciudad de México y sus características, lo cual permite identificar a la población y definir los sujetos de estudio.

Tradicionalmente, cuando las teorías existentes son inadecuadas o incompletas y se requiere estudiar el fenómeno desde diversas perspectivas tal y como ocurre en el problema que se plantea resolver en el presente estudio, el método de caso se revela como una opción metodológica. De acuerdo con Chetty (1996, citado en Martínez, 2006), este método nos ayuda a responder el ¿Cómo? y ¿Por qué? ocurren los fenómenos y permite explorar en forma más profunda el problema a investigar.

Una vez que se decide que el mejor método a adoptar para la realización de esta investigación es el método de caso, se realiza la planeación del estudio para la correcta administración del tiempo y los recursos disponibles para alcanzar los objetivos del trabajo.

Segunda fase. En congruencia con lo planteado hasta este momento, se pasó a la segunda fase, de ejecución del trabajo para lo cual, se seleccionan los casos de estudio y se definen las fuentes de información a saber; la observación directa, las entrevistas a usuarios adultos mayores y personal de las organizaciones, las documentales y las encuestas estructuradas (Hernández-Sampieri, Roberto, Fernández-Collado, Carlos & Baptista-Lucio, 2010). En seguida, se diseñan los instrumentos respectivos para aplicar en cada una de las estancias sujetos de estudio, iniciando por el caso piloto (Gable, 1994) (figura 1.3).

Figura 1.3. Fases de la investigación



Fuente: Elaboración propia con base en Gable (1994), *Integrating case study and survey research method: an example in information systems*. Yin (1989), *Case study research-design and methods*.

Tercera fase. Una vez que se tienen los resultados se pasó a la tercera fase, es decir, el análisis de resultados para lo cual, se procede al ordenamiento de los datos, limpieza y manejo estadístico para su posterior presentación en el reporte final.

1.7 Estudio de casos múltiples.

La metodología de la investigación es definida por Gómez, Deslauriers y Alzate (2010), como el conjunto de ideas directrices que orientan la investigación científica y que, desde el punto de vista académico, es concebida como el conjunto de aspectos operativos indispensables para realizar una investigación. Es la estrategia subyacente a la aplicación de técnicas específicas llamados métodos (Gomez, M. Miguel A; Deslauriers Jean-Pierre; Alzate P, 2010; Bernal, 2011).

Para Bernal (2016), una forma de clasificar los métodos de investigación es aquel que se basa en las distintas concepciones de la realidad social, el modo de conocer esta realidad desde el punto de vista científico y el uso de las herramientas que se emplean para analizarla. En este sentido, los métodos pueden ser cualitativos y cuantitativos. El mismo autor explica que el método cualitativo se emplea cuando, de acuerdo con el problema de investigación, se busca describir, interpretar y cualificar el fenómeno que nos ocupa. Se busca entender una situación social como un todo, teniendo en cuenta su contexto (Bernal Torres, 2016).

Para Hernández (2014), una de las características del método cualitativo es que se compone de un ir y venir constante entre la indagación documental y el trabajo de investigación en sus diferentes fases, desde la concepción de la idea hasta la elaboración y reporte de resultados (J. Creswell, 2017; J. W. Creswell, 1994).

Para la realización de este estudio se opta por la aplicación del método cualitativo en virtud de que las publicaciones que exponen las características gerenciales de los sujetos de estudio son escasas por lo que interesa cualificar el fenómeno para responder a una de las interrogantes planteadas sobre *¿Cuáles son las características de gestión de las estancias gerontológicas permanentes de la Ciudad de México?*

Por otro lado, en el método cuantitativo el abordaje es secuencial y probatorio (Hernández-Sampieri, 2014), parte de una idea de la cual surgen los objetivos, preguntas de investigación, hipótesis y se determinan las variables. Se miden, se analizan las mediciones y se sacan las conclusiones.

Sin embargo, la principal desventaja de esta metodología es que su principal objetivo es describir, comprender e interpretar los fenómenos y no la medición acotada y precisa que permita la comparación entre las mediciones objetivas de las variables. Dado que la pregunta principal de investigación dice: **¿Cómo se relaciona la gestión de las estancias gerontológicas permanentes en la Ciudad de México con la percepción de calidad de vida de los adultos mayores residentes?** Se considera que el abordaje cuantitativo, debe también ser considerado como parte de la metodología.

En consecuencia, se opta por un método mixto en cuanto a la participación del método cualitativo y cuantitativo en la solución del problema de investigación. Según Chen (2006), los métodos mixtos constituyen la integración de los métodos cualitativos y cuantitativos para tener una mejor “fotografía” del fenómeno (Hernández-Sampieri, 2014).

Una vez identificado el problema de investigación, formuladas la preguntas, y definidos los objetivos, se procede a encontrar las posibles respuestas que se conocen como hipótesis; lo cual conduce a definir la metodología y los métodos que deben ser movilizados para responder a la pregunta (Bernal, 2011; Hernández-Sampieri, Roberto, Fernández-Collado, Carlos. & Baptista-Lucio, 2010).

De acuerdo con la pregunta de investigación: *¿Cómo se relaciona la gestión de las estancias gerontológicas permanentes en la Ciudad de México con la percepción de calidad de vida de los adultos mayores residentes?*, es evidente que el problema que se plantea en el presente trabajo se ubica en un fenómeno contemporáneo, en un contexto real y en el que se debía recurrir a múltiples fuentes de evidencia cualitativas y cuantitativas, por lo que se opta por el método de caso como la metodología más apropiada (Elizabeth & Chaves, 2012).

El método de caso frecuentemente surge como una solución a un problema de investigación en el que se conjuntan las características enunciadas por Yin (2018), a saber, la escasa información relacionada con el tema, un problema vigente, que debe ser estudiado en el contexto real y en el que se tienen que recurrir a múltiples fuentes de información (Yin 2018, p. 32). Cuando la pregunta de investigación se

ubica en interrogantes como ¿por qué? Y ¿cómo?, una opción adecuada desde el punto de vista metodológico es el método de caso (“Yin, R. Case study research- design and methods.pdf,” 2018).

Es considerado como una metodología de gran utilidad cuando la investigación y la teoría se encuentran aún en fases iniciales de su desarrollo. De acuerdo con la finalidad que persiguen, Yin (2009), los clasifica en descriptivos, exploratorios y explicativos. Tiene la limitante de la representatividad por tratarse de un limitado número de casos de estudio o incluso un caso único, sin embargo, se constituye en una fortaleza cuando hace posible el análisis a profundidad del fenómeno de estudio. Para aumentar la representatividad, Yin (1994 - 2014), recomienda optar por el estudio de casos múltiples, en lugar de caso único. La selección de los casos de estudio desde luego no es al azar.

Una de las ventajas de este método es la transferibilidad de los resultados a casos similares y la comparación cuando se trata de casos múltiples que ayudan en la generación de teorías, por lo que deben llevarse con todo el rigor científico y metodológico.

Los dos principales exponentes del método de caso son: Stake y Yin. Aunque existen divergencias en el enfoque entre los dos exponentes, ambos, parecen más bien resultar complementarios.

Para Yin (2014), la postura epistemológica es el positivismo, el tipo de investigación puede ser cuantitativa, cualitativa o mixta, el razonamiento deductivo y el diseño de estudio se basa en protocolos altamente estructurados.

Para Stake (2006), la postura epistemológica es el constructivismo. El tipo de investigación es cualitativa, la lógica de razonamiento es inductivo y el diseño de estudio es flexible (Román Castillo & Smida, 2017).

El método de caso puede alimentarse de ambos enfoques. El enfoque cualitativo es utilizado para abrirse a la obtención de datos, la percepción, el descubrimiento, el análisis de datos y la interpretación. Mediante el enfoque cuantitativo se estructura un protocolo con el que se realizan las mediciones necesarias para obtener las respuestas a las preguntas de investigación (Retamozo, 2012; Stake, 1998).

Aún existen controversias entre los investigadores sobre la validez del método de caso, se reconoce cada vez por más investigadores (Yin, 1994) como una opción metodológica alternativa de la experimentación y los estudios muestrales. El método de caso puede usarse con fines de exploración de terrenos poco estudiados, puede ser también con fines descriptivos, pero puede tener un alcance correlacional en el que se utilicen herramientas cuantitativas que nos ayuden a responder el cómo y el porqué de un fenómeno, al mismo tiempo que cualitativas que permitan explorar en mayor profundidad otra parte del mismo.

Villarreal (2017, p. 158), posterior a una revisión de las principales aportaciones sobre el método de caso de Yin, propone el diseño metodológico que se muestra en la figura 1.4.

El método de caso inicia con tener una idea clara por parte del investigador sobre los objetivos que pretende alcanzar.

El segundo paso que plantea el autor es la conformación del marco teórico que permita definir que se sabe y que se desconoce sobre el problema de investigación para, de esta forma plantear las probables hipótesis.

En tercer lugar, se define la unidad de análisis y se selecciona el caso de estudio sobre la base de un muestreo no probabilístico y tratando de seleccionar los casos que proporcionen el mayor aprendizaje. Puede tratarse de caso único o múltiple.

El cuarto paso es el establecimiento de un plan para la reunión de la información y de ser posible la realización de una prueba piloto.

En quinto lugar, se realiza la recapitulación de la información mediante diversas fuentes que pueden incluir: documentales de las organizaciones, entrevistas u observación. Los requisitos son que se utilicen diversas fuentes y que se mantenga la cadena de evidencia desde las preguntas inicialmente planteadas hasta la elaboración de las conclusiones.

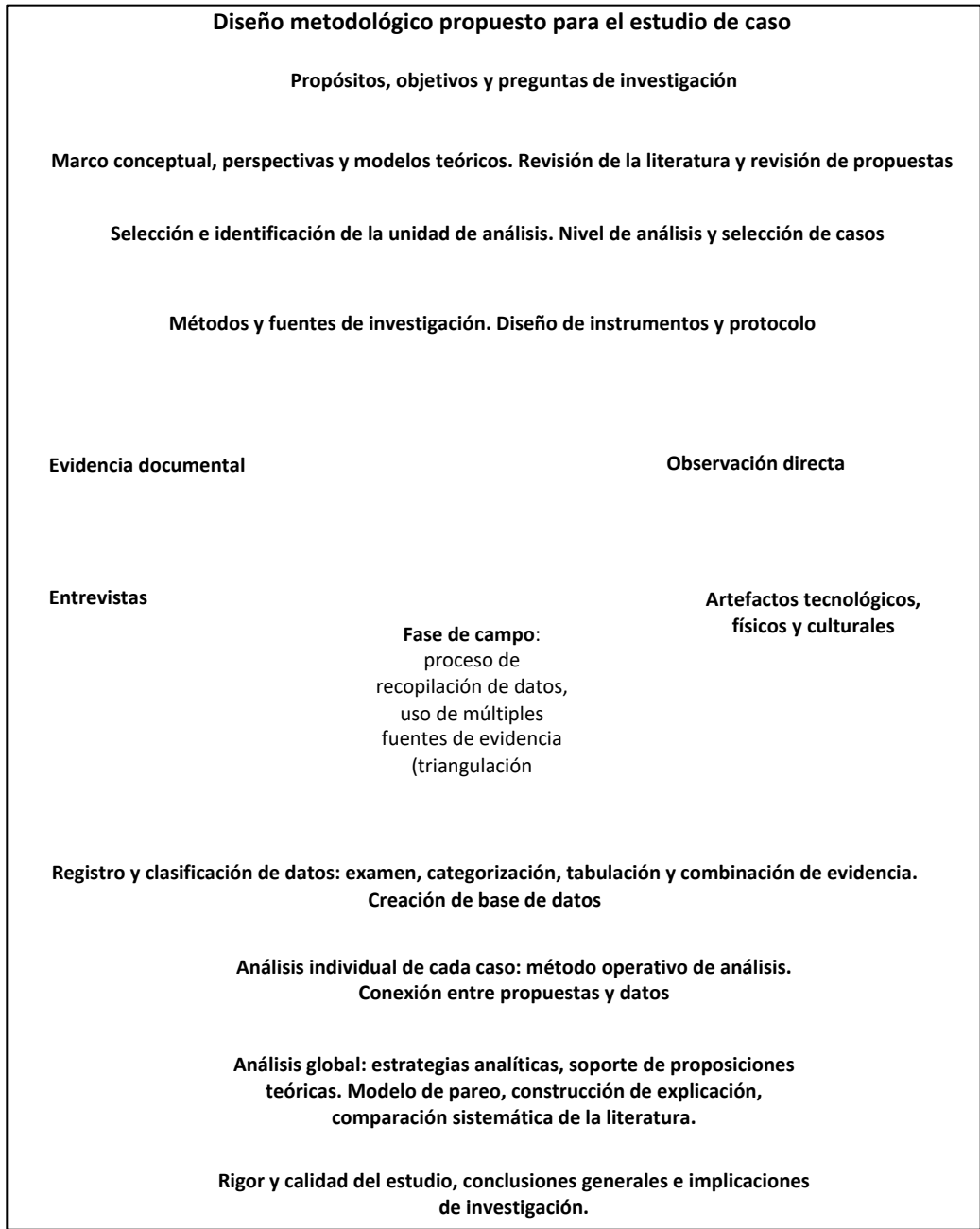
El sexto paso establecido es reunir y analizar la información obtenida. En séptimo lugar se analiza cada uno de los casos de manera individual con el objetivo de contrastarla información obtenida con la propuesta inicial de investigación.

El octavo paso consiste en realizar un análisis global de las unidades de estudio para realizar un análisis cruzado de todas las variables definidas que permita construir una explicación probable y contrastarla con la literatura.

El último paso del modelo de Yin descrito por Villarreal (2017), se refiere al establecimiento de las conclusiones del estudio.

Esta descripción de los pasos a seguir en el método de caso, se convierten en una guía metodológica que orienta el trabajo empírico con el mayor rigor científico asegurando la robustez del método de estudio (figura 1.4).

Figura 1.4 Diseño metodológico del método de caso



Fuente: Tomado de *Is it desirable, necessary, and possible to perform research using case studies?* (p. 158), por O. Villarreal, 2017, Cuadernos de Gestión.

En concordancia con lo expresado por Yin (2014), en este estudio se definen a priori las preguntas de investigación, se establece un protocolo estructurado y variables

bien definidas llegando a un diseño más próximo a una experimentación extramuros y sin limitarse a una investigación cualitativa.

Aunque en la revisión de la literatura no se encontraron aplicaciones del método de caso en el estudio de la gestión de las estancias gerontológicas, si hay antecedentes de su utilización en el estudio de factores organizacionales como en los trabajos de Perlo (2011). Se utiliza también el método de caso en el trabajo sobre el aprendizaje organizacional de Salinas (2011), y en las prácticas de trabajo de auditores internos de Fassio (2018) (Fassio, 2018).

En el método de caso, se identifican once elementos que inician con la identificación del problema de investigación, se continúa con la búsqueda del marco teórico y la identificación de los conceptos fundamentales. A continuación, se investiga el contexto internacional y nacional de las estancias lo que permite delimitar el problema y generar las preguntas, objetivos e hipótesis. Se concluye con la identificación de las características del problema a investigar que, tratándose de un fenómeno contemporáneo, en un contexto real, con necesidad de múltiples fuentes de evidencia cualitativas y cuantitativas y elementos teóricos y resultados de investigación aun en fases incipientes de desarrollo; encuentra al método de caso como la mejor opción metodológica (Castañeda, L. 2018).

La figura 1.5 ilustra los elementos metodológicos fundamentales empleados en el abordaje del problema de investigación mediante el método de caso.

Figura 1.5 Elementos metodológicos fundamentales del presente trabajo



Fuente: Elaboración propia con base en Namakforoosh (2017), *Metodología de la investigación*. Editorial Limusa, Yin (2014), *Case study research- design and methods*. Fassio, A. (2018), *Reflexiones acerca de la metodología cualitativa para el estudio de caso de las organizaciones*.

Se debe considerar el contexto y profundizar en la investigación en cada uno de los casos. Tanto en la recolección como en el manejo de los datos, se puede recurrir al enfoque cuantitativo de los mismos, buscando correlaciones e inferencias (Fassio, 2018). Para Yin (2009), el método de caso implica los siguientes pasos:

- Selección de la muestra, no se trata de un muestreo probabilístico y se seleccionan los casos hasta la saturación de la teoría de acuerdo con Eisenhardt (1989).
- Definición de la unidad de análisis, pueden ser simples o múltiples.
- Creación de una serie de preguntas
- Recolección de la información, el autor recomienda la utilización de múltiples fuentes y la utilización del principio de triangulación para garantizar la validez interna del estudio. Esto conlleva la utilización de fuentes como la observación, la entrevista, la encuesta y la revisión de fuentes documentales.
- Análisis de la información, siempre tomando en consideración el marco teórico
- Creación del reporte (C. Martínez, 2006; Yin, 2014; Magolda, 2007).

1.8 Tipo de estudio

De acuerdo con la hipótesis planteada y los objetivos del estudio, la investigación presentada se plantea como un estudio correlacional, mixto (cualitativo y cuantitativo), transversal, observacional y comparativo.

Correlacional, ya que busca encontrar la relación existente entre dos grupos de variables (Hernández-Sampieri, Roberto, Fernández-Collado, Carlos & Baptista-Lucio, 2010). El objetivo principal es determinar la relación existente entre la gestión de las estancias gerontológicas permanentes en la Ciudad de México, con la percepción de calidad de vida de los adultos mayores residentes.

Enfoque mixto, ya que contiene elementos de la investigación cualitativa y cuantitativa. Cualitativa ya que busca explorar las condiciones de gestión de las organizaciones gerontológicas mediante entrevistas semiestructuradas a los directivos y la percepción de los adultos mayores de las estancias mediante preguntas abiertas.

Tiene por otro lado, un componente cuantitativo por cuanto mediante los resultados de las encuestas al personal y a los adultos mayores, busca identificar la relación existente entre dos grupos de variables. Se reduce la subjetividad mediante la asignación de valores numéricos susceptibles de un manejo estadístico.

Transversal, Es un estudio transeccional o transversal en virtud de que se realiza una sola medición de las variables en los sujetos de estudio, es decir, las estancias permanentes y los adultos mayores.

Observacional, por la intervención del investigador, ya que en ningún momento se tiene control sobre las variables de estudio.

Comparativo, ya que se busca comparar la situación de las variables en los sujetos de estudio identificando sus características particulares de gestión y de percepción de calidad de vida de sus usuarios adultos mayores (Kerlinger, 1992).

1.9 Variables

Posterior a la revisión de la literatura sobre las características que debe reunir la gestión en estancias gerontológicas y cuáles son los componentes de la calidad de vida en el adulto mayor, se procede a la identificación de las variables tanto en el componente gestión, como en la percepción de calidad de vida.

Se muestra en seguida la operacionalización y fundamentación teórica de las variables y en seguida de las dimensiones a las que corresponden las variables.

1.9.1 Identificación, definición y operacionalización de variables

Se identifican nueve variables independientes relacionadas con la gestión de las estancias permanentes y ocho variables criterio que integran el constructo de calidad de vida y cuya definición conceptual y operacional se muestran en el cuadro 1.2.

Cuadro 1.2. Operacionalización de variables*

Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Indicadores*	Fundamentación teórica	Referencias
Subescala de Gestión por Calidad Total						
X1=Liderazgo**	Influencia interpersonal ejercida en una situación, dirigida a través del proceso de comunicación humana a la consecución de uno o diversos objetivos específicos.	Capacidad de facilitar y estimular con respeto, ética y eficacia, a individuos y equipos a dar lo mejor de sí mismos para alcanzar los objetivos y metas que la propia organización se ha marcado.	Ordinal	1= ningún avance 2= cierto avance 3=avance significativo 4= aspecto logrado	Gestión por Calidad Total: Deming, Juran, Ishikawa, Donabedian..	Portela, S. (2016). El liderazgo transformador en la gestión de la calidad. Un estudio basado en el modelo EFQM.
X2=Política y estrategia	Política: orientación o directriz que rige la actuación de una persona o entidad en un asunto o campo determinado. Estrategia: conjunto de reglas que aseguran una decisión óptima en cada momento.	Grado de implantación de la misión y visión desarrollando una estrategia centrada en los grupos de interés, así como, el despliegue de políticas, planes, objetivos y procesos para hacer realidad la estrategia.	Ordinal	1= ningún avance 2= cierto avance 3=avance significativo 4= aspecto logrado		Willamowius, D. y Martínez, Y. (2015). Total quality management and hospital nursing: an integrative literature review.
X3=Personas	Individuos de la especie humana.	Gestión y desarrollo de las personas de la organización para que alore todo su potencial y como la organización se preocupa, comunica y recompensa a las personas para motivarlas e incrementar su compromiso.	Ordinal	1= ningún avance 2= cierto avance 3=avance significativo 4= aspecto logrado		Suárez, E. (2017). Análisis estructural del modelo EFQM de excelencia: el papel mediador de la gestión por procesos y la aplicación estratégica.
X4=Alianzas y recursos	Alianzas: pacto, convenio o tratado en que se recogen los términos en que se alian dos o más partes. Recursos: conjunto de elementos disponibles para resolver una necesidad o llevar a cabo una empresa.	Como se gestionan las alianzas externas, su relación con proveedores y recursos internos para apoyar sus políticas y estrategia y mejorar sus procesos.	Ordinal	1= ningún avance 2= cierto avance 3=avance significativo 4= aspecto logrado		J. Miralles (1989). Comparativa de tres modelos de gestión de calidad: EFQM, ISO y JCAHO.
X5=Procesos	Procesos, conjunto de fases sucesivas de un fenómeno natural o de una operación artificial	Como se diseñan, gestionan y mejoran los procesos para satisfacer plenamente a sus clientes y grupos de interés generando cada vez mayor valor para ellos	Ordinal	1= ningún avance 2= cierto avance 3=avance significativo 4= aspecto logrado		Zorroaga, F. A. (2010). Excelencia en la gestión de residencias en el tercer sector
Subescala de Gestión con Atención Centrada en la Persona						
X6=autonomía	Condición de quien, para ciertas cosas, no depende de nadie	Respeto a los deseos y expectativas de la persona adulta mayor	Ordinal	1= completamente en desacuerdo 2= en desacuerdo 3=indiferente 4= de acuerdo 5=completamente de acuerdo	Rogers, C. R. (1989). <i>The Carl Rogers reader</i> . Houghton Mifflin Harcourt	Martínez, R. (2015). La atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos: Modelos de atención e instrumentos de evaluación.
X7=Individualización	Acción o acto de hacer distinción especial de alguien en el afecto, atención o correspondencia.	Individualización en la atención atendiendo a las necesidades de salud determinadas a su vez por factores genéticos y de estilos de vida	Ordinal	1= completamente en desacuerdo 2= en desacuerdo 3=indiferente 4= de acuerdo 5=completamente de acuerdo		B. Sonya, S. Nancarrow. Effects of person-centered care on residents and staff in aged-care facilities: a systematic review.
Subescala de Gestión de riesgos en salud						
X8=Plan de seguridad	Modelo sistemático de una actuación que proporciona un conjunto de mecanismos cuya función es evitar o prevenir accidentes.	Conjunto de acciones dirigidas a prevenir riesgos en salud para los adultos mayores institucionalizados	Ordinal	1= ningún avance 2= cierto avance 3=avance significativo 4= aspecto logrado	Reason, J (2000). Human error: models and management. British Medical Journal, 320(7237), 768-770.	Gartshore, E., Waring, J. y Timmons, S. (2017). Patient safety culture in care homes for older people: a scoping review
X9=Comité de seguridad	Conjunto de personas encargadas de los mecanismos cuya función es evitar o prevenir accidentes	Cuerpo colegiado responsable de la planeación, implementación y control del plan de seguridad en organizaciones gerontológicas.	Ordinal	1= ningún avance 2= cierto avance 3=avance significativo 4= aspecto logrado		Suárez, C.(sf). La seguridad de pacientes en el hospital Monte Naranco de Oviedo, especializado en enfermos geriátricos agudos

Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Indicadores*	Fundamentación teórica	Referencias
Y1= Bienestar emocional	Estado de la persona en el que se le hace sensible el buen funcionamiento de sus emociones.	Percepción del adulto mayor sobre su satisfacción con la vida, su estabilidad emocional, sensación de utilidad, seguridad en sí mismo y se siente libre de stress y sentimientos negativos	Ordinal	1= casi nunca o nunca 2=algunas veces, 3= frecuentemente, 4= siempre o casi siempre.	Modelo heurístico de calidad de vida. Schalock y Verdugo (2002, 2003, 2007, 2008)	L. Gómez, M. Verdugo, B. Arias, et al. Evaluación de la calidad de vida en las personas mayores. La escala FUMAT.
Y2= Relaciones interpersonales	Conexión, correspondencia, trato, comunicación de alguien con otra u otras personas	Percepción de satisfacción con sus relaciones familiares, amigos, compañeros de servicio, profesionales y en general personas importantes para el (ella)	Ordinal	1= casi nunca o nunca 2=algunas veces, 3= frecuentemente, 4= siempre o casi siempre.		Sanabria, M. (2016). Calidad de vida e instrumentos de medición.
Y3= Bienestar físico	Estado de la persona en el que se le hace sensible el buen funcionamiento de su actividad somática.	Percepción de satisfacción con la asistencia sanitaria a la que tiene acceso, memoria, movilidad, sueño, visión, audición, ayudas técnicas cuando las necesita, continencia y estado de salud en general	Ordinal	1= casi nunca o nunca 2=algunas veces, 3= frecuentemente, 4= siempre o casi siempre.		Gómez, L. (2008). Evaluación de la calidad de vida en personas mayores y con discapacidad: la escala FUMAT
Y4= Desarrollo personal	Aumentar o reforzar algo de orden físico, intelectual o moral de un individuo.	Percepción de satisfacción con las oportunidades de aprendizaje que tiene, sus habilidades funcionales y académicas	Ordinal	1= casi nunca o nunca 2=algunas veces, 3= frecuentemente, 4= siempre o casi siempre.		Fernández-Ballesteros, R. (1997). Calidad de vida en la vejez: condiciones diferenciales. <i>Anuario de Psicología</i> , (73), 89-104
Y5= Bienestar material	Estado de la persona en el que se le hace sensible el contar con los objetos necesarios para su desempeño.	Percepción de satisfacción con su vivienda, servicios que le otorgan, condición laboral, posesiones e ingresos	Ordinal	1= casi nunca o nunca 2=algunas veces, 3= frecuentemente, 4= siempre o casi siempre.		Read, S., Grundy, E. & Foverskov, E. (2015). Socio-economic position and subjective health and well being among older people in Europe: A systematic narrative review. <i>Aging and mental health</i> , 20(5), 529-542
Y6= Autodeterminación	Capacidad de una persona para decidir por sí misma de algo	Percepción de satisfacción con la forma en que toman en cuenta sus metas y preferencias personales, el respeto a su autonomía, elecciones y decisiones	Ordinal	1= casi nunca o nunca 2=algunas veces, 3= frecuentemente, 4= siempre o casi siempre.		Hernandis, P., & Sánchez Martínez, M. (2005). <i>Gerontología: actualización, innovación y propuestas</i> . Pearson Educación,
Y7= Inclusión social	Poner a alguien dentro de una sociedad	Percepción de satisfacción con su participación e integración a la comunidad y los apoyos que recibe de sus redes	Ordinal	1= casi nunca o nunca 2=algunas veces, 3= frecuentemente, 4= siempre o casi siempre.		Herbert, A (2018). How ageing and quality of life is influenced for social relationships: an exploration of rural midlife women in Ireland. <i>Social studies</i> , 1, 45-64.
Y8= Derechos	Facultad del ser humano para hacer legítimamente lo que conduce a los fines de su vida	Percepción de satisfacción con el ejercicio de sus derechos, el respeto que dan a su dignidad, intimidad, derechos legales y derecho a la información	Ordinal	1= casi nunca o nunca 2=algunas veces, 3= frecuentemente, 4= siempre o casi siempre.		Brown, B., Qiu, L. & Gu D (2012). Associations between human. Rights environments and healthy longevity: the case of older persons in China. <i>Health and human rights</i> , 14(2), 87-105.

* La puntuación puede invertirse dependiendo del sentido positivo o negativo de la pregunta.

** Las definiciones conceptuales fueron extraídas con base en el diccionario de la real academia de la lengua española, a excepción de liderazgo que fue extraído de Chiavenato (1993).

Fuente: Elaboración propia con base en Hernández, R. (2010). Metodología de la investigación.

Todas corresponden al tipo ordinal. Por cuanto a los indicadores, las variables X₁ a X₅, pueden tener de 1 a 4 puntos cada una dependiendo del grado de avance en la implantación de cada variable en la organización. Las variables X₆ y X₇, pueden tener puntuaciones que van de 1 a 5, siendo 5 la puntuación correspondiente al mayor grado de avance en la implantación de la variable.

Las variables X₈ y X₉, así como las variables Y₁ a Y₈, se califican de 1 a 4.

1.9.2 Referente teórico y operacionalización de las variables

En la siguiente tabla se condensan las dimensiones de las variables de estudio con la definición conceptual y operacional, así como la fundamentación teórica y referencias en que se basan (cuadro 1.3).

Cuadro 1.3 Operacionalización de las dimensiones de estudio

Dimensiones	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Variables	Fundamentación teórica	Referencias
Gestión por Calidad Total	Modelo de gestión orientada a los resultados y enfocada al cliente que se realiza por procesos y se apoya en la participación de todos los miembros de la organización.	Aplicación de cuestionario de agentes facilitadores del modelo EFQM, Formulario de autoevaluación con cinco criterios.	Ordinal	Liderazgo	Gestión por Calidad Total aplicada a los sistemas de salud, Deming, Jurán, Ishikawa.	Willamowius, D. y Martínez, Y. (2015). Total quality management and hospital nursing: an integrative literature review. Portela, S. (2016). El liderazgo transformador en la gestión de la calidad. Un estudio basado en el modelo EFQM. Suárez, E. (2017). Análisis estructural del modelo EFQM de excelencia: el papel mediador de la gestión por procesos y la aplicación estratégica.
				Política y estrategia		
				Personas		
				Alianzas y recursos		
				Procesos		
Gestión con Atención Centrada en la Persona	Enfoque de la atención donde la persona, desde su autodeterminación en relación con su calidad de vida, es el eje central de las intervenciones profesionales.	Aplicación de cuestionario "The person centered care assessment tool", para evaluar el enfoque en la persona de la organización.	Ordinal	Autonomía	Rogers Carl. Terapia Centrada en el Cliente (1961)	J. Miralles (1989). Comparativa de tres modelos de gestión de calidad: EFQM, ISO y JCAHO. Rodríguez, T. (2016). La atención Centrada en la Persona en los servicios gerontológicos. Modelos de atención y evaluación. B. Sonya, S. Nancarrow. Effects of person-centered care on residents and staff in aged-care facilities: a systematic review.
				Individualización de la atención		
Gestión de Riesgos	Método sistemático para identificar, priorizar y manejar riesgos organizacionales para reducir la probabilidad de eventos adversos.	Aplicación de cuestionario adaptado de Estándares Quality Improvement and Patient Safety (QPS).	Ordinal	Plan de seguridad	Rodríguez, P. (2010). La atención centrada en la persona	F. Paula, y G. Nuria (2016). El modelo de atención centrada en la persona aplicado al servicio de apoyo a la vida independiente.
					CMS. La atención centrada en la persona y la seguridad del paciente.	M. De Arcaya Vitoria (2007). La calidad asistencial en centros gerontológicos.
					Reason, J. Modelo organizacional de causalidad de errores y eventos adversos.	Ministerio de Salud y Educación Social (2015). Protocolo de Londres.
Comité de seguridad	Organización Mundial de la Salud (2002)	Suárez, C. (sf). La seguridad de pacientes en el hospital Monte Naranco de Oviedo, especializado en enfermos geriátricos agudos	Garshore, E., Waring, J. y Timmons, S. (2017). Patient safety culture in care homes for older people: a scoping review			
Calidad de Vida	Percepción que tiene el adulto mayor de su estado de bienestar en el que influyen; la satisfacción de sus necesidades fisiológicas, de seguridad, filiación, pertenencia, interrelación y autorrealización de acuerdo con el medio en el que se desenvuelve.	Aplicación de cuestionario de la escala FUMAT	Ordinal	Bienestar físico,	Schalock y Verdugo (2010)	L. Gómez, M. Verdugo, B. Arias, et al. Evaluación de la calidad de vida en las personas mayores. La escala FUMAT. Sanabria, M. (2016). Calidad de vida e instrumentos de medición. Gómez, L. (2008). Evaluación de la calidad de vida en personas mayores y con discapacidad: la escala FUMAT
				Bienestar emocional, Bienestar material, Interpersonal,		
				Inclusión social,		
				Desarrollo personal		
				Autodeterminación		
Derechos						

Fuente: Elaboración propia con base en el modelo de Calidad Total de la European Foundation for Quality Management (EFQM); Gestión de riesgos clínicos organizacionales, Reason (2015); Atención centrada en la persona, Rodríguez (2016).

Una vez identificadas las variables de estudio se busca el modelo de análisis que permita responder a la pregunta de investigación y contrastar las hipótesis. En virtud de que se busca identificar una relación entre dos grupos de variables el modelo queda constituido de la forma en que se ilustra en la figura 1.6.

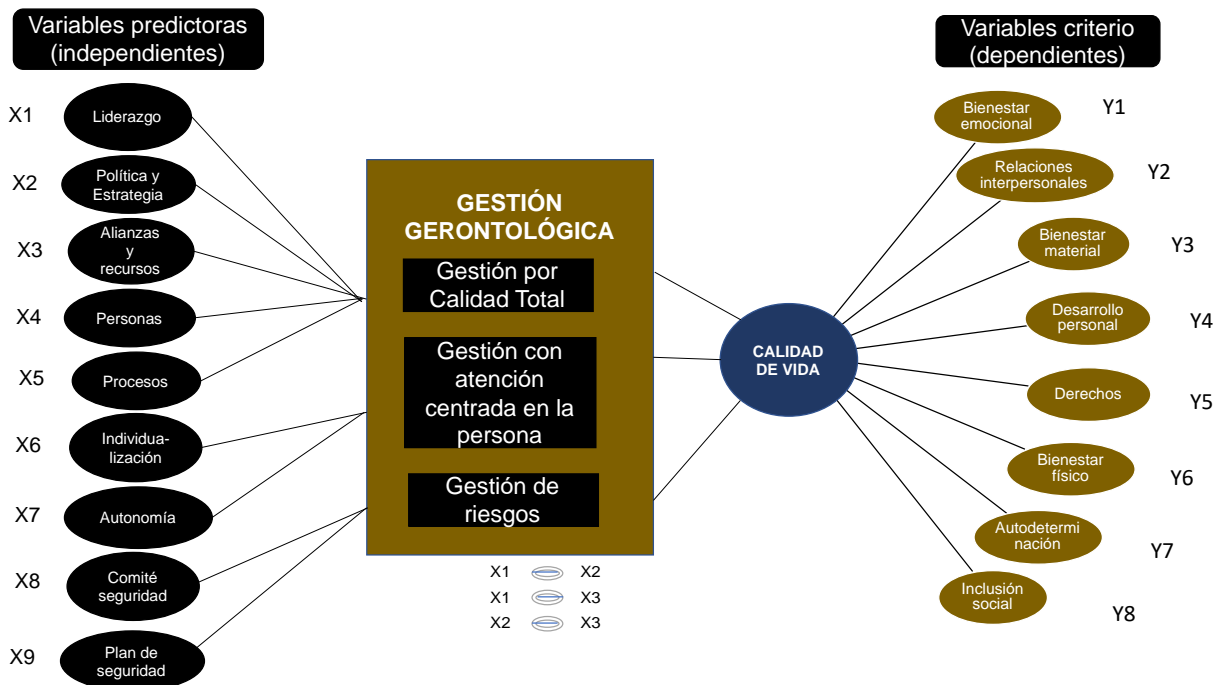
Las variables predictoras (independientes), se encuentran constituidas por los elementos de gestión de las organizaciones gerontológicas que, de acuerdo con la investigación documental tienen correlación sobre la percepción de calidad de vida de los adultos mayores. Este grupo se encuentra constituido por las siguientes variables: liderazgo (X1), estrategia y planeación (X2), alianzas y recursos (X3),

personas (X4), procesos (X5), individualización en la atención (X6), autonomía (X7), presencia de un comité de seguridad (X8) y un plan de seguridad (X9).

Las variables criterio (dependientes) se apegan al modelo de Schalock y Verdugo y son: bienestar emocional (Y1), relaciones interpersonales (Y2), bienestar material (Y3), desarrollo personal (Y4), derechos (Y5), bienestar físico (Y6), autodeterminación (Y7) e inclusión social (Y8).

En la parte inferior de la figura se representa la probable correlación que se busca entre ambos grupos de variables (figura 1.6).

Figura 1.6 Modelo de análisis



Fuente: Elaboración propia con base en Namakfoorosh (2017), Metodología de la investigación.

En el siguiente apartado se aborda la justificación al presente estudio.

1.10 Justificación

Al proceso de cambio de la estructura por edad de una población, caracterizado por el aumento en número y porcentaje de personas en edades avanzadas (más de 60 años), se conoce como envejecimiento poblacional o envejecimiento demográfico (Montoya Arce & Montes de Oca Vargas, 2006). El envejecimiento poblacional es un fenómeno relativamente reciente a nivel mundial y en particular en los países emergentes como México, en donde se empieza a manifestar a partir de la década de los 90s, como resultado de la reducción de las tasas de fecundidad y mortalidad (INEGI, 2014). El Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM), el órgano rector de las políticas públicas sobre envejecimiento tiene 39 años de fundado lo que ayuda a entender el incipiente desarrollo que tienen las organizaciones gerontológicas en nuestro país. A continuación, se desarrollan las diversas implicaciones que tiene la realización del presente trabajo.

Brecha del conocimiento: A nivel internacional se han aplicado modelos genéricos de gestión de calidad en el sector socio-sanitario, buscando la mejora en la calidad de los servicios con resultados muy diversos, lo cual se atribuye principalmente, a las diversas motivaciones para su implementación, que en muchos casos la constituye la búsqueda de una certificación con intereses publicitarios (Heras et al., 2008). Aunque hay consenso en cuanto a la contribución a la mejora de los procesos, al aplicar dichos modelos de gestión, su eficacia no es muy evidente para mejorar la percepción de calidad de vida de los residentes. Hasta el momento, no se cuenta con un modelo de gestión que incluya elementos genéricos del sector servicios y elementos específicos del sector gerontológico y que haya demostrado mejorar la percepción de calidad de vida de los adultos mayores residentes.

Relevancia social: De acuerdo con diversos estudios (María et al., 2011), es en las organizaciones gerontológicas permanentes en donde se encuentra mayor deterioro en la percepción de calidad de vida de los adultos mayores, comparado con el grupo no institucionalizado.

Implicaciones prácticas: Relacionado con la mejora en la percepción de calidad de vida que se busca en el adulto mayor, se encuentra la reducción de costos en los servicios de salud que recibe este grupo poblacional. El modelo de gestión en las organizaciones gerontológicas deberá tener, como uno de sus objetivos, incrementar la esperanza de vida libre de discapacidad lo cual contribuirá a optimizar los recursos económicos que en el 75% de los adultos mayores alcanzan menos de dos salarios mínimos en sus ingresos (Hernández, L. 2016).

Los beneficiarios directos son los adultos mayores, sin embargo, se beneficia también a la familia en virtud de reducir los gastos catastróficos que implican las complicaciones de diversas enfermedades crónico-degenerativas que son la causa fundamental de las limitaciones funcionales en este grupo etario. Se beneficia la comunidad y la sociedad en su conjunto, al convertir el proceso de envejecimiento en un fenómeno que forma parte del ciclo vital y que evita ser una carga en muchos sentidos.

De no atenderse la calidad de vida de los adultos mayores, se generarán mayores costos en su atención sobre todo en salud por parte de las organizaciones gerontológicas y el Estado, pero también, pérdida de la confianza en dichas organizaciones lo que pudiera representar el retorno a la responsabilidad familiar en el cuidado de los adultos mayores y una sobrecarga financiera, física y emocional que recae sobre todo en las mujeres (de Arcaya Vitoria, 2007).

El presente trabajo busca mejorar la percepción de calidad de vida de una población vulnerable y en constante crecimiento mediante la gestión de las organizaciones gerontológicas con enfoque en la calidad total, centrada en la persona y gestionando los riesgos.

Valor teórico: En todo caso, es necesario adaptar los modelos genéricos de calidad al sector residencial buscando, de acuerdo con el concepto de calidad de Donabedian, maximizar el bienestar del usuario después de tener en cuenta el balance de pérdidas y ganancias esperadas, teniendo en cuenta todas las fases del

proceso de atención (de Arcaya Vitoria, 2007). Ello implica enfocarnos en la mejora de la percepción de calidad de vida y la seguridad del adulto mayor.

Se identifican tres grandes retos desde el punto de vista organizacional para gestionar, teniendo como visión, la calidad de vida: la calidad de los servicios socio sanitarios, la atención con enfoque en la persona con sus dos principios fundamentales, la dignidad y el respeto a los derechos y, finalmente, la gestión de riesgos.

Desde el punto de vista teórico se busca identificar las características de la gestión aplicable a las estancias gerontológicas permanentes y que incluye elementos genéricos comunes a las organizaciones de servicios y elementos específicos que, conformando un modelo integral de gestión, contribuyan a alcanzar un envejecimiento saludable mediante la mejora de la percepción de calidad de vida de los adultos mayores.

Utilidad metodológica: Se busca explorar mediante una metodología mixta pero predominantemente cualitativa; como lo es, el estudio de casos múltiples la identificación de un modelo de gestión de las estancias gerontológicas permanentes que pueda ser probado posteriormente mediante métodos cuantitativos para su posterior generalización.

Viabilidad: Se cuenta con posibilidad de acceso a algunas estancias gerontológicas permanentes en la Ciudad de México y la posibilidad de estudiar la calidad de vida de sus adultos mayores residentes. La realización del Doctorado en ciencias de la administración proporciona el conocimiento metodológico y el tiempo suficiente para su realización. Los costos de la implementación pueden ser absorbidos por la estudiante.

1.11 Caracterización de la población y selección de casos

Para Bernal (2011), una población es el conjunto de elementos sobre los cuales se realiza una investigación (Bernal, 2011). Con fines del presente estudio, la población se refiere a las estancias gerontológicas permanentes de la Ciudad de México tanto públicas como privadas. Las estancias gerontológicas permanentes son todas aquellas que otorgan servicios y apoyos asistenciales por periodos mayores de 24 horas continuas, de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA3-2018, Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad (Gobernación, 2019).

Para determinar el tamaño de la población se realiza una investigación documental, sin embargo, los datos encontrados sobre el total de estancias gerontológicas permanentes de la Ciudad de México difieren en las distintas publicaciones.

De acuerdo con Huenchan & Rodríguez (2015), en un artículo publicado por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), se contaba para el año 2015 con 132 estancias permanentes en la Ciudad de México (Huenchan-Navarro, Sandra & Rodríguez-Velazquez, 2015).

Tan solo dos años después y según Gutiérrez-Robledo (2017) de acuerdo a un artículo publicado en la Revista de Salud Pública de México, existían en 2017 un total de 115 estancias gerontológicas permanentes de los sectores público y

privados (Gutiérrez-Robledo, L., Reyes-Ortega, G., Rocabado-Quevedo, F y López-Franchino, 2017). Se continúa la investigación documental sobre el tamaño de la población y se realizan búsquedas en internet, encontrando que existen en la Ciudad de México 212 estancias permanentes con diversas denominaciones como casa-hogar, asilo, albergue y estancia. Esta cifra casi duplica a la publicada un año antes por Gutiérrez Robledo (2017).

Para efectos del presente trabajo, tomaremos la información del Directorio Estadístico Nacional de Unidades del INEGI, del año 2015, por constituirse en la información más reciente registrada en una publicación, con la que se cuenta. De acuerdo con esta fuente, se tienen en todo el país 1099 estancias gerontológicas permanentes, de las cuales en la Ciudad de México se ubican 106. De estas 85 (80%) corresponden al sector privado y las restantes 21(20%) al sector público.

Además del total de estancias permanentes que constituyen la población de estudio, se considera el grupo al que pertenecen de acuerdo con el objetivo de estas. Gutiérrez-Robledo (2017), clasifica a las organizaciones gerontológicas permanentes en tres tipos de acuerdo con sus fuentes de financiamiento: públicas, privadas con fines de lucro y privadas del llamado tercer sector o sin fines de lucro. Cada uno de estos sectores tiene características particulares, por lo que es considerada al momento de definir los casos que se incluirán en la muestra (Gutiérrez-Robledo, L., Reyes-Ortega, G., Rocabado-Quevedo, F y López-Franchino, 2017).

Un tercer factor para considerar es el tamaño de las organizaciones, ya que de acuerdo con Serrano (2000), es un factor que se ha demostrado que influye en el tipo de problemas específicos que presentan.

En relación con este factor, en México, las organizaciones de servicios se clasifican en micro, pequeñas, medianas y grandes de acuerdo con la publicación en el diario oficial de fecha 30 de junio de 2009 de la Secretaría de Economía. Las micro, son aquellas que tienen hasta 10 trabajadores, las pequeñas de 11 a 50, las medianas de 51 a 100 y las grandes de más de 100 trabajadores (De La Federación, 2009).

Una vez consideradas las características poblacionales de las estancias en la Ciudad de México, se comenta el tipo de muestreo.

Reiterando lo referido por Eisenhardt (1989), para el estudio de caso no se trata de un muestreo probabilístico y se seleccionan los casos hasta la saturación de la teoría (Eisenhardt, 1989, p. 537). De acuerdo con Namakforoosh (2000), a este tipo de muestreo se le denomina secuencial y se continúan recopilando datos hasta que se llegue al punto de determinar que se obtuvo la información suficiente del fenómeno de estudio (Namakforoosh, 2017).

Bajo esta perspectiva, se eligieron aquellos casos que respondieron a la invitación considerando el criterio de máxima variación, o sea, eligiendo un caso de cada grupo en la clasificación de Gutiérrez-Robledo (2017). (Hernández-Sampieri, Roberto, Fernández-Collado, Carlos. & Baptista-Lucio, 2010; Kerlinger, 1992; Villarreal, 2017).

Glasser y Straus (1967), recomiendan que cuando se saturan los temas de interés, significa que no se encuentran nuevos datos en casos adicionales y es el momento de detener el proceso de recolección de la información. Las características de las estancias gerontológicas permanentes en la Ciudad de México que constituyen la muestra se presentan en la siguiente tabla (cuadro 1.4).

Cuadro 1.4. Características de la muestra

Estancia	Sector al que pertenece	Tamaño
C	Privada sin fines de lucro	Mediana
E	Privada sin fines de lucro	Grande
A	Privada con fines de lucro	Pequeña
M	Gubernamental	Pequeña

Fuente: Elaboración propia

Yin (1994, 2014), recomienda el estudio de casos múltiples con el fin de reducir los efectos de la idiosincrasia del caso único. Para Stake (2006), un número recomendado es entre 4 y 10.

En consecuencia, se invita a participar en el estudio a seis estancias de los tres sectores de acuerdo con el origen de sus recursos; públicas (gubernamentales), privadas con fines de lucro y privadas sin fines de lucro (pertenecientes a la Junta de Asistencia Privada), de las cuales aceptan participar cuatro. De esta forma se reúnen, en la muestra, una a dos estancias de cada sector de acuerdo con la clasificación referida por Gutiérrez-Robledo. (Gutiérrez-Robledo, L., Reyes-Ortega, G., Rocabado-Quevedo, F y López-Franchino, 2017; Román Castillo & Smida, 2017). Considerando la clasificación por tamaño; dos de ellas son pequeñas, una mediana y una grande.

1.12 Técnicas de recopilación de información

En cuanto a las técnicas de recopilación, Crowe (2011) considera que, para el método de caso habitualmente se utilizan fuentes muy diversas, que pueden ser cuantitativas como las encuestas y cualitativas, como entrevistas y observaciones (Crowe et al., 2011). Okuda y Gómez (2005), defienden la utilización de diversas técnicas de recopilación de datos que dan mayor robustez a los estudios cualitativos ya que permiten la triangulación de la información (Okuda Benavides, Mayumi Gómez Restrepo, 2005).

Las fuentes principales de información para el presente trabajo fueron:

- Observación
- Entrevistas
- Encuestas
- Documentales

Las tres primeras: observación, entrevistas y encuestas constituyen fuentes primarias de datos porque son recabadas por el investigador en el campo mismo de la investigación (Namakforoosh 2017). Las documentales son fuentes secundarias.

Las principales fuentes para recabar datos de naturaleza cualitativa son: observación, entrevista a grupos de enfoque, recolección de documentos y materiales e historias de vida (Hernández-Sampieri, Roberto, Fernández-Collado, Carlos. & Baptista-Lucio, 2010).

Para recabar datos de naturaleza cuantitativa se utiliza predominantemente la encuesta. A continuación, se describe la utilización de cada una de ellas en esta investigación.

1.12.1 La observación

García (2000, citado en Fassio, 2018), hace referencia a la observación como una de las técnicas más tradicionales de recopilación de información en el estudio de caso. Es la forma más evidente de recopilar nuevos datos en un ambiente natural. Se puede realizar de manera discreta que tiene la ventaja de interferir menos con los hallazgos o puede ser abierta, en cuyo caso se corre el riesgo de modificar los comportamientos observados (Fassio, 2018).

Tiene como ventaja que se puede recopilar información en el momento que está sucediendo y sin intermediarios. Se pueden obtener datos que no estaban contemplados, sobre todo en circunstancias en que se tiene poca información sobre el sujeto de estudio.

Dentro de sus desventajas está el hecho de que es un proceso costoso y de que el investigador debe tener un firme conocimiento del fenómeno de estudio para poder captar información relevante. Otra desventaja es que, si participan varios observadores, se puede tener una apreciación diferente de la información obtenida (Namakforoosh, 2017).

Para el presente estudio se convierte en una herramienta de gran utilidad en virtud de las escasas publicaciones con las que se cuenta en México sobre las características generales de las estancias permanentes y en particular sobre las características y resultados de su gestión. Permite percatarse de las manifestaciones no verbales de acuerdo o desacuerdo tanto de los adultos mayores como del personal de las estancias, así como de las características estructurales de las instalaciones. Por último, al conocer las condiciones en las que se encuentran los adultos mayores, se tiene una mejor idea de sus necesidades de cuidados y atenciones.

Es posible triangular la información obtenida mediante las otras dos técnicas de recopilación de información utilizadas y que fueron la entrevista y la encuesta.

1.12.2 Técnica de encuesta

Con la técnica de encuesta se estudian muestras de poblaciones con el fin de averiguar incidencias, distribuciones y correlaciones entre variables. Aunque tiene sus orígenes en el siglo XIX, fue desarrollada en el siglo XX. De acuerdo con el método por el que se obtiene la información pueden ser personales, por correo, por panel y por teléfono.

Se debe desarrollar un plan de implementación que inicia con los objetivos de la encuesta, continúa con la elaboración de los reactivos relacionados con las facetas

del problema y que se incluirán en el inventario. En segundo lugar, se determina el plan de muestreo y se elabora el inventario de encuesta.

Se debe determinar si la recolección de datos se realizará de manera longitudinal o transversal para, enseguida, pasar a la recolección de datos.

La tercera parte del plan es la codificación y tabulación de los resultados para poder realizar el análisis estadístico de los mismos (Kerlinger, 1992).

La base de la técnica de encuesta es el cuestionario, el cual es un conjunto de preguntas que se aplican para generar los datos necesarios relativos a las variables de investigación. Las preguntas o ítems que conforman un cuestionario para una encuesta son de naturaleza cerrada, es decir, brindan opciones de respuesta que permiten su codificación y tabulación para el análisis posterior. A diferencia de ellos, los ítems o preguntas de una entrevista son abiertas y permiten la amplitud en las respuestas por parte del entrevistado. Pueden apegarse a una guía elaborada previamente por el entrevistador o ser completamente abiertas.

Namakforoosh (2017) llama a las encuestas, entrevistas formales, sin embargo, Kerlinger (2002), establece la diferenciación entre ambas en virtud de que la encuesta puede considerarse como la orientación cuantitativa del estudio de campo. A diferencia de la encuesta, la entrevista tiene una orientación eminentemente cualitativa, sea que se utilice una guía para la elaboración de esta, en cuyo caso se le conoce como entrevista formal, o sea de naturaleza completamente abierta, es decir, sin una guía preparada lo cual permite una exploración más general del tema de investigación (Namakforoosh, 2017; Kerlinger, 1992).

Los cuestionarios de la encuesta deben reunir dos requisitos fundamentales: confiabilidad y validez. Estas, se pueden ver afectadas por factores como: utilización de instrumentos que no han sido valorados en poblaciones similares a las de estudio, falta de adecuación del instrumento a la población en la que se aplica, deficiencias en las instrucciones, falta de empatía con el encuestado, desconocimiento del instrumento por el encuestador o improvisación del instrumento (Bernal, 2011).

La encuesta brinda información para investigaciones de tipo correlacional, razón por la cual se utiliza para indagar sobre las variables contenidas en algunas de las preguntas de investigación del presente trabajo.

Se utilizan cuatro encuestas en virtud de que dentro de los objetivos se plantea correlacionar las variables: calidad de vida de los adultos mayores de las estancias (1), involucramiento con la gestión por calidad total (2), gestión centrada en la persona (3) y gestión de riesgos clínicos (4).

Dos de ellas se encuentran elaboradas y validadas en la literatura y dos más son elaboradas para el presente trabajo. Inicialmente se aplican los tres componentes de la encuesta de gestión a los directivos y posteriormente se amplía la muestra hasta completar las 20 encuestas entre personal operativo.

Para estas dos últimas se identifican las facetas de los problemas de investigación y se elaboran los reactivos. Se realiza la validación mediante consenso de expertos en cuanto a contenido y se revisan en tres ocasiones los reactivos para su

adecuación. Se determina el tipo de muestreo a realizar que es de tipo no probabilístico por conveniencia y considerando los estratos a los que pertenecen las estancias permanentes. Por cuanto a la temporalidad, el tipo de muestreo que mejor se adapta al estudio es de tipo transversal.

Se aplica una muestra piloto de cinco encuestas y se realizan los ajustes necesarios en los reactivos para obtener la validez y confiabilidad necesarias. En seguida, se aplica a las cuatro estancias permanentes participantes y se codifican y tabulan las respuestas para realizar el análisis estadístico.

1.12.3 Técnica de entrevista

La entrevista es el proceso de interrogar a una persona con el fin de conocer sus opiniones o conocimientos acerca de algo. De acuerdo con Flink (2007), suponen un diseño flexible para que el entrevistado manifieste abiertamente sus opiniones. De acuerdo con Sparkers (1994, citado en Fassio, 2018), se trata de dar voz a quienes frecuentemente no la tienen. Se clasifican en personales, telefónicas y por correo. En relación con las otras técnicas de obtención de la información, tiene las ventajas de que se puede tener mayor profundidad y detalle en la información, así como un mayor control del entrevistado. Tiene también desventajas como son el alto costo de su realización y que se pueden presentar diferentes tipos de sesgos (Fassio, 2018).

En su realización conlleva una técnica que implica los siguientes pasos: 1) una breve introducción, en la que el entrevistador se presenta a sí mismo y a su organización, explicando los objetivos de la entrevista con una sonrisa y actitud amable, 2) abrir la relación explicando la confidencialidad de la entrevista y que por lo tanto, las preguntas pueden ser libremente contestadas, 3) y finalmente, la aplicación de la entrevista en la que las preguntas se formulan apegadas a lo planeado para evitar diferentes interpretaciones, pero sin dar opciones de respuesta como en el caso de la encuesta. Se puede auxiliar de grabación mediante cualquiera de los dispositivos de que se dispone en la actualidad.

Considerando las características de las preguntas, la entrevista personal puede ser estructurada o no estructurada. La entrevista personal no estructurada se utiliza para entrevistados que tienen cierta experiencia en el tema, tiene una alta flexibilidad y solo se determinan previamente los temas a tratar con el entrevistado. La entrevista estructurada, se realiza a partir de un formato de preguntas previamente establecido (Namakforoosh, 2017).

En el presente trabajo se utiliza la entrevista personal estructurada al personal designado por la máxima autoridad de la organización participante, mediante una guía de preguntas abiertas cuyas respuestas fueron cotejadas con las respuestas de los cuestionarios correspondientes y los hallazgos de las observaciones. El entrevistador y el investigador son la misma persona con lo que se redujo uno de los sesgos que se pueden presentar en la entrevista.

1.12.4 Fuentes documentales

Constituyen fuentes secundarias y consisten en la información escrita sobre un determinado objeto de investigación. Pueden ser archivos documentales de las

organizaciones (Bernal, 2011), y permiten obtener información relativa a los antecedentes históricos de las mismas, los manuales de organización y procedimientos, así como los planes estratégicos, programas de trabajo, de capacitación y en general todas las documentales gerenciales en donde se registra la planeación administrativa de la cual parten la organización, dirección y control. Sirven como fuente de información de gran utilidad en estudios cualitativos ya que contribuyen al entendimiento holístico de la organización objeto de estudio (Bernal, 2011) (cuadro 1.5).

En virtud de la naturaleza mixta de las hipótesis de investigación, se decidió que las técnicas más adecuadas para recabar la información debían ser la observación, entrevista semiestructurada, entrevista abierta y documentales para responder a las preguntas de naturaleza cualitativa y las encuestas para las preguntas de naturaleza cuantitativa (J. W. Creswell, 1994).

Cuadro 1.5 Fuentes de información utilizadas en campo

Fuente	Características*	Componente por evaluar
Observación	133 horas a las 4 estancias	Características generales de la organización
Entrevista semiestructurada	Grupo 1: Aplicada a personal de las cuatro estancias (n=4)	Características generales de la gestión
Entrevista abierta	Grupo 2: Aplicada a los 123 adultos mayores residentes	Percepción de la calidad de los servicios de los adultos mayores residentes
Encuesta	Grupo 1: Aplicada a personal de las cuatro estancias (n=20) Grupo 2: Aplicada a los 123 adultos mayores residentes	Gestión integral Percepción de calidad de vida de los adultos mayores
Documentales	Documentos gerenciales de las estancias, páginas web.	Características de la gestión

*Se conforman dos grupos: Grupo 1, personal directivo de las cuatro estancias. Grupo 2, adultos mayores residentes. Grupo

Fuente: Elaboración propia con base en libreta de campo (2018).

Toda la información es triangulada mediante los hallazgos de las observaciones directas recabadas en las cuatro estancias.

1.13 Selección de informantes

Para la selección de los informantes se toma en consideración los dos grupos de variables de estudio.

Por un lado, las variables de la gestión para lo cual se aplican entrevistas y encuestas al personal de las estancias. Para la selección de los entrevistados se consideraron los siguientes factores:

- Personal gerencial para las entrevistas y encuestas
- Personal operativo para las encuestas con por lo menos seis meses de antigüedad en las estancias
- Usuarios adultos mayores para la entrevista no estructurada

La mayor parte de los directivos tienen entre un año y año y medio en el puesto y solo uno de ellos alcanza los cuatro años de servicio. Dos de ellos tienen especialidad en administración de organizaciones gerontológicas, uno más la formación de médico general y el cuarto, médico especialista en geriatría, pero ninguno de estos dos últimos tiene formación administrativa (cuadro 1.6).

Las encuestas se aplicaron a 16 trabajadores operativos por lo que, incluyendo a los cuatro directivos, se constituye una muestra de 20 encuestados en materia de gestión (cuadro 1.6).

Cuadro 1.6 Perfil de los directivos entrevistados

Estancia	Puesto	Antigüedad	Formación académica
C (Junta de Asistencia Privada)	Jefe de área de servicios integrales al residente	1 año	Médico General con Especialidad en Administración gerontológica
A (Privada)	Director	4 años	Médico General
E (Junta de Asistencia Privada)	Jefe de servicio	1 y ½ años	Médico especialista en Geriatría
M (Gubernamental)	Nivel estratégico institucional	1 y ½ años	Gerontólogo con especialidad en Administración gerontológica

Fuente: Elaboración propia con base en entrevista abierta (2018).

Por otro lado, para la medición de las variables relacionadas con la percepción de calidad de vida se diseñan los instrumentos que se aplican al adulto mayor. Se aplica una entrevista no estructurada y una encuesta.

La entrevista permite tener un enfoque cualitativo de la percepción de los adultos mayores sobre los servicios recibidos en las estancias. No fue definida desde el inicio del estudio, pero, debido al tipo de preguntas que se incluyen en la encuesta y que exploran aspectos muy personales del adulto, se pensó como una pregunta amortiguadora que diera introducción al resto de los ítems de la encuesta. Durante la prueba piloto se encontró la riqueza de la información proporcionada por lo que se incluyó como parte del componente cualitativo de la gestión que permitió explorar el enfoque del usuario en los servicios gerontológicos recibidos.

Por otro lado, la encuesta permite obtener información relacionada con la variable percepción de calidad de vida que se utiliza para la correlación con las variables de gestión.

1.14 Convocatoria, prueba piloto y aplicación del cuestionario

Para la convocatoria se recurrió a una publicación verbal entre los estudiantes de la especialidad de administración gerontológica de la unidad de posgrado de la Facultad de Contaduría de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) en el año 2017, a partir de los cuales se reclutaron seis estancias en una técnica de “bola de nieve”.

Se acude personalmente a entrevista con los directivos de las unidades candidatas a participar en el estudio para explicar el objetivo y la metodología del estudio, posterior a lo cual dos de ellas se desistieron, quedando conformada la muestra por cuatro estancias gerontológicas permanentes.

Las solicitudes para la participación de las estancias se elaboraron por escrito y fueron consideradas por los respectivos comités de bioética en cuyas sesiones, la investigadora explicó las características del estudio y, una vez discutido en el seno del comité que no existieran conflictos de interés y el estudio se planteara con pleno respeto a los principios bioéticos médicos, se recibió la aprobación para la aplicación de los instrumentos.

Desde febrero de 2018 se acudió una vez por semana a la primera de las estancias para empezar a conocer el desempeño general de la organización mediante observación y revisión de las documentales gerenciales. Posterior a ello, se aplica la entrevista estructurada al directivo de nivel operativo designado por la dirección y se aplica la prueba piloto de las encuestas tanto al personal, como a los adultos mayores para la realización de las pruebas de validez y confiabilidad. Se realizan los ajustes necesarios hasta obtener los instrumentos finales.

A partir de septiembre del mismo año, se empieza a trabajar en la segunda estancia. En octubre en la tercera y a partir del mes de diciembre en la cuarta estancia.

1.14.1 El cuestionario

Reforzando lo comentado en párrafos anteriores, la base de la encuesta es el cuestionario, que se convierte en el instrumento de obtención de los datos de las variables de la investigación. Un principio fundamental para la elaboración de un buen cuestionario es tener sólidos conocimientos teóricos del problema a investigar. Su elaboración es más un arte que una ciencia en virtud de que no se tienen conocimientos científicos que garanticen un buen cuestionario (González, C. 2018).

La calidad y objetividad de una investigación se mide por el grado de confiabilidad y validez de sus resultados (Martínez, 2006), en relación directa con sus instrumentos de medición. El cuestionario es la traducción de los objetivos de la investigación. Se define como el conjunto organizado de preguntas para obtener información de los encuestados. Debe traducir la información que se necesita obtener en un conjunto de preguntas, animar, motivar y alentar al encuestado a participar y minimizar el error de respuesta (C. Martínez, 2006).

Para su elaboración es necesario: 1) tener claridad en la información que se requiere, 2) especificar el tipo de entrevista que se va a utilizar; si será una entrevista personal, por correo, telefónica, por internet o asistida por computadora, 3) diseñar las preguntas para vencer la incapacidad o falta de disposición del entrevistado, 4) decidir la estructura de las preguntas, 5) determinar la redacción de las preguntas, 6) organizar las preguntas en el orden correcto, 7) identificar el formato y diseño del cuestionario, 8) reproducir el cuestionario y 9) eliminar errores mediante pruebas previas (Malhotra, 2004).

1.14.2 Diseño del cuestionario

En congruencia con la hipótesis de investigación en el que se plantea la correlación entre dos grupos de variables, se diseñaron dos cuestionarios para las dos encuestas. El primero evalúa la gestión de las estancias y su compromiso con la calidad total, la atención centrada en la persona y la prevención de riesgos clínicos para los adultos mayores.

El segundo componente evalúa la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores residentes.

Componente Gestión

En virtud de que el cuestionario relacionado con la gestión incluye tres dimensiones, se incluyeron preguntas que las evalúan.

Primeramente, el cuestionario evalúa la gestión con apego a la calidad total de los servicios tiene como referente teórico el modelo de calidad total de la *European Foundation for Quality Management* (EFQM), basado a su vez en el ciclo de mejora continua de la calidad de W. Edwards Deming, planear-hacer-verificar-actuar.

El uso de este modelo como referente se debe a que ha demostrado su utilidad en la mejora de la calidad a nivel del sector industrial inicialmente y en años más recientes en el sector servicios, específicamente en los servicios gerontológicos. En España, específicamente en el país Vasco, ha sido implementado como una guía para transitar de la solidaridad a la excelencia en la gestión de los servicios gerontológicos como apuntan Sacanelle y Gómez (2010) (Sacanelle Berrueco, 2010).

Este modelo de gestión por calidad total se basa en la mejora continua, se enfoca en el cliente, gestiona mediante procesos e incluye en su evaluación dos grandes bloques, el primero el de agentes facilitadores y el bloque de resultados.

Para el presente trabajo se emplea el grupo de agentes facilitadores por ser aquellos que determinan las características de la gestión e incluyen cinco dimensiones: liderazgo, estrategia y planeación, alianzas y recursos, procesos y personal. Se adecua al sector de gerontológico el cuestionario que se emplea para evaluar en forma genérica los agentes facilitadores.

Sin embargo, se encontró que faltaban elementos de gestión específicos del sector gerontológico los cuales son fundamentales para los componentes de la calidad en salud descritos por Donabedian, el componente técnico y el interpersonal. Estos

elementos son, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS); la centralidad en la persona y la prevención de riesgos clínicos.

Por este motivo se incluyen dos grupos de preguntas que buscan medir el compromiso de las estancias permanentes hacia estos dos elementos de gestión, además de los reactivos sobre la gestión por calidad total descritas en párrafos anteriores.

Para medir el compromiso de las estancias permanentes con la centralidad en la persona se encuentra mediante la investigación documental un cuestionario validado en población hispana razón por la cual es posible aplicarlo en nuestra población de estudio.

Por último, para evaluar el compromiso con la gestión de riesgos se elabora un cuestionario basado en los objetivos de la investigación. Se identificaron como facetas: 1) el contar con un comité de prevención de riesgos y 2) la identificación, priorización y tratamiento de los riesgos clínicos organizacionales.

Una vez que se profundiza la investigación sobre la gestión de riesgos clínicos, se inicia por definir el tipo de entrevista a realizarse optándose por una entrevista personal, se diseñan las preguntas y se decide implementarlas como de respuesta politómica de cuatro opciones. En seguida se revisa la redacción y el orden que llevarían en el cuestionario para posteriormente reproducirlo y realizar la prueba piloto en una de las estancias.

Componente percepción de calidad de vida

Mediante la investigación documental se identificó un cuestionario validado y aplicado en población hispano parlante, mismo que se revisa en cada uno de sus ítems y se pilotea en cinco adultos mayores de una de las estancias.

Se agrega una pregunta abierta “amortiguadora” previo a la aplicación del cuestionario de la escala FUMAT. Esta pregunta resultó de gran importancia por el tipo de información que se obtuvo y que se comentará en el capítulo correspondiente.

1.14.3 Estructura del cuestionario

El cuestionario que evalúa la gestión está conformado por 50 preguntas y el que evalúa percepción de calidad de vida está constituido por 57 preguntas.

El cuestionario de gestión está constituido por preguntas que evalúan Gestión por Calidad Total, Gestión con Atención Centrada en la Persona y Gestión de Riesgos.

Las preguntas relativas a la Gestión por Calidad Total evalúan la gestión de las estancias con base en el modelo de calidad total de la *European Foundation for Quality Management* (EFQM) y consta de 17 reactivos que incluye las cinco dimensiones del modelo: liderazgo, política y estrategias, personas, alianzas y recursos y procesos.

El grupo de preguntas que evalúan el compromiso de la estancia con el proceso de atención centrada en la persona consta de 13 reactivos. Finalmente, el grupo de

preguntas que evalúan el compromiso con el proceso de prevención de riesgos clínicos organizacionales para el adulto mayor consta de 20 reactivos.

Cada pregunta está estructurada en una escala tipo Likert con cuatro o cinco opciones, buscando ponderar el grado de compromiso de las organizaciones de estudio con cada uno de los componentes evaluados en cada sección del cuestionario.

La segunda sección evalúa la percepción de calidad de vida del adulto mayor y consta de 57 preguntas distribuidas en ocho secciones que constituyen las ocho dimensiones de la percepción de calidad de vida de acuerdo con esta escala. Estructurados también en una escala tipo Likert de cuatro opciones (cuadros 1.7 y 1.8).

Cuadro 1.7 Cuestionario de percepción de calidad de vida. Variables, número de ítems y características

CUESTIONARIO DE PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA DE ADULTOS MAYORES		
Bienestar emocional	8	Medición de la percepción de su bienestar emocional por el adulto mayor. Escala de Likert. Preguntas cerradas de 4 opciones. Escala ordinal.
Relaciones interpersonales	6	Medición de la percepción de sus relaciones interpersonales por el adulto mayor. Escala de Likert. Preguntas cerradas de 4 opciones. Escala ordinal.
Bienestar material	7	Medición de la percepción de su bienestar material por el adulto mayor. Escala de Likert. Preguntas cerradas de 4 opciones. Escala ordinal.
Desarrollo personal	8	Medición de la percepción de su desarrollo personal por el adulto mayor. Escala de Likert. Preguntas cerradas de 4 opciones. Escala ordinal.
Bienestar físico	6	Medición de la percepción de su bienestar físico por el adulto mayor. Escala de Likert. Preguntas cerradas de 4 opciones. Escala ordinal.
Autodeterminación	8	Medición de la percepción de su autodeterminación por el adulto mayor. Escala de Likert. Preguntas cerradas de 4 opciones. Escala ordinal.
Inclusión social	9	Medición de la percepción de su inclusión social por el adulto mayor. Escala de Likert. Preguntas cerradas de 4 opciones. Escala ordinal.
Derechos	5	Medición de la percepción del respeto a sus derechos por el adulto mayor. Escala de Likert. Preguntas cerradas de 4 opciones. Escala ordinal.
TOTAL de ítems	57	

Fuente: Escala FUMAT para la medición de percepción de calidad de vida con base en el modelo de Schalock y Verdugo. 2010

Cuadro 1.8 Cuestionarios de gestión. Variables, número de ítems y características.

CUESTIONARIO GESTIÓN EN ESTANCIAS PERMANENTES		
VARIABLES	NÚMERO DE PREGUNTAS	TIPO DE PREGUNTAS Y ESCALA
GESTIÓN POR CALIDAD TOTAL		
Liderazgo	3	Medición de las actuaciones del equipo directivo y en general todo el personal para estimular, apoyar y fomentar la cultura de la gestión por calidad total. Escala de Likert. Preguntas cerradas de 4 opciones. Escala ordinal
Política y estrategias	4	Medición del establecimiento de estrategias y el despliegue de las mismas a todos los niveles de la organización mediante la comunicación. Escala de Likert. Preguntas cerradas de 4 opciones. Escala ordinal.
Personas	4	Medición del aprovechamiento de todo el potencial humano. Escala de Likert. Preguntas cerradas de 4 opciones. Escala ordinal.
Alianzas y recursos	3	Medición de como gestiona la organización sus recursos de manera eficaz y eficiente. Escala de Likert. Preguntas cerradas de 4 opciones. Escala ordinal.
Procesos	3	Medición de como la organización identifica, gestiona, revisa y mejora todos sus procesos. Escala de Likert. Preguntas cerradas de 4 opciones. Escala ordinal.
GESTIÓN CON ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA		
Individualización	3	Medición de como se analizan las características individuales de cada cliente adulto mayor para instituir su plan de manejo. Escala de Likert. Preguntas cerradas de 5 opciones. Escala ordinal.
Autonomía	10	Medición de como se respeta el derecho de decisión de los adultos mayores. Escala de Likert. Preguntas cerradas de 5 opciones. Escala ordinal.
GESTIÓN DE RIESGOS		
Comité de seguridad	11	Medición de la planeación del proceso de prevención de riesgos clínicos organizacionales para el adulto mayor. Escala de Likert. Preguntas cerradas de 4 opciones. Escala ordinal
Plan de seguridad	9	Medición de como se implementa, controla y mejora la seguridad del adulto mayor desde el punto de vista organizacional. Escala de Likert. Preguntas cerradas de 4 opciones. Escala ordinal
TOTAL de ítems	50	Tiempo aproximado de aplicación: 25 minutos

Fuente: Elaboración propia con base en Fondo Europeo de Desarrollo Regional (s.f.); Martínez (2015), la atención centrada en la persona; Elaboración propia con base en Consejo de Salubridad General México (2015).

1.14.3.1 Las preguntas que integran los cuestionarios

a. Cuestionario de la gestión.

Las preguntas que evalúan la variable liderazgo buscan identificar como el personal directivo se reúne y establece y actualiza el plan estratégico de la organización incluyendo la elaboración de su misión, visión y valores. Facilita las labores de todos los que participan en el otorgamiento de los servicios para el cumplimiento del plan estratégico diseñado y como reconoce las actividades realizadas en favor de la calidad total por todos los miembros de la organización.

Los reactivos de la variable estrategia y planeación fueron diseñados para evaluar que tanto se despliega al resto de la organización los planes estratégicos para ser implementados en todas las áreas. Ello implica una ardua labor de comunicación en todos los sentidos -ascendente, descendente y transversal- y el monitoreo del cumplimiento de los objetivos mediante el empleo de indicadores.

Con relación a los reactivos de la variable personas, buscan evaluar el trabajo que realiza la organización para tener a las personas correctas en el puesto correcto, comprometidas con la calidad total, satisfechas, en un plan de formación constante y reconociendo sus contribuciones al cumplimiento de los objetivos.

Las preguntas de la variable alianzas y recursos, buscan evaluar el compromiso con la gestión de los recursos necesarios para el adecuado funcionamiento prestando especial atención a los recursos informáticos que facilitarán el registro, análisis y seguimiento de la información para la adecuada toma de decisiones.

Los reactivos de la variable procesos, buscan evaluar la identificación de los procesos clave para alcanzar los objetivos con eficacia y eficiencia, igualmente evalúan que los procesos tengan un responsable, así como indicadores de seguimiento (cuadro 1.9).

Cuadro 1.9. Cuestionario sobre Gestión por Calidad Total

Variables	Preguntas	Opciones de respuesta
Liderazgo	Los directivos han desarrollado y difunden la misión, visión y valores de la estancia.	Ningún avance=1 Cierto avance=2 Avance significativo=3 Aspecto logrado=4
	Los directivos animan al personal operativo a iniciar cambios y acciones de mejora.	
	Los directivos reconocen los esfuerzos y logros del personal operativo de la estancia.	
Estrategia y planeación	Todas las áreas disponen de un documento de trabajo donde quedan reflejados los objetivos, así como los indicadores de medición.	
	Los objetivos han sido comunicados a las áreas operativas.	
	Ha existido participación de todos en la determinación de los objetivos.	
Personas	Se realiza seguimiento del resultado de los objetivos y de los indicadores de medición.	
	Se tienen definidas las funciones y tareas de los puestos de trabajo.	
	Se cuenta con un plan de formación del personal que incluye criterios de selección, análisis de necesidades formativas y formación.	
	Se utiliza alguna herramienta para medir la satisfacción del personal.	

Alianzas recursos	y	La gerencia ayuda a conseguir los objetivos establecidos para mejorar el desempeño de los trabajadores.
		Se establecen alianzas para ofrecer mayor valor añadido y satisfacción a los usuarios.
Procesos		Se cuenta con un sistema informático para contar con la información necesaria para la toma de decisiones.
		Se han desarrollado aplicaciones informáticas para la estancia y se aprovechan porque están bien adaptadas y facilitan el trabajo
		Se han identificado y documentado los procesos de la estancia.
		Se ha nombrado responsables de cada proceso, así como indicadores y objetivos.
		Se miden los indicadores de los procesos de forma periódica para conocer la marcha de la estancia

Fuente: Modificado de Unión Europea. Fondo Europeo de Desarrollo Regional (s.f.). Cuestionario de evaluación de empresa XX según el modelo EFQM.

Uno de los componentes específicos de la gestión de estancias permanentes es la gestión con atención centrada en la persona. En ella se contemplan dos dimensiones; la atención individualizada y el respeto a la autonomía. El grupo de ítems correspondiente a atención individualizada busca evaluar que tanto se consideran las características personales de los adultos mayores para implementar su atención y acompañamiento, en virtud de que en el sector sanitario cada individuo es único y su plan de prevención, tratamiento, rehabilitación y paliación debe ser particular para cada persona (cuadro 1.10).

Cuadro 1.10. Cuestionario sobre Gestión con Atención Centrada en la Persona

Variables	Preguntas	Opciones de respuesta*
Individualización	Consideramos que la calidad de la interacción entre los profesionales y las personas usuarias es mas importante que la realización de las tareas.	
	A las personas usuarias se les ofrece la posibilidad de implicarse de modo individual en las actividades cotidianas del centro.	
	Tenemos en cuenta las necesidades de las personas usuarias a diario.	
Autonomía	A menudo se discute como proporcionar atención centrada en la persona.	
	Tenemos reuniones de equipo para analizar la atención a las personas usuarias.	
	La historia de vida de las personas usuarias está incluida en los planes personalizados de atención.	
	Tenemos libertad de alterar las rutinas de trabajo en función de las preferencias de las personas usuarias.	Completamente en desacuerdo=1
	Sencillamente no tengo tiempo de proporcionar atención centrada en la persona.	Desacuerdo=2
	El ambiente se percibe caótico.	Indiferente=3
	Tenemos que realizar nuestro trabajo antes de que podamos preocuparnos de conseguir un clima hogareño.	De acuerdo=4
	La organización del trabajo me impide proporcionar una atención centrada en la persona.	Completamente de acuerdo=5
	Es difícil para las personas usuarias orientarse en este centro.	
	Las personas usuarias pueden acceder a la parte exterior del centro cuando lo deseen.	

*La puntuación puede variar dependiendo del sentido de la pregunta.

Fuente: Martínez, R. T. (2015). La atención Centrada en la Persona en los Servicios Gerontológicos: Modelos de Atención e Instrumentos de Evaluación. Tesis Doctoral. Universidad de Oviedo. España.

En el caso de los ítems de la variable autonomía, busca evaluar que tanto se respetan las decisiones del adulto mayor y se promueve su expresión para favorecer el empoderamiento y el respeto a su dignidad.

El cuestionario que explora el compromiso de la gestión con la prevención de riesgos se divide en dos variables; en la primera se evalúa la presencia de un plan de seguridad y en la segunda la existencia de un comité que dé seguimiento al plan de seguridad y que realiza las acciones de mejora y la retroalimentación del plan de manera regular (cuadro 1.11).

Cuadro 1.11. Cuestionario sobre Gestión de Riesgos Clínicos

Variables	Preguntas	Opciones de respuesta
Plan de seguridad	¿La organización tiene desarrollado un Plan de Seguridad para el adulto mayor?	
	¿La elaboración del plan de seguridad se basa en una evaluación integral de riesgos de la organización?	
	¿El plan de seguridad incluye un sistema de notificación y análisis de eventos adversos, eventos centinela y cuasi fallas?	
	¿El plan de seguridad incluye la implementación de barreras de seguridad y sus mediciones (indicadores)?	
	¿El plan de seguridad incluye el rediseño de procesos de riesgo?	
	¿El plan de seguridad fue aprobado por el cuerpo de gobierno y directivos?	
	¿El plan de seguridad incluye por lo menos dos indicadores relacionados con los procesos de cuidados al adulto mayor?	
Comité de seguridad	¿El plan de seguridad incluye al menos dos indicadores relacionados con procesos de gestión?	
	¿Se tiene conformado un comité de seguridad?	Ningún avance=1
	El Comité de seguridad, ¿define el plan, supervisa su implementación y da seguimiento a los acuerdos?	Cierto avance=2
	¿Se utilizan fuentes de información como evaluaciones de desempeño, información de quejas, notificación de eventos adversos, centinela y cuasi fallas, para identificar riesgos?	Avance significativo=3
	¿La identificación de riesgos se realiza con la participación del personal involucrado en los procesos?	Aspecto logrado=4
	¿Los riesgos se priorizan con la metodología definida por la organización?	
	¿El comité de seguridad proporciona retroalimentación periódica a los directivos, responsables de áreas y personal involucrado?	
	¿Se identifican al menos una vez por año, los procesos de riesgo relacionados con la seguridad del adulto mayor?	
	¿Hay datos disponibles para demostrar que las mejoras son efectivas y sostenidas?	
	¿Se hacen cambios en la política a fin de planear, llevar a cabo y sostener la mejora?	
	¿Se documentan y difunden en toda la organización las mejoras exitosas?	
	¿Se ha definido un plan de capacitación para el personal acorde con su rol en el plan de seguridad para el adulto mayor?	

Fuente: Elaboración propia con base en Consejo de Salubridad General (2015), Estándares para implementar el Modelo en Hospitales 2015. Mejora de la Calidad y seguridad del Paciente. QPS (*Quality Improvement and Patient Safety*).

b. Cuestionario de percepción de calidad de vida

El grupo de preguntas de la variable bienestar emocional busca evaluar la satisfacción y estabilidad en la esfera psicológica del adulto mayor como uno de los componentes de la esfera psico-afectivo-cognitiva, una de las tres esferas integrantes del estado de salud.

En el grupo de ítems de relaciones interpersonales se busca evaluar la percepción del adulto mayor relacionado con sus redes de apoyo y de soporte que incluyen tanto a la familia, amigos, como al personal de la estancia y de otros servicios que recibe.

Los ítems de la variable bienestar material evalúan la satisfacción con las condiciones de vivienda, su situación de jubilado por haber dejado las actividades que desempeñaba, las posesiones de cosas materiales y sus ingresos económicos.

Para el caso de las preguntas de la variable desarrollo personal, buscan evaluar las oportunidades de aprendizaje, acceso a la información y adquisición de nuevas habilidades en la estancia donde se encuentra. Busca también evaluar que tan responsable es de la toma de sus medicamentos, la eficacia para resolver problemas que se le presenten y las habilidades académicas para expresar información, resolver problemas matemáticos básicos y leer información de la vida cotidiana.

Las preguntas de la variable bienestar físico están orientadas a evaluar cuestiones de salud física como acceso a la atención sanitaria, memoria, movilidad, visión, audición, salud general, trastornos del sueño y continencia.

Las interrogantes de la variable autodeterminación intentan reducir subjetividad a aspectos como el respeto a sus metas y preferencias personales, la capacidad para manejar sus propias finanzas y organizar su vida, elegir como pasar el tiempo libre y en general el respeto a sus preferencias, deseos y necesidades.

En la variable integración social se busca evaluar su participación e integración a la estancia en donde se encuentra y en general a la comunidad de la que forma parte, así como la red de apoyos con la que cuenta.

Por último, el grupo de preguntas de la variable derechos busca evaluar el ejercicio de sus derechos y responsabilidades, el respeto a su dignidad y la defensa legal en caso necesario, así como el respeto a su intimidad.

1.15 Ponderación de las variables de estudio

Por tratarse de variables de tipo ordinal, se utilizan escalas tipo Likert que inicialmente se utilizan en dos formatos. De cuatro y de cinco opciones de respuesta debido a que no se requiere una discriminación tan fina entre los objetos evaluados. Aunque como desventaja resultar un coeficiente de correlación menor, tiene la ventaja de ser mucho más fácil de aplicar.

En cuanto a las características de las categorías, las escalas pueden ser balanceadas y no balanceadas. En una escala balanceada el número de categorías favorables y desfavorables es el mismo y se prefiere porque proporciona datos objetivos, a menos que haya tendencia al sesgo, en cuyo caso se prefiere utilizar una escala no balanceada.

Por otro lado, cuando es necesario forzar una respuesta se prefiere un cuestionario de categorías pares, de esta forma se evita una postura intermedia que quedaría en el terreno neutral. Dado que no era necesario forzar una respuesta se optó por incluir tres cuestionarios con cuatro categorías y uno de ellos con cinco categorías.

a. Cuestionarios de gestión

Para ponderar las prácticas de gestión en las estancias permanentes estudiadas, se utilizan escalas tipo Likert de 4 y 5 categorías. La mayor puntuación refleja el mayor compromiso con el componente de gestión evaluado, el número 1 refleja el menor compromiso de la estancia con el componente evaluado.

El cuestionario se emplea para evaluar el componente genérico, Gestión por Calidad Total (GCT) y los otros dos cuestionarios evalúan los dos componentes específicos del sector gerontológico, la atención centrada en la persona y la gestión de riesgos (cuadro 1.12).

Cuadro 1.12 Escala ordinal tipo Likert para evaluar el componente gestión.

Componente de la gestión	Escala tipo Likert	Opciones	Ponderación	Puntaje máximo
Genérico	Gestión por Calidad Total	ningún avance	1	4
		cierto avance	2	
		avance significativo	3	
		aspecto logrado	4	
Específico	Gestión por Atención Centrada en la Persona	completamente en desacuerdo	1	5
		en desacuerdo	2	
		indiferente	3	
		de acuerdo	4	
		completamente de acuerdo	5	
	Gestión de Riesgos	ningún avance	1	4
		cierto avance	2	
		avance significativo	3	
		aspecto logrado	4	

Fuente: Elaboración propia con base en Malhotra (2008). Investigación de mercados.

Para el escalamiento de la variable calidad de vida se utiliza una escala tipo Likert de cuatro opciones en donde el puntaje mínimo de 1 refleja una menor percepción de calidad de vida y el puntaje de 4 una mayor percepción de calidad de vida en el componente que se evalúa (cuadro 1.13).

Cuadro 1.13 Escala ordinal tipo Likert para evaluar el componente calidad de vida.

Escala tipo Likert	Opciones	Ponderación	Puntaje máximo
Calidad de Vida	Casi nunca o nunca	1	4
	Algunas veces	2	
	Frecuentemente	3	
	Siempre o casi siempre	4	

Fuente: Elaboración propia con base en Malhotra (2008). Investigación de mercados. A continuación, se muestra el puntaje máximo obtenido en cada uno de los aspectos de la gestión de las estancias permanentes evaluados durante el estudio (cuadro 1.14).

Cuadro 1.14 Valores de las variables de gestión gerontológica

Componente de la gestión que se evalúa	Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Fundamentación teórica	Referencias	Valor de los componentes	
Componente genérico	Gestión por Calidad Total	Modelo de gestión orientada a los resultados y enfocada al cliente que se realiza por procesos y se apoya en la participación de todos los miembros de la organización.	Aplicación de cuestionario de agentes facilitadores del modelo EFQM. Formulario de autoevaluación con cinco criterios.	Liderazgo	Gestión por Calidad Total aplicada a los sistemas de salud. Donabedian, Deming, Jurán, Ishikawa.	Willamowius, D. y Martínez, Y. (2015). Total quality management and hospital nursing: an integrative literature review.	12	
				Política y estrategia		Portela, S. (2016). El liderazgo transformador en la gestión de la calidad. Un estudio basado en el modelo EFQM.	16	
				Personas		Suárez, E. (2017). Análisis estructural del modelo EFQM de excelencia: el papel mediador de la gestión por procesos y la aplicación estratégica.	16	
				Allanzas y recursos			12	
				Procesos		J. Miralles (1989). Comparativa de tres modelos de gestión de calidad: EFQM, ISO y JCAHO.	12	
Componente específico	Gestión con Atención Centrada en la Persona	Enfoque de la atención donde la persona, desde su autodeterminación en relación con su calidad de vida, es el eje central de las intervenciones profesionales.	Aplicación de cuestionario "The person-centered care assessment tool", para evaluar el enfoque en la persona de la organización	Individualización de la atención	Rogers Carl. Terapia Centrada en el Cliente (1961)	Rodríguez, T. (2016). La atención Centrada en la Persona en los servicios gerontológicos. Modelos de atención y evaluación.	15	
				Autonomía		B. Sonya, S. Nancarrow. Effects of person-centered care on residents and staff in aged-care facilities: a systematic review.		
	Gestión de Riesgos	Método sistemático para identificar, priorizar y manejar riesgos organizacionales para reducir la probabilidad de eventos adversos.	Aplicación de cuestionario adaptado de Estándares Quality Improvement and Patient Safety (QPS).	Plan de seguridad	Rodríguez, P. (2010). La atención centrada en la persona	M. De Arcaya Vitoria (2007). La calidad asistencial en centros gerontológicos.	F. Paula, y G. Nuria (2016). El modelo de atención centrada en la persona aplicado al servicio de apoyo a la vida independiente.	36
					OMS. La atención centrada en la persona y la seguridad del paciente.		Ministerio de Salud y Educación Social (2015). Protocolo de Londres.	
					Reason, J. Modelo organizacional de causalidad de errores y eventos adversos.			
			Comité de seguridad	Organización Mundial de la Salud (2002)	Suárez, C.(sf). La seguridad de pacientes en el hospital Monte Naranco de Oviedo, especializado en enfermos geriátricos agudos	40		
				Gartshore, E., Waring, J. y Timmons, S. (2017). Patient safety culture in care homes for older people: a scoping review				

Fuente: Elaboración propia con base en las referencias contenidas.

1.16 Confiabilidad y validez de los cuestionarios

A) Cuestionarios para las variables de gestión

Dado que el cuestionario para evaluar el constructo gestión, está compuesto por tres secciones, analizamos una a una para explicar los mecanismos que se utilizan en su evaluación.

- a. Gestión por calidad total, se utiliza un cuestionario diseñado por la Consejería de Economía, competitividad e innovación del Gobierno de Extremadura para la evaluación de las empresas en cuanto al modelo de calidad total de la *European Foundation for Quality Management* (EFQM). Debido a que es un modelo genérico de gestión, las dimensiones que se validan son aplicables a todos los sectores.

Dado que en la literatura no se encuentra la validación del instrumento se procede a validarlo en cuanto a contenido y consistencia interna. La validación de contenido se realiza mediante consulta a jueces expertos tanto en el tema de investigación como en validación de instrumentos (Escobar-Pérez & Cuervo-Martínez, 2008; Pedrosa, Suárez-Álvarez, & García-Cueto, 2014).

La confiabilidad de consistencia interna se obtiene mediante alfa de Cronbach con un resultado de 0.83.

- b. La Gestión con atención centrada en la persona,

La versión original en inglés de la prueba *The Person-centered Care Assessment Tool* (P-CAT), es validada en su versión original. Posteriormente es traducida al español y validada mediante la aplicación en 1339 trabajadores de 56 residencias de largo plazo en Oviedo, España.

La confiabilidad de consistencia interna muestra una alfa de Cronbach de 0.88, en esta prueba los resultados varían de 0 a 1 y lo deseable es que los resultados sean superiores a 0.6.

La confiabilidad test-retest fue de 0.79, en esta prueba se aplican dos conjuntos idénticos de reactivos a los encuestados en dos momentos diferentes que se recomienda sea entre dos y cuatro semanas, a mayor valor numérico obtenido, mayor confiabilidad de la prueba.

- c. Gestión de riesgos, con fundamento en las evaluaciones del Consejo de Salubridad General de México para la mejora de la calidad y la seguridad del paciente en el sector sanitario, se diseña un cuestionario que consta de 13 reactivos y que es validado mediante consenso de expertos, en cuanto a su validez de contenido. Una vez que se revisan exhaustivamente las preguntas cotejándolas con la teoría, se envían a expertos en el área de salud y expertos en evaluación de cuestionarios. (de Franco & Josefina, 2009). Posterior a las observaciones son reenviados a la autora para su ajuste en tres ocasiones distintas hasta contar con el cuestionario que se utiliza para la prueba piloto (Urrutia Egaña, Barrios Araya, Gutiérrez Núñez, & Mayorga Camus, 2014).

Una vez realizada la prueba se calcula su confiabilidad de consistencia interna, aunque dados los escasos ítems respondidos se dificulta realizar esta validación (cuadro 1.15).

Cuadro 1.15 Validación de los cuestionarios

CUESTIONARIO	VALIDEZ DE CONTENIDO	CONFIABILIDAD	
Gestión por Calidad Total	Consenso de expertos	Consistencia interna: alfa Cronbach 0.83	
Gestión Centrada en la Persona	Consenso de expertos	Consistencia interna: alfa de Cronbach 0.88	test-retest 0.79
Gestión de riesgos	Consenso de expertos		
Calidad de vida	Consenso de expertos	Consistencia interna: alfa de Cronbach 0.962	Consistencia interna: confiabilidad por mitades 0.894

Fuente: Elaboración propia con base en Kerllinger 2002, Investigación del comportamiento.

B) Cuestionario para percepción de calidad de vida

Para la evaluación de las variables de este constructo se utiliza un cuestionario elaborado y validado en lengua hispana y posteriormente validado en cuanto a consistencia interna, mediante dos pruebas; el método de correlación entre dos mitades de Spearman-Brown y el coeficiente alfa de Cronbach. Se obtienen los valores de 0.894 y 0.962 en ambas pruebas respectivamente. En el siguiente cuadro se muestran los resultados de las validaciones de consistencia interna por dimensión (cuadro 1.16).

Cuadro 1.16 Consistencia interna de las variables de percepción de calidad de vida

	Alpha de Cronbach	Dos mitades	No. Ítems
ESCALA FUMAT	0.86	0.901	8
RELACIONES INTERPERSONALES	0.807	0.753	6
BIENESTAR MATERIAL	0.604	0.308	7
DESARROLLO PERSONAL	0.918	0.781	8
BIENESTAR FÍSICO	0.732	0.928	6
AUTODETERMINACIÓN	0.908	0.845	8
INCLUSIÓN SOCIAL	0.862	0.87	9
DERECHOS	0.774	0.823	5
ESCALA TOTAL	0.962	0.894	57

Fuente: Verdugo (2009). La escala FUMAT.

1.17 Tratamiento de la información

El método de caso se puede abordar desde el enfoque cualitativo, cuantitativo o mixto.

Desde el abordaje cualitativo se puede recurrir a diversos métodos como: fenomenología, etnografía, teoría fundamentada, etnometodología, investigación-acción y método biográfico (Cook & Reichardt, 1986). De todos ellos, el método biográfico nos permite mostrar el testimonio subjetivo de las personas y analizar sus percepciones sobre algún fenómeno en particular desde la perspectiva de su propia existencia.

El método biográfico nos permite darle voz al usuario adulto mayor para posteriormente, analizar la información recogida. Son diversas técnicas las que se utilizarán para el análisis como por ejemplo el análisis causa-raíz que, llegando hasta la quinta causa, nos permite identificar elementos de gestión implícitos en las opiniones de los adultos mayores.

Una vez identificadas las causas-raíz, se procederá al análisis mediante la técnica de Pareto para agrupar aquellos elementos de gestión por los que se debe empezar a trabajar para lograr los dos elementos de calidad que se buscan en la atención de las estancias gerontológicas: la satisfacción del usuario y la mejora en su percepción de calidad de vida.

Aunque en la actualidad existen diversos programas para el análisis cualitativo de los datos como el Atlas.ti y MAXQDA, los costos de dichos programas hacen difícil su accesibilidad por lo que, en el presente trabajo el análisis se realizará de manera manual (Hernández-Sampieri, Roberto, Fernández-Collado, Carlos. & Baptista-Lucio, 2010).

Para el análisis cuantitativo de los datos, se utilizará el programa SPSS, versión 25, se realizará inicialmente un análisis general para conocer el comportamiento de cada una de las variables en su conjunto (Pérez-López, 2004).

Posteriormente se analizará cada una de las variables en cuanto a sus medidas de tendencia central y de variabilidad para, posteriormente, realizar los análisis de correlación univariada y multivariada (cuadro 1.17).

Cuadro 1.17. Pruebas estadísticas empleadas para buscar responder a las preguntas de investigación.

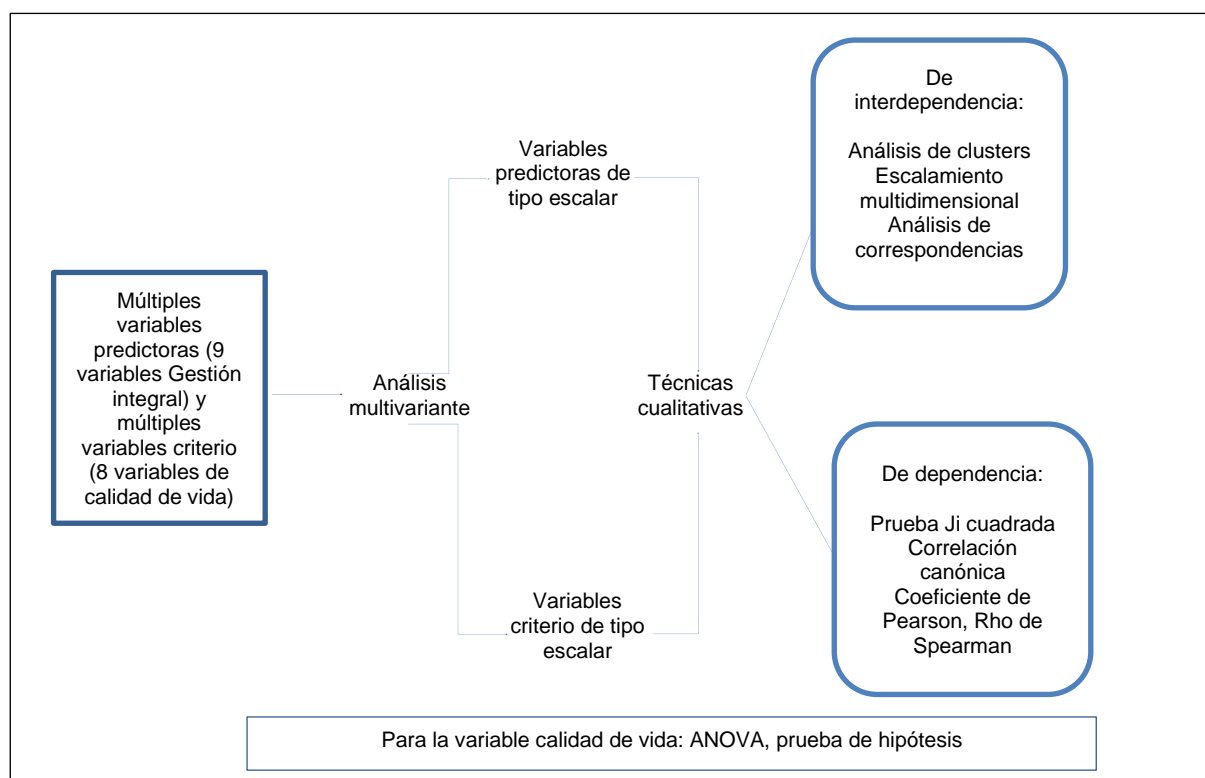
Pregunta de investigación	Variables	Tipo de análisis	Prueba estadística
¿Cómo se relaciona la gestión de las estancias gerontológicas permanentes en la Ciudad de México con la percepción de calidad de vida de los adultos mayores residentes?	Gestión integral Calidad de vida	Estadística Inferencial	Correlación canónica Coeficiente de correlación de Pearson Rho de Spearman Correlación canónica
¿Cuáles son las características de gestión de las estancias gerontológicas permanentes de la Ciudad de México en 2018-2019?	Gestión	Análisis cualitativo	Categorización de dimensiones Diagrama de Pareto
¿Cuál es la diferencia en el índice de percepción de calidad de vida de los adultos mayores residentes en las estancias	Índice de percepción de calidad de vida	Estadística inferencial	Prueba de hipótesis Prueba de ANOVA

gerontológicas permanentes de la Ciudad de México relacionado con el sector al que pertenecen público o privado en 2018-2019?	Sector de estancias permanentes en Ciudad de México		
¿Qué tipo de gestión genera mayores índices de percepción de calidad de vida en los adultos mayores residentes de las estancias gerontológicas permanentes en la Ciudad de México?	Gestión por calidad total, Gestión de riesgos, Gestión con Atención Centrada en la Persona Percepción de Calidad de vida	Estadística Inferencial No paramétrica Estadística descriptiva	Coefficiente de correlación de Pearson Rho de Spearman Tablas cruzadas

Fuente: Elaboración propia con base en Hernández-Sampieri (2014), Metodología de la investigación. Kerlinger (2002), Investigación del comportamiento. Namakforoosh, Metodología de investigación (2017).

En virtud de que la pregunta principal involucra un análisis de correlación entre múltiples variables predictoras (nueve) y variables criterio (ocho), de tipo escalar, se realizará una correlación canónica (Pérez López, 2008) (figura 1.7).

Figura 1.7 Tipos de pruebas estadísticas de análisis multivariante.



Fuente: Elaboración propia con base en Pérez, C. (2004). Técnicas de análisis multivariante.

Capítulo 2. Gestión de la calidad en las estancias gerontológicas permanentes

2.1 La administración y la gestión

De acuerdo con el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (DRAE), gestionar es la acción de llevar adelante una iniciativa o un proyecto; ocuparse de la administración, organización y funcionamiento de una empresa actividad económica u organismo; acción o efecto de administrar (Española & Madrid, 1970). Esta definición la ubica en el campo de la administración, pero no nos aclara mucho sobre el concepto que nos interesa, por lo que trataremos de buscar los orígenes de la palabra.

Desde el punto de vista etimológico, Huergo (2003), la ubica en el vocablo latino “*gestio-onis*”, que significa acción de llevar a cabo. Moliner (1998), la relaciona con el vocablo “*gestio-onem*”, aludiendo a las acciones para llevar a cabo algo. Por otro lado López y Mariño (2010), la ubican relacionada con el término “*genere*”, que significa conducir, dirigir e incluso gobernar y en el siglo XIX, se refería a la acción de hacer diligencias (Huergo, 2015).

Según López y Mariño (2010), la palabra gestión viene del griego *gérere*, que significa llevar a cabo. Para estos autores, es un concepto en construcción y se relaciona con “...la acción dentro de las organizaciones que permite establecer las directrices que las conducen a un estado superior de acuerdo con su identidad, fines y propósitos...” (P. & López & Arévalo, 2010).

Según Chiara y Di Virgilio (2009), la gestión pone énfasis en la eficacia y eficiencia, siendo la articuladora de los recursos humanos, financieros, técnicos, organizacionales y políticos para satisfacer las demandas del cliente/usuario. Considera no solo los factores internos de la organización sino los factores externos a la misma (Giroto & Horacio, 2015).

Para Ortum (1999), la gestión implica coordinar y motivar a las personas de una organización para lograr las finalidades de ésta (Ortum, 1965).

Entrando propiamente a una definición, Palomares (1987), la define como la capacidad de articular los recursos de que se dispone de manera que se pueda lograr lo que se desea.

El mismo autor establece la diferencia entre administración y gestión en el plano de aplicación, ya que mientras la primera se ubica en la planeación y organización de los objetivos organizacionales, la gestión se encarga de las actividades y decisiones que se toman en la práctica para el cumplimiento de esos objetivos (Palomares Vaughan, 1987).

Amat la define como el conjunto de decisiones y acciones que llevan a la organización a alcanzar los objetivos organizacionales.

López (2010), la entiende como un mecanismo de direccionamiento de los miembros de una organización, en sentido transversal, para el logro de los objetivos estratégicos (López, P. & Arévalo, 2010).

Tobar (2002), define un modelo de gestión como la secuencia ordenada y racional en que deben tomarse las decisiones dentro de una organización. Involucra

definiciones desde el ser, el hacer y el estar (Tobar, 2002, *Modelos de Gestión en Salud*).

Un sistema de gestión lo define Heras (2006), como “el conjunto interrelacionado de elementos como: procedimientos, instrucciones, formatos y elementos similares, mediante los que la organización planifica, ejecuta y controla determinadas actividades relacionadas con los objetivos que desea alcanzar (Saizarbitoria, Carrasco, & Arteaga, 2006).

Es esta última definición de gestión, la de Heras (2006), la que desde el punto de vista de la que escribe, expresa de manera más clara, los elementos que se utilizan en el día a día para el logro de los objetivos organizacionales enmarcados en el sistema de gestión.

Aunque en sus inicios ambos términos se usaron indistintamente, en los últimos 40 años han tomado connotaciones distintas y actualmente para Cole (2015), la administración es vista como un concepto organizacional, a diferencia de la gestión que se refiere a la planeación, control y motivación del componente humano (Cole, 2015).

Pasando ahora a la revisión del concepto administración, encontramos que, para Fayol, la Administración es un conjunto de principios que se desarrollan bajo la previsión, la organización, dirección, coordinación y control. Certo (1994, como se citó en Chiavenato 2014, p.9), la define como “...un proceso continuo y sistemático que implica una serie de actividades impulsoras, como planear, organizar, dirigir y controlar recursos y competencias para alcanzar metas y objetivos...” (Chiavenato & Sacristán, 2014).

De acuerdo con Reyes Ponce, administrar “...es el conjunto sistemático de reglas para lograr la máxima eficiencia en las formas de estructurar y manejar un organismo social ...” (Reyes Ponce, 1985, p. 16).

Para Mintzberg (1984), la administración es un proceso que diseña y mantiene el entorno en el que, mediante el trabajo en grupos, los individuos cumplen los objetivos que se ha planteado la organización (Mintzberg, 1979).

Koontz, la define como la ciencia social, técnica y arte que se ocupa de la planificación, organización, dirección y control de los recursos (humanos, financieros, materiales, tecnológicos, de conocimiento, etc.) de la organización, con el fin de obtener el máximo beneficio posible; este beneficio puede ser económico o social, dependiendo de los fines que persiga la organización (Koontz, 1965; Koontz, 2000).

Dados los conceptos anteriormente vertidos, se entiende que cuando se busca articular todos los elementos presentes en la organización para el logro de esos objetivos es donde surge la gestión de la organización en un concepto de corresponsabilidad transversal. En el presente trabajo se entiende por gestionar, como el conjunto de acciones transversales a toda la organización, que buscan coordinar a todos los actores dentro y fuera de la misma para el cumplimiento de los objetivos establecidos por la administración.

Para algunos, la gestión es ese componente “dinámico” del proceso administrativo reconocido por Reyes Ponce en el que incluye la coordinación y el control, sin embargo, la gestión lleva un mayor pragmatismo y dinamismo que la hace eclosionar desde la ciencia de la administración.

Aún los componentes del proceso administrativo de la fase dinámica resultan insuficientes para dar respuesta a una serie de cambios que se dan continuamente en las organizaciones, derivados de cambios en el entorno. Su capacidad de respuesta debe ser tal, que solo el componente humano y sus apoyos tecnológicos y matemáticos pueden reaccionar con la celeridad que se requiere para que la organización sobreviva y alcance sus objetivos. Esta respuesta solo puede ser dada por la gestión.

Por supuesto que el sustento de todo su actuar son las bases administrativas de la organización. Sobre ella, la administración, se desarrollan todos los cambios que se presentan en el día a día y que forman parte de la gestión.

Se espera que este concepto continuará desarrollándose hasta dejar perfectamente definida la diferencia entre administración y gestión, originando otra área del conocimiento que contribuirá, muy probablemente, a dar una mejor respuesta a los requerimientos organizacionales.

La gestión lleva un componente práctico más fuerte que la administración, pero utiliza el método científico para la solución de sus interrogantes y busca generar teorías y leyes, lo que la coloca dentro del ámbito de la ciencia.

En todo caso, aún queda mucho por trabajar en la conceptualización del término gestión y su diferenciación con la administración.

Con base en lo anterior, para efectos de esta investigación se utilizará el término gestión, en virtud de que se busca un modelo que permita direccionar las estancias gerontológicas hacia la mejora en la percepción de calidad de vida de los residentes y la satisfacción de todos los grupos de interés que intervienen.

2.2 La calidad de los servicios

El campo del conocimiento del presente trabajo es la gestión de las estancias permanentes para adultos mayores y la mejora en la calidad de sus servicios. La mejora continua de la calidad en el sector de los servicios de salud, tiene su fundamento en el modelo de Avedis Donabedian, quien estableció los tres componentes de la calidad asistencial; técnico, interpersonal y de amenidades y la evaluación de dicha calidad mediante tres capítulos: estructura, procesos y resultados (Donabedian, A. 1988). Se constituye en el referente teórico más importante para el presente trabajo en virtud de que el componente salud, adquiere una dimensión de suma importancia dentro de los servicios que se otorgan al adulto mayor, en las estancias gerontológicas permanentes.

La calidad se ha definido de numerosas formas. Para Juran, significa “adecuación al uso y ausencia de defectos”. Para Crosby “cumplimiento de las especificaciones”, para Donabedian “el mayor beneficio, al menor costo y con el menor riesgo”(Juran, 1990). Deming, conceptualiza la buena calidad como el grado predecible de uniformidad y confiabilidad con una calidad estándar adecuada para el cliente.

Profundizó el concepto como un ciclo interminable de mejora continua (Chandrupatla, 2009, p.1)

Cuatrecasas (2010), la define como el conjunto de características que posee un producto o servicio, así como su capacidad de satisfacción de los requerimientos del usuario (Arbós & Babón, 2017).

Para Kajonius (2016), es la capacidad para satisfacer las necesidades y deseos de los usuarios de un producto o servicio (Kajonius & Kazemi, 2016).

La calidad en las organizaciones ha pasado por diversas etapas como la inspección, el control de calidad, el aseguramiento de la calidad, la gestión de calidad y actualmente la gestión de la calidad total o excelencia, TQM por sus siglas en inglés (*Total Quality Management*) (Saumeth, Afanador, Ospino, & Barraza, 2012).

La primera etapa de la calidad la constituye la inspección, que abarca desde fines del siglo XIX a principios del siglo XX y que, con un enfoque correctivo, pretendía detectar los defectos una vez finalizado el proceso de producción (Ford, 2013). Algunos autores como Torres (2014), en su publicación intitulada *Calidad y su evolución: una revisión*, la ubica desde 1450, en virtud de que algunas tumbas en Tebas, evidencian la presencia de un “inspector”, para verificar que los bloques de piedra usados en la construcción de las pirámides tuvieran las dimensiones adecuadas. Esto situaría a la inspección de la calidad en una etapa previa al surgimiento de la Administración como ciencia (Saumeth et al., 2012).

A partir de 1920 surge el control de la calidad, etapa en la cual, el enfoque sigue siendo reactivo, pero se diferencia de la etapa anterior por centrarse en los procesos. Se busca identificar las causas de los errores y se implementa el control estadístico. Sus principales exponentes fueron Edwards Deming y Walter Shewhart.

Posteriormente se presenta la etapa de aseguramiento de la calidad, a partir de 1960, y en esta etapa no solo el departamento de producción es responsable de la calidad sino, que involucra a toda la organización. Destacan personajes como Joseph M. Juran y Kaoru Ishikawa (Ishikawa, 1994; Juran, 1990; Arbós & Babón, 2017).

El concepto de Calidad Total fue utilizado por primera vez por Feigenbaum en la Primera Conferencia Internacional de Control de Calidad en Tokio, en 1969, sin embargo, es hasta 1980 que inicia la etapa de la calidad total en la que se involucra a la dirección como responsable de la calidad, junto con toda la organización. El enfoque se amplía del producto y procesos, a las personas (Essays, UK. 2018).

La etapa siguiente, de Gestión por Calidad Total también conocida con el nombre de Excelencia en la Calidad, como la conocemos en la actualidad se puede decir que surge con la implementación del premio Deming en Japón en 1950, el premio Malcolm Baldrige *National Quality Award* en los Estados Unidos en 1987 y se extiende en gran parte del mundo a partir de 1990, con la creación de la *European Foundation for Quality Management* (EFQM)(Chandrupatla, 2009). En la gestión de la calidad total, se reúnen una serie de principios básicos que son: la orientación al cliente, la orientación hacia los resultados, el liderazgo y la coherencia con los objetivos, la gestión por procesos, identificación y priorización de problemas,

prevención de errores, uso de instrumentos de medición, desarrollo e implicación de las personas, mejora continua, uso de programas de reducción de costos, desarrollo de alianzas y la responsabilidad social. El objetivo a alcanzar en esta etapa es la excelencia (Porras & San Miguel, 2016; Nicholas, A. 2020; Vituri, Évora, & Dora, 2015) (cuadro 2.1).

Cuadro 2.1 Etapas de la evolución de la calidad

DESARROLLO DE LA GESTIÓN DE LA CALIDAD			
ETAPA	OBJETIVO	IMPLICACIÓN	EXPONENTES
Inspección	Verificación del producto en su salida de la fabricación	Departamento de inspección	Siglo V a XV
Control del producto	Detección de productos defectuosos antes de que lleguen al consumidor	Departamento de calidad	Revolución industrial (1750)
Control del proceso	Evitar los defectos a lo largo de la cadena de producción	Departamento de calidad+ producción	Walter A. Shewart (1924)
Control de calidad total	Persigue la satisfacción de los clientes	Abarca todas las áreas	Armand V. Feingenbaum (1951)
Aseguramiento de la calidad	Planificación, optimización y control de la calidad de productos y servicios. Satisfacción de clientes internos y externos.	Toda la organización	Kaoru Ishikawa (1962). Joseph M. Juran (1946). W Edwards Deming (1951).
Gestión de la Calidad Total o Excelencia	La calidad se extiende a todas las funciones empresariales, organizaciones y servicios, productos intermedios, clientes internos y externos.	Todos los elementos y procesos de la organización con enfoque en el cliente	European Foundation for Quality Management, International Standard Organization (1990).

Fuente: Elaboración propia con base en Juran (1990), Juran y el liderazgo para la calidad: manual para ejecutivos, Ishikawa (1989), Introducción al control de calidad, Cuatrecasas (2010), Gestión integral de la calidad.

Aunque la utilización del modelo TQM surgió en la industria, fue promovido en el sector salud por el doctor Avedis Donabedian quien aplicó la teoría de sistemas y propuso su tríada clásica de evaluación de los sistemas de salud; estructura, proceso y resultados. Definió la calidad en salud como aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar, después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar al proceso en todas sus partes. Es decir, el máximo beneficio con el menor riesgo y el menor costo (Donabedian, A.1988). Describió los tres componentes de la calidad en los servicios sanitarios que son: calidad técnica, interpersonal y de amenidades.

El componente técnico lo definió como la aplicación de la ciencia y la tecnología en el manejo del problema de salud de una persona, de tal forma que rinda el máximo beneficio, sin incrementar sus riesgos (Donabedian, A. 1986). Este componente se

refiere al conocimiento científico, las habilidades y destrezas desarrolladas para el ejercicio de la profesión.

Es fundamental en la calidad de los servicios asistenciales al adulto mayor ya que impacta en su percepción de calidad de vida. Se encuentra estrechamente relacionado con todas las actividades preventivas, curativas, de rehabilitación y paliativas que se implementan para mantener o mejorar las condiciones de bienestar en las esferas física, psicológica y social.

Según Sacanelle (1995), es en el componente técnico de los procesos en donde se debe centrar inicialmente la atención, por representar el mayor reto para el otorgamiento de servicios de calidad en el sector socio-sanitario. Los propios profesionales de la organización son los responsables de su aplicación mediante el análisis de casos problema en forma colegiada, establecimiento de protocolos de manejo y realización de supervisiones (Sacanell, 1995).

Se debe mantener un flujo de información continua con el usuario que favorezca la toma de decisiones compartida, así como el flujo de información hacia el personal que lo mantenga siempre actualizado para el ejercicio de sus respectivas profesiones basadas en la evidencia científica (Ibidem).

Igualmente, necesita la implementación de sistemas informáticos que faciliten el registro de datos, que permitan su análisis y utilización en el continuo de la investigación y la toma de decisiones, así como en el monitoreo de los resultados mediante el uso de indicadores de gestión.

El segundo componente, el interpersonal, se basa en las normas y valores sociales que debe seguir una interrelación entre personas y que, aplicado al ámbito gerontológico asistencial favorecerá la integración social del adulto tanto a la estancia permanente como a su comunidad, evitando el aislamiento social con sus repercusiones negativas en la salud mental y física del mismo. Esta relación interpersonal se da en un momento especialmente vulnerable para el adulto mayor y su familia, en virtud de que están en juego valores como la dignidad y la autonomía y en la que ambos actores tienen derecho a participar activamente. Es a través de ella que el adulto mayor proporciona información valiosa al personal para el otorgamiento de sus cuidados y a la inversa, el adulto recibe la información que permitirá los buenos resultados del componente técnico. Intervienen valores como la confidencialidad, respeto a la intimidad, empatía, honestidad y sensibilidad.

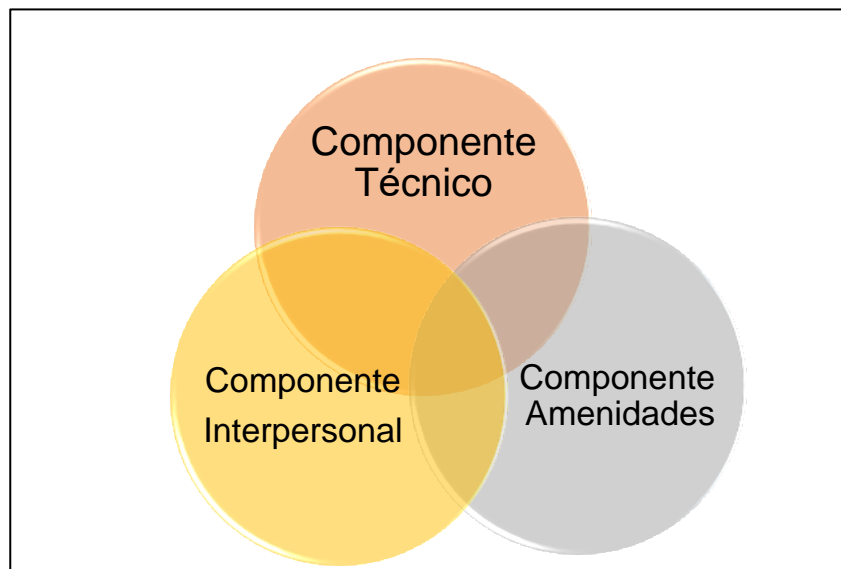
Por último, el componente amenidades (aspectos de confort), reúne todos aquellos elementos que hacen más confortable la estancia del adulto mayor al momento de recibir los servicios e incluye elementos como la limpieza de las instalaciones, la temperatura del ambiente, la iluminación, entre múltiples factores (Donabedian, A. 1984a).

En el caso de las estancias gerontológicas permanentes, este tercer elemento se encuentra estrechamente relacionado con los componentes técnico y asistencial debido a los apoyos que frecuentemente requiere el adulto mayor para el ejercicio de su independencia y autonomía dentro y fuera de la estancia y que no solo determina el confort sino, las posibilidades de transferencia y realización de actividades de la vida diaria.

Por esta razón, el modelo de calidad de Avedis Donabedian, se constituye en el fundamento teórico fundamental, aunque no será el único, en la búsqueda de la gestión de las estancias gerontológicas permanentes que contribuya a mejorar la percepción de calidad de vida de sus residentes adultos mayores.

Las particulares necesidades de los adultos mayores en el otorgamiento de los servicios asistenciales, obliga a la búsqueda de otros elementos teóricos que permitan una gestión de los servicios gerontológicos que incluyan los tres componentes de la calidad asistencial (figura 2.1).

Figura 2.1 Componentes de la calidad asistencial



Fuente: Donabedian (1988). The quality of care. How can be assessed? JAMA, 260:1743-1748.

Para poder evaluar la calidad de los servicios, Avedis Donabedian describió las tres dimensiones: estructura, procesos y resultados los cuales, en un enfoque de sistemas, permiten el monitoreo continuo de la calidad.

La dimensión de estructura hace referencia a todos los recursos materiales, humanos, organizacionales y geográficos que se requieren para el otorgamiento de un servicio de calidad. Este componente es evaluado en salud mediante la acreditación de las instituciones. En el caso de las organizaciones gerontológicas se refiere a las fuentes presupuestales, número y capacitación del personal, sistemas de recompensas, documentos gerenciales, calidad de las instalaciones, mobiliario y equipo, alimentos y medicamentos, por mencionar algunos. Dentro de los factores de estructura que se han visto relacionados con una mejor calidad de la atención, el que destaca es el de recursos humanos, medido en número y capacitación de cuidadores por cada adulto mayor residente.

El componente proceso hace referencia al "como" se realiza la prestación del servicio. En las estancias gerontológicas se refiere a los métodos de diagnóstico, tratamiento e interacción con los adultos mayores (Kajonius & Kazemi, 2016). Las

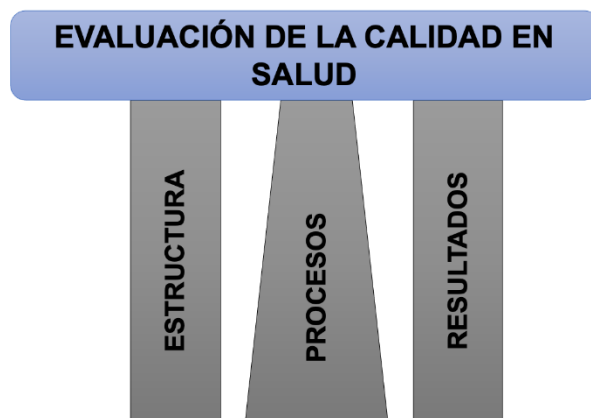
variables que influyen en la dimensión de procesos son: permitir la participación activa de los adultos mayores, la percepción de ser tratados con respeto, el mantenimiento de su autonomía y la prevención de riesgos. Para Mead y Bower (2002), la percepción de calidad en los cuidados está estrechamente relacionada con el nivel de asociación que establezcan cuidadores y residentes. La evaluación del proceso parte de la premisa que, si se utilizan efectivamente los recursos, se tienen más posibilidades de dar mejores resultados (Mead & Bower, 2002).

Sin embargo, no se debe menospreciar ninguno de los componentes mencionados ya que un resultado de calidad requiere de la calidad tanto en estructura como en procesos. Para su evaluación se utilizan en salud, diversos métodos como: auditoría médica, revisión entre pares, mapas de criterios, protocolos de tratamiento, reuniones clínicas, comités, análisis de casos problema mediante métodos basados en resultados, entre otros (Kajonius & Kazemi, 2016).

Los procesos, han sido estudiados en su relación con la satisfacción y en el impacto sobre la percepción de calidad de vida. Específicamente las actitudes de los cuidadores, explican el 48% de la satisfacción de los adultos, por lo que el grupo de los procesos, se constituye en otro importante componente a evaluar para mejorar la calidad de los servicios (Kajonius & Kazemi, 2016).

Finalmente, el componente resultados, incluye tanto la satisfacción del cliente como el cambio en su estado de salud o en sus estilos de vida, buscados por los servicios proporcionados (Donabedian, A. 1988). Los resultados finales continúan siendo un aspecto desafiante por las implicaciones que tiene, ya que no solo se trata de buscar la satisfacción directa del adulto mayor por los servicios recibidos; sino por el componente de la percepción de calidad de vida, criterio multidimensional por el que se debe trabajar en forma interdisciplinaria y con una clara visión de los objetivos a alcanzar (figura 2.2).

Figura 2.2. Componentes de la evaluación de la calidad en salud.



Fuente: Elaboración propia con base en Donabedian (1988). The quality of care. How can be assessed? JAMA, 260:1743-1748.

En síntesis, el concepto de calidad ha tenido múltiples variaciones dependiendo del momento histórico en el que se estudie. Actualmente, la calidad en los servicios

sanitarios debe incluir el componente técnico, interpersonal y de amenidades. Para alcanzar estos resultados es necesario buscar también la calidad en los componentes de la estructura y los procesos. Por tanto, la evaluación de la calidad con fines de establecer un control administrativo deberá incluir la valoración de la estructura, los procesos y los resultados (Donabedian, A. 1988).

2.3 Modelos de gestión genéricos

Aunque se ha llevado a cabo una importante labor para conocer el proceso de envejecimiento desde el punto de vista biológico, aún existen muchas investigaciones relacionadas con las organizaciones que otorgan servicios gerontológicos y específicamente sobre las características que debe reunir la gestión de éstas con el objetivo primordial de mejorar la calidad del envejecimiento.

La gestión de las organizaciones gerontológicas se ubica dentro del concepto de la mesogestión de Ortum (1999) de los ámbitos de gestión en sanidad y tiene su apoyo disciplinar en las ciencias de la gestión. Incluye la motivación y coordinación de los integrantes de la organización y requiere la coordinación a su vez con los niveles de la macrogestión y la microgestión del sistema en el que se opere (Ortum, 1965).

La macrogestión comprende la participación del Estado para corregir las disfunciones del mercado y mejorar el estado de salud de la población, siendo su ciencia base la Salud Pública. Por otro lado, la microgestión, comprende el ejercicio profesional de los involucrados en la atención y las ciencias base son las ciencias médicas. La mesogestión incluye las actividades de los diferentes niveles gerenciales de las estancias gerontológicas y su ciencia base es la Administración.

En las organizaciones gerontológicas permanentes, se requiere la coordinación, por parte de los directivos, de un equipo multidisciplinario conformado por: personal administrativo, gerontólogos, médicos, cuidadores, psicólogos, nutriólogos, odontólogos, trabajadores sociales, terapeutas físicos, enfermeras, familiares, adultos mayores, proveedores y grupos de interés como organizaciones altruistas y educativas. El enfoque tiene que ser preventivo en sus diferentes niveles de acuerdo con el modelo de Leavell y Clarck identificando a la población de riesgo de deterioro y estratificándolos de acuerdo con sus capacidades, para la mejor optimización de los recursos (Leavell & Clark, 1958).

La calidad de los cuidados en las estancias gerontológicas permanentes tiene múltiples dimensiones como: seguridad, satisfacción con el servicio y efectividad que promueva una buena percepción de calidad de vida (Malley, 2019). Para lograr estos resultados es necesario incorporar elementos de gestión comunes a las organizaciones de servicios y que en este trabajo llamaremos elementos genéricos; y a su vez, factores que busquen la seguridad y la mejora en la percepción de calidad de vida de los adultos mayores residentes, elementos que llamaremos componentes específicos de la gestión de estas organizaciones (Malley et al., 2019).

Recapitulando, basados en el principio de universalidad de la administración, en el componente genérico se incluyen todos aquellos elementos de gestión que son comunes a cualquier organización como son: el liderazgo, los recursos humanos, la definición de los procesos, por mencionar algunos. Los componentes genéricos de

la gestión se encuentran incluidos dentro de la Gestión por Calidad Total y son los que trataremos a continuación (Vituri et al., 2015).

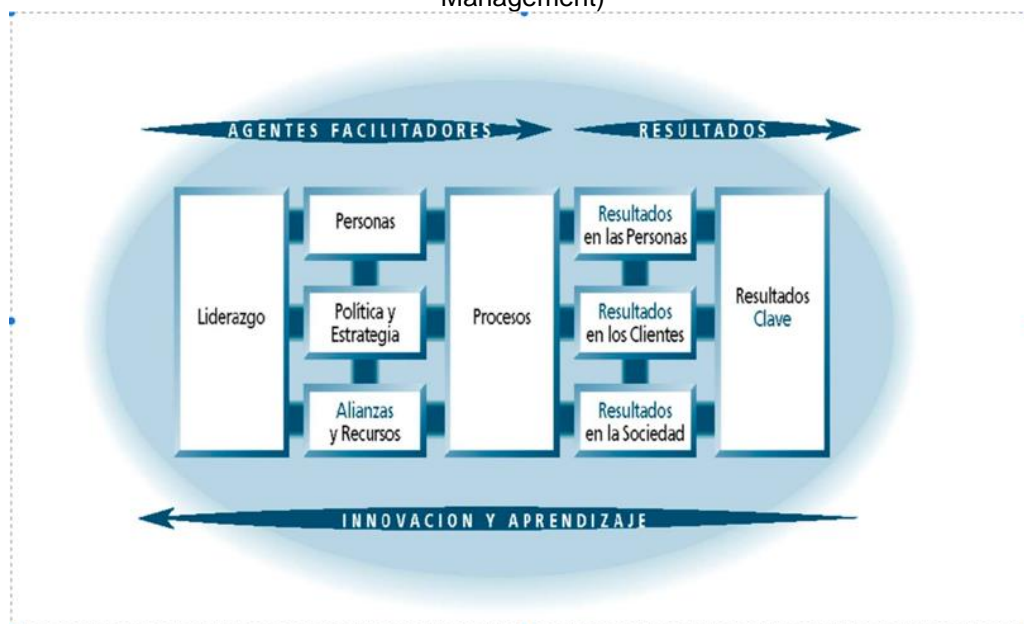
2.3.1 Gestión de la calidad total

A mediados del siglo XX surgen en la industria los modelos actuales de gestión de calidad total que hoy se aplican en el sector sanitario. Los tres referentes son el de la EFQM (*European Foundation for Quality Management*), la norma ISO (*International Organization for Standardization*) y JCAHO (*Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization*). El modelo que se adapta mejor a las necesidades sanitarias es el modelo EFQM y se fundamenta en la autoevaluación (Miralles, 2007).

Fue anunciado por primera vez en 1991 aunque su creación data de 1988 por 14 empresas europeas que tenían la misión de desarrollar un modelo de excelencia. Es una metodología basada en el enfoque de sistemas que permite a una organización desarrollar una cultura de mejora continua para cumplir su misión.

La evaluación consta de dos grupos de criterios; el primero es el de agentes facilitadores que contiene cinco elementos que son: liderazgo, personas, política y estrategia, alianzas y recursos y procesos. Estos criterios evalúan lo que la organización hace para gestionar (Suarez Redondo, 2017). El segundo grupo, el de resultados, contiene cuatro dimensiones: resultados en relación con las personas (empleados), los clientes, la sociedad y resultados clave (figura 2.3). Cada criterio a su vez consta de subcriterios que dan un total de 32 subcriterios que se encuentran interconectados entre sí, de tal forma que las acciones en cualquiera de ellos tendrán repercusiones en los demás (Membrado Martínez, 2002).

Figura 2. 3 Modelo de gestión de calidad EFQM (European Foundation for Quality Management)



Fuente: Suárez (2017). Análisis estructural del modelo EFQM de excelencia: el papel mediador de la gestión por procesos y la aplicación estratégica

La gestión mediante este modelo se basa en la orientación a los resultados y está enfocada en el cliente, se realiza por procesos y requiere el compromiso y liderazgo de su dirección, pero también la participación de todos los miembros de la organización (B. Martínez, 2008; Suarez Redondo, 2017). Tiene la doble utilidad de evaluar el desempeño organizacional y derivar los planes de mejora para trabajar por la excelencia.

Ha sido implementado con éxito en organizaciones de salud en diversos países, de los cuales el Reino Unido fue pionero, logrando la implantación de mejora continua de la calidad de los servicios de dichas organizaciones, es por esta razón que, dentro de los diversos modelos de gestión por calidad total existentes, se toma como uno de los fundamentos teóricos del presente trabajo y que a su vez, está basado en la teoría de calidad de Edwards Deming (Tirado Román, 2011).

A continuación, se describen cada uno de los agentes facilitadores que integran el modelo en cuestión.

*Solo tres cosas pasan en las
Organizaciones de manera natural:
fricción, confusión y bajo desempeño.
Todo lo demás requiere liderazgo
(Drucker, 2002)*

2.3.1.1 Liderazgo

El liderazgo, en el enfoque del modelo EFQM, se conceptualiza como la acción de coordinar y equilibrar los objetivos de todos aquellos que tienen un interés legítimo en la organización y cada organización debe identificar sus líderes y en un momento dado, evaluar si están cumpliendo con las actividades y comportamientos que se espera de ellos (Sacanelle Berrueco, 2010).

En este enfoque, se entiende como la capacidad de facilitar y estimular, con respeto, ética y eficacia, a individuos y equipos a dar lo mejor de sí mismos para alcanzar los objetivos y metas que la propia organización se ha marcado.

El criterio liderazgo busca asegurar que la organización cuente con una persona o grupo de personas que desarrollen una misión, una visión y un grupo de valores que sean el punto de partida para una planeación, que impulse el cumplimiento de los objetivos organizacionales y la adaptación necesaria a todos los cambios que normalmente se presentan en el entorno, es decir, en este criterio, se enfoca al liderazgo desde el plan estratégico de la organización.

El elemento liderazgo, ha resultado ser de crucial importancia para el cumplimiento de los objetivos de las organizaciones gerontológicas como veremos a continuación, por lo que abordaremos algunos conceptos sobre el mismo.

Definir el liderazgo es una tarea sumamente compleja a la que se han dedicado muchos de los teóricos de la administración a lo largo de su historia y sobre lo que no existe consenso (Silva, A., 2019).

Para Chiavenato (2014), es la influencia interpersonal ejercida en una situación. A su vez la influencia, es la fuerza psicológica en la cual, una persona actúa para modificar el comportamiento de otra y que abarca conceptos como poder y autoridad (Chiavenato & Sacristán, 2014). Una segunda connotación del liderazgo es la de aquel proceso necesario para reducir la incertidumbre y que la organización avance hacia el cumplimiento de sus metas. En tercer lugar, el liderazgo se puede ver como una relación funcional entre el líder y los subordinados en la que los segundos, ven al líder como el medio para conseguir los objetivos del grupo. Por último, el liderazgo se puede ver como un proceso cuyos resultados están en función del líder, subordinados y entorno.

El liderazgo, es uno de los temas más estudiados y las primeras teorías sobre el mismo hacen referencia a la importancia de los rasgos de personalidad en la definición del líder tal y como lo sustenta Carlyle en su teoría del “gran hombre”(Carlyle & Emerson, 2016; Wickström, Bendix, Scandinavian, & August, 2000).

La importancia de las relaciones humanas en el cumplimiento de los objetivos se evidenció a partir del experimento Hawthorne. Este experimento se diseñó para determinar la influencia de factores estructurales, específicamente la intensidad de la iluminación en el centro de trabajo, en la productividad de los trabajadores. Sin embargo, en algunas de sus conclusiones, demostró la participación de los grupos informales en la elaboración de un conjunto de normas propio y que permite satisfacer las necesidades de los trabajadores. Por supuesto que este experimento permitió identificar muchos otros elementos que, de manera compleja, influyen en la productividad y que fueron plasmados en sus ya célebres conclusiones bajo el liderazgo de Elton Mayo en una parte del experimento. (Larios, 2010; Chiavenato & Sacristán, 2014; Wickström, Bendix, Scandinavian, & August, 2000).

Posteriormente surgieron las teorías que definen al líder como resultante de su comportamiento frente a los subordinados, entonces, la atención se desvía de las características físicas que podrían ayudar a identificar a los líderes, hacia características de conducta de ellos.

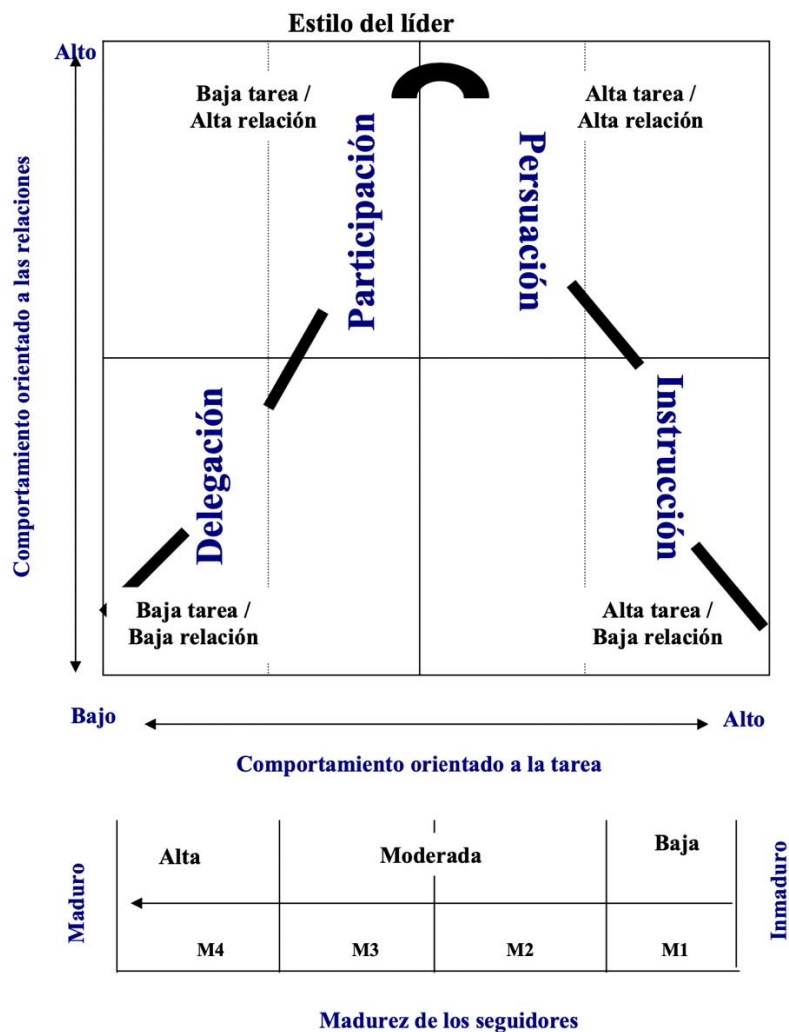
En este punto se identifican tres estilos de liderazgo: autocrático, liberal y democrático. Diversos estudios encuentran mayor efectividad en el estilo democrático (Lewin & Lippitt, 1938).

El tercer grupo de teorías sobre el liderazgo es el de las teorías situacionales. En éstas, los resultados dependen de la interacción de tres grupos de factores: el líder, los subordinados y el ambiente, y es esta combinación la que determina el tipo de liderazgo.

Cada situación requiere un tipo de liderazgo y de acuerdo con estas teorías, estará en función, entre otros factores, de la posición del líder en la cadena de mando de la organización, el tipo de tareas repetitivas o no de las que se ocupe el subordinado, las características de personalidad del subordinado e inclusive, a las circunstancias del subordinado en el que se interrelacionen.

Hersey y Blanchard (1982), establecieron una correlación entre la madurez de los seguidores y el estilo de liderazgo a implementar para la consecución de los resultados en una organización. Esta teoría surgió en 1969 como Teoría del Ciclo Vital del Liderazgo y que no se aplicaba a las empresas sino, en el área de educación de los padres para con los hijos y cuya dinámica tendría que evolucionar conforme los hijos evolucionaban en su desarrollo. A partir de la segunda edición de su teoría en 1972, empezaron a utilizar el nombre de liderazgo situacional y se reconocen los diferentes niveles de madurez del líder, pero no es sino hasta 1982 que se agregan los diversos niveles de madurez del subordinado (figura 2.4) (Hersey y Blanchard, 1979; Paul & Kenneth, 2000).

Figura 2.4 Liderazgo situacional. Estilos de liderazgo correlacionados con los niveles de madurez de los seguidores.



Fuente: Hersey, Blanchard & Natemeyer (1979). Situational Leadership, perception and the impact of power

Es por ello que, la teoría tal y como se aplica a las organizaciones se reconoce que surge en 1982, según lo publican Sánchez y Rodríguez (2009), en su artículo “40 años de la teoría del liderazgo situacional: una revisión” (Santa Bárbara & Fernández, 2010).

Esta teoría es muy importante porque enfatiza el papel de los seguidores quienes, en última instancia, determinan su grado de compromiso con la organización. El postulado central de esta teoría es que un buen liderazgo se logra aplicando el estilo apropiado para la madurez de los seguidores. Esta madurez se compone de dos dimensiones; madurez técnica para el trabajo y madurez psicológica (Santa Bárbara & Fernández, 2010).

Posterior a este grupo de teorías sobre el liderazgo, han surgido muchas otras teorías contemporáneas como: el liderazgo transformacional-transaccional y el liderazgo carismático-visionario, por mencionar algunas (Robbins, 2005, p. 545).

En el liderazgo transaccional la interacción líder-subordinado, se basa en recompensas o sanciones que frecuentemente funcionan para que el subordinado comprenda las cosas que debe o no debe hacer, pero no constituyen una fuente de motivación. En el liderazgo transformacional se busca motivar al subordinado mediante una consideración individualizada un liderazgo entusiasta, que confía en el subordinado y lo apoya cuando éste lo requiere. Sus características son: carisma, consideración individual, estimulación intelectual, inspiración y tolerancia psicológica (Bass, 1985).

Como el propio Bass (1985), comenta, no hay un estilo bueno o malo y ambos pueden ser complementarios. A medida que el subordinado se adapta a un sistema de recompensas, pueden abandonarse los estímulos contingentes, para ir hacia un sistema de auto-confianza al que se llega mediante el liderazgo transformacional (Ibidem). Los tres principios que aplican los líderes para transformar la organización son: ganarse la confianza de las personas, estimular el cambio y evaluar lo que es importante y prioritario (Pfeffer & Jeffrey, 1998).

En las organizaciones gerontológicas en particular, existen publicaciones como las de Castle (2011) y Wong (2013), Dewar (2019) y Yang (2018), que encuentran mejores resultados al implementar estilos de liderazgo transformacionales en contraposición con los estilos transaccionales. Los estilos transformacionales generan motivación en el personal facilitando su involucramiento y su auto-gobernanza, comprometiéndolos en un clima de participación laboral (Castle & Decker, 2011; C. A. Wong, Cummings, & Ducharme, 2013; Dewar, Barrie, Sharp, & Meyer, 2019; Yang & Yeh, 2018).

Términos como: menos coercitivo y más colaborativo se asocian a estos estilos de liderazgo (Castle & Decker, 2011). Una de las funciones del líder es la motivación del personal, lo que Steers (2004) define como los procesos que inciden en la energía, dirección y persistencia del esfuerzo que realiza una persona para alcanzar un objetivo (Steers, Mowday, & Shapiro, 2004).

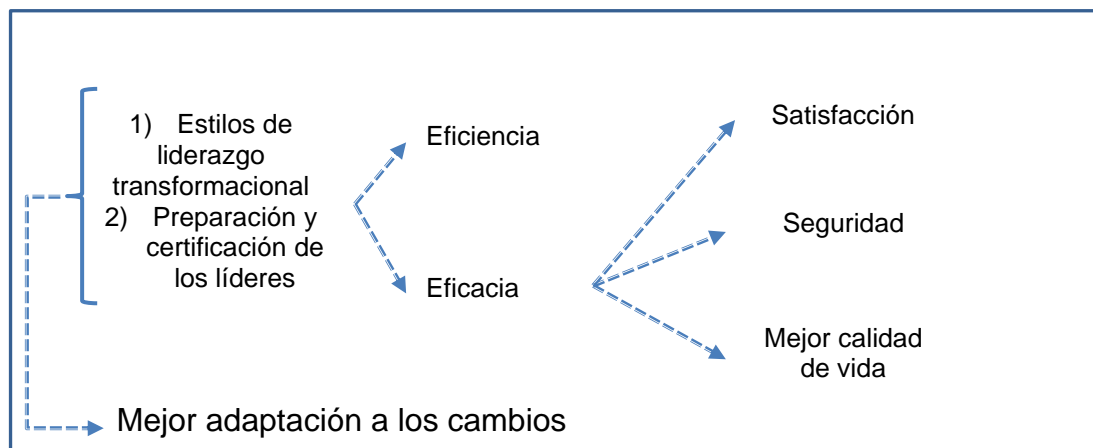
Los efectos positivos de los estilos transformacionales de liderazgo en estas organizaciones se han estudiado analizando los resultados obtenidos sobre la calidad de los cuidados proporcionados a los adultos mayores. Se han encontrado

relacionados con una mayor satisfacción con los cuidados recibidos, una menor mortalidad en los residentes, menor incidencia de errores de medicación, menor uso de sujeciones y menor incidencia de infecciones nosocomiales (C. A. Wong et al., 2013).

Estos resultados positivos en las organizaciones gerontológicas en general, se confirman en organizaciones que están orientando su gestión hacia la atención centrada en la persona (Dewar et al., 2019; Yang & Yeh, 2018) y aquellas que están gestionando la prevención de riesgos clínicos (Johannessen, Ree, Strømme, Aase, & Bal, 2019; Havig & Hollister, 2018).

Cuando se estudia el efecto del liderazgo sobre los usuarios de las organizaciones gerontológicas, se encuentra el impacto que puede tener en la satisfacción, seguridad y percepción de calidad de vida (Castle & Decker, 2011; Johannessen et al., 2019)(Figura 2.5).

Figura 2.5 Influencia del liderazgo en las organizaciones gerontológicas



Fuente: Elaboración propia con base en Castle 2011, Top Management Leadership Style and Quality of Care in Nursing Homes. Wong, C.A., 2013, The Relationship between nursing leadership patient outcomes: A systematic review update. Brodtkorb 2019, The importance of leadership Style and Quality of Care in Nursing Homes.

Pero, un segundo grupo de efectos que tiene el liderazgo es sobre la organización misma, como la capacidad de adaptación a los constantes cambios que se dan en el entorno. Uno de los principales desafíos es el cambio cultural, término con el que se describe el salto de la actitud “paternalista” en la atención del adulto mayor hacia el respeto de la autodeterminación de los adultos y las opiniones de los cuidadores. Este tipo de desafíos no se logran con la implementación de nuevas reglas y procedimientos, sino que, serán el resultado de un liderazgo compuesto de estrategias y comportamientos que favorezcan el cambio en toda la organización (Corazzini et al., 2015; Brodtkorb & Skaar, 2019).

El logro de los objetivos organizacionales y su adaptación al cambio está también influenciado por el grado de preparación y certificación de los líderes de las organizaciones gerontológicas quienes deberían ser estimulados a continuar sus esfuerzos de educación y certificación (Trinkoff et al., 2015).

Buscando cuales son los elementos en los que se debe trabajar desde las organizaciones para lograr mejorar la calidad de la atención, se han identificado (Vaughn 2019), cinco dominios que se consideran áreas de oportunidad. Estos son: pobre cultura organizacional (pertenencia y compromiso limitados, jerarquía no colaborativa, liderazgo desconectado), inadecuada infraestructura (mínimos sistemas de mejora de calidad, insuficiente plantilla e índices de rotación elevados entre los gerentes, tecnología de la información poco desarrollada y pérdida de recursos), falta de misión y visión cohesiva (misiones en conflicto, visión generada externamente, metas pobremente definidas, visión de mediocridad), choque del sistema (rotación del liderazgo experimentado, dificultades financieras, nuevos registros electrónicos y dificultades en las relaciones públicas que llevan a escándalos) y relaciones disfuncionales externas (colaboración limitada con otras unidades, antagonismo entre grupos de interés, relaciones tensas con el cuerpo de gobierno) (Vaughn et al., 2019).

Como hemos podido observar a lo largo del desarrollo del elemento liderazgo, son múltiples las relaciones que pueden existir entre esta variable y los resultados en los cuidados del adulto mayor, aunque también efectos sobre el personal y la organización en su conjunto. Por lo anterior, la inclusión de la variable liderazgo como se presenta en el modelo EFQM, cobra una importancia fundamental al estudiar la gestión de las organizaciones gerontológicas y su relación con la percepción de calidad de vida de sus residentes.

En el modelo de gestión por calidad total de la EFQM, no se especifica el tipo de liderazgo que se relaciona con la excelencia en los resultados. Sin embargo, dados los estudios comentados en párrafos anteriores que apoyan los estilos transformacionales en la obtención de mejores resultados en estas organizaciones gerontológicas (Wong, C. 2013; Castle, N. & Decker, F. 2011) y que el modelo evalúa la presencia de una visión, misión y valores para la organización, incluyendo el reconocimiento al trabajo de los subordinados y su motivación para iniciar cambios y acciones de mejora dentro de la organización; el liderazgo que más se adapta en la búsqueda de la calidad total en las organizaciones gerontológicas podría ser una combinación entre liderazgo transformacional y visionario (C. A. Wong, Cummings, & Ducharme, 2013; Castle & Decker, 2011).

El modelo EFQM, incluye cinco criterios que evalúan el desarrollo del liderazgo y que son: facilidades para la consecución de la misión y la visión organizacionales, así como el desarrollo de valores y sistemas necesarios para que la organización logre un éxito sostenido. En este apartado se busca conocer que tanto se cumplen las funciones atribuidas al líder como la definición de la misión, visión y valores de la organización, fungiendo como un ejemplo para todos los demás y relacionándose con los clientes y grupos de interés, implicándose activamente en los procesos de mejora y constituyéndose en agente de innovación (Sacanelle Berruoco, 2010).

Desde esta perspectiva, el presente trabajo no busca evaluar el tipo de liderazgo que se ejerce en las organizaciones gerontológicas sino, conocer que tanto se está planificando desde el punto de vista estratégico y táctico y favoreciendo la mejora continua de la calidad de los servicios.

2.3.1.2. El criterio política y estrategia

Desde el enfoque del modelo EFQM, tiene cuatro subcriterios y evalúa el grado de implantación de la misión y visión, desarrollando una estrategia centrada en los grupos de interés, así como, el despliegue de políticas, planes, objetivos y procesos para hacer realidad la estrategia.

Prácticamente no se encuentran trabajos que evalúen la relación de la planeación estratégica en las organizaciones gerontológicas permanentes y los resultados en la atención de los adultos mayores.

Pan-Chio (2016), en un trabajo de tesis sobre los factores críticos de éxito de estancias gerontológicas en Taiwan, encuentra la planeación estratégica sistemática como uno de los factores más importantes. Sin embargo, no se encuentran trabajos que hayan estudiado su relación con la percepción de calidad de vida de los adultos mayores.

En apego al enfoque del modelo EFQM, en este trabajo se evalúa en el criterio en cuestión, el despliegue que la alta gerencia hace de los planes al interior de la organización para hacer realidad la estrategia.

2.3.1.3 El criterio personas

Dentro de este criterio se evalúa la gestión y desarrollo de las personas de la organización para que aflore todo su potencial y se evalúa también, cómo la organización se preocupa, comunica y recompensa a las personas para motivarlas e incrementar su compromiso. Este es el enfoque de evaluación que se empleará en el presente trabajo.

Este criterio, se constituye en una de las variables de estudio en el presente trabajo en virtud de su relación con los resultados organizacionales, específicamente sobre la calidad de la atención de los adultos mayores residentes, como veremos más adelante.

En general, los elementos que influyen en el desempeño de las personas se relacionan con tres factores: los conocimientos que poseen, las condiciones que hacen posible el desempeño y la motivación personal.

Dentro del primer grupo de elementos, es decir, los conocimientos que poseen; se incluyen además de los conocimientos, las habilidades y destrezas que se contemplan al realizar los perfiles de puestos, el proceso de selección y posteriormente el desarrollo de las personas cuando se encuentran en la organización. Estos conocimientos no solo se adquieren mediante capacitación formal sino en la transferencia de conocimientos a partir del personal en la convivencia diaria al interior de las organizaciones. Estos factores (Yeatts, 2018), se han visto relacionados a nivel de las estancias gerontológicas con el desempeño de los trabajadores (Yeatts et al., 2018).

En el segundo grupo de elementos que se refiere a las condiciones laborales, se incluye la comunicación interna, la estructura jerárquica de la organización, la evaluación del desempeño, el nivel de autonomía y la integración a la empresa. En el caso de las estancias gerontológicas permanentes, White et al (2019),

encontraron una relación directa entre un pobre ambiente laboral y pobres resultados en la atención de los adultos mayores. Estos resultados se manifestaron por tasas más altas de úlceras por presión y mayor uso de antipsicóticos y por otro lado mayores tasas de insatisfacción y “*burnout*” entre el personal. Estos dos últimos factores contribuyen a índices de rotación más altos (White, E., Aiken, L., Sloane, D & McHugh, 2010).

Jartrin (2017) y Rajamohan (2019) encontraron resultados similares en relación con el ambiente laboral inadecuado y su impacto negativo en los adultos mayores. También confirmaron el impacto del ambiente laboral inadecuado sobre el personal entre los que genera mayores índices de burnout y altos índices de rotación (Jarri, Kang, & Aiken, 2017; Rajamohan, Porock, & Chang, 2019). Los altos índices de rotación en el personal se han visto relacionados a su vez, y en concordancia con los resultados encontrados por White et al (2019), con una mayor prevalencia de uso de antipsicóticos, permanencia en cama y deshidratación en los adultos mayores de las estancias permanentes (Shin & Hyun, 2015).

La disponibilidad de recursos para que los trabajadores realicen sus funciones, salarios justos y tasas de personal suficientes también se asocian a un mejor desempeño de los trabajadores de las estancias (Yeatts et al., 2018).

Específicamente, se ha encontrado relación entre bajos niveles de personal de enfermería y cuidadores medidos en horas/residente/día y baja calidad de los cuidados (Lee, 2015). La revisión incluyó estancias gerontológicas de Corea y Estados Unidos, países en donde se están realizando esfuerzos por estandarizar el nivel de capacitación del personal de enfermería y cuidadores en contacto directo con los adultos mayores (Lee, Shin, & Harrington, 2015). El número de horas por residente por día a su vez, se ha asociado también, de manera inversa, a la presencia de caídas, deterioro en la movilidad y aparición de comportamientos agresivos en los adultos mayores (Shin & Hyun, 2015).

La escasez de personal origina un fenómeno que se conoce como “*racionamiento implícito*” y que se refiere al hecho de que, al contar con menores recursos humanos en la estancia, el personal que permanece debe enfrentar mayor sobrecarga con la consecuente priorización de sus actividades hacia necesidades médicas y de seguridad de los adultos mayores. Lo anterior conlleva el dejar a un lado las actividades administrativas, de rehabilitación y de soporte emocional, con las consecuencias que esto representa para el adulto (Zúñiga et al., 2014). Harrington, Schenelle & Simmons (2016), encontraron bajos niveles de calidad de la atención en estancias gerontológicas de Estados Unidos relacionados con inadecuadas plantillas de personal. Este fenómeno se repite en países como Canadá y Reino Unido (Harrington, Schnelle, McGregor, & Simmons, 2016).

En el tercer grupo se hace referencia a los factores que influyen en la motivación como, por ejemplo: el estilo de liderazgo, la escucha, los reconocimientos, adecuación y beneficios sociales. El trabajo en equipo, la coordinación y la comunicación (Backhaus (2017), se han visto asociados también a mejor calidad de

la atención en las estancias gerontológicas y mejor percepción de calidad de vida de sus residentes (Backhaus et al., 2017).

Sin embargo, la reducción en las plantillas de personal y las altas tasas de rotación persisten como fenómenos en estudio cuyas causas subyacentes no han podido resolverse y las que se identifican factores organizacionales diversos. Pin (2020), los agrupa en:

- 1) Trabajo altamente demandante sobre todo por los familiares de los adultos.
- 2) Efectividad del equipo de trabajo comprometido por brechas generacionales entre los trabajadores en las que se observan diferencias importantes en el conocimiento sobre la forma de realizar las tareas.
- 3) Limitaciones estructurales de la organización que limitan las actividades del personal y
- 4) Sensación de devaluación del trabajador por estigmatización social de sus actividades y desmoralización relacionada con bajos salarios y falta de desarrollo profesional (Choi, Yeung, & Lee, 2020).

Por todo lo anterior, es evidente que la gestión y desarrollo de las personas de la organización para que aflore todo su potencial se constituye en uno de los más importantes agentes facilitadores para alcanzar la calidad de los servicios, por lo que, en este trabajo de investigación, se pone especial atención a evaluar como la organización se preocupa, comunica y recompensa a las personas para motivarlas e incrementar su compromiso.

2.3.1.4 Alianzas y recursos

El cuarto criterio de los agentes facilitadores es el de alianzas y recursos que contiene cinco subcriterios y en éste, se evalúa como se gestionan las alianzas externas, su relación con proveedores y recursos internos para apoyar sus políticas y estrategias y mejorar sus procesos.

El término alianzas en el sector empresarial, se reserva para designar la cooperación entre empresas competidoras, aunque, actualmente se ha ampliado el término para designar dicha cooperación entre organizaciones sean a no competidoras que mantienen su independencia.

Peiró (2006), en una revisión sobre el tema, identifica dos grandes tipos de alianzas: las *joint ventures* o consorcios que buscan relaciones de aprendizaje y las que buscan completar habilidades como las corporaciones virtuales o redes (Peiró, 2006).

Hasta la fecha, en el sector salud son escasas las alianzas de cooperación y más bien lo común es que cada organización se desempeñe sin recurrir a esta herramienta de gestión ya sea entre empresas del sector privado o entre sectores público y privado.

En el sector gerontológico mexicano podría constituirse en una valiosa herramienta para la mejora de la calidad de los servicios que aún no ha sido explorado de manera exhaustiva.

2.3.1.5 Procesos

En el criterio procesos, se incluyen cinco subcriterios y se evalúa cómo se diseñan, gestionan y mejoran los procesos para satisfacer plenamente a sus clientes y grupos de interés generando cada vez mayor valor para ellos (Suarez Redondo, 2017).

La noción de procesos surge de manera incipiente hacia 1930 en Estados Unidos. En 1947 surge la Organización Internacional de Estandarización (ISO) que introduce los requisitos de calidad de cumplimiento obligado en muchos productos y en el año 2000 la norma ISO 9001 que se basa más en el enfoque de gestión por procesos. En 1988, se crea la EFQM que tiene como objetivos mejorar la gestión y los resultados sobre la base de la mejora de los procesos.

Desde el punto de vista funcional los procesos se pueden clasificar en: estratégicos, esenciales y de apoyo. Los procesos estratégicos son todos aquellos que comprometen directamente a la dirección y que dan una línea estratégica específica a todos los demás. Los procesos esenciales son aquellos que tienen que ver con una acción directa al usuario. Finalmente, los procesos de apoyo sirven para facilitar la realización de los procesos de los dos grupos anteriores.

De acuerdo con Sánchez, Estévez & Alegre (2014), en una revisión sobre la gestión por procesos en el sector residencial en Badajoz, España, destaca el impacto en la mejora de la calidad al aplicar la gestión por procesos, mismos que son ingresados en un ciclo de mejora continua iniciando por aquellos prioritarios hasta alcanzar la totalidad de los procesos definidos como fundamentales para el otorgamiento de un servicio de calidad en la organización (Sánchez, Estévez, & Alegre, 2014).

Hasta el presente no hay un consenso sobre el beneficio de la aplicación de la gestión por procesos en el sector gerontológico si bien, hay algunos estudios que han comprobado su impacto positivo en los resultados sobre la calidad de la atención.

2.3.1.6 Bloque resultados

El modelo EFQM ha demostrado en teoría, la relación causal entre los cinco agentes facilitadores y los resultados aunque, todavía son pocos los trabajos que demuestren esta relación entre ambos grupos de agentes en el sector socio-sanitario (Mesgari, Kamali Miab, & Sadeghi, 2017).

El modelo EFQM, se ha aplicado en el llamado tercer sector gerontológico, en España específicamente en el país Vasco. En este tercer sector, se encuentran incluidos los servicios sociales proporcionados por las organizaciones no gubernamentales y que, por lo tanto, no pertenecen ni al sector público ni al privado y que en México se incluyen dentro del sector privado sin fines de lucro. Dentro de este tercer sector se encuentran residencias para adultos mayores, aunque no son las únicas organizaciones que lo conforman.

Dado que el objetivo de este trabajo no es la evaluación con fines de certificación de las organizaciones gerontológicas sino, la evaluación de la presencia de los agentes facilitadores para buscar su relación con la percepción de calidad de vida de los usuarios adultos mayores, no se abordará el segundo bloque comprendido en el modelo EFQM.

...”la gestión de un centro o servicio es un medio que se debe supeditar a objetivos relacionados con la calidad de vida de las personas”

Martínez, 2013

2.4 Modelos específicos de gestión de las estancias gerontológicas

Hasta este punto del trabajo y atendiendo al principio de universalidad de la administración, se ha indagado en modelos aplicables a diversos sectores productivos y de servicios. No obstante, existe otro principio que es el principio de la especificidad. Este principio nos habla de que cada sector al que se aplique la administración tiene características particulares que lo hacen único y que deberemos considerar si queremos alcanzar los objetivos con eficiencia y eficacia.

En los servicios gerontológicos, esta especificidad se encuentra vinculada a las características específicas de los usuarios.

Hoy en día, se reconoce a la calidad de vida de los adultos mayores como el objetivo fundamental de los servicios gerontológicos, constituyéndose en uno de los objetivos más importantes de la calidad de su atención.

Lo anterior implica que, además de los resultados a corto y mediano plazos como la satisfacción del adulto mayor y su familia, se busca un segundo resultado a largo plazo, que es la mejora en la percepción de calidad de vida. Para poder impactar positivamente en la percepción de calidad de vida de los adultos mayores, es necesario considerar las aportaciones realizadas por Martínez (2011), sobre la atención centrada en la persona quien aplicó el concepto de Carl Rogers (1977), inicialmente desarrollado en el ámbito de la psicología sobre la atención centrada en el paciente (Teresa Martínez Rodríguez, 2011; Carl R Rogers, 1977).

La centralidad en la persona aplicada al ámbito gerontológico implica dos grandes grupos de elementos: la individualización en la atención atendiendo a las necesidades de salud determinadas a su vez por factores genéticos y de estilos de vida y, por otro lado, al principio de autonomía que implica el respeto a los deseos y expectativas de la persona adulta mayor (Teresa Martínez, Díaz-Veiga, Sancho, & Rodríguez, 2010; Carl Ransom Rogers, 1989).

Esta centralidad en la persona debe reflejarse en los tres componentes de la calidad de la atención descritos por Avedis Donabedian (1984), ya que implica, en primer lugar, la aplicación del conocimiento científico -componente técnico- al manejo de las necesidades del residente que permita la atención individualizada de sus necesidades de salud desde los enfoques preventivo, curativo, rehabilitatorio y paliativo.

En segundo lugar, requiere el respeto a la autodeterminación y que determina la calidad en la esfera interpersonal del modelo de Donabedian. Ello requiere capacidad de escucha por parte del personal y sistemas de registro de sus deseos y necesidades, así como información detallada hacia el adulto mayor y la familia

sobre las ventajas y desventajas de las diversas opciones de atención que permita la toma de decisiones por parte del adulto mayor con el mayor beneficio y el menor riesgo.

En tercer lugar, la adecuación del entorno a las necesidades del adulto mayor, lo cual implica la calidad en la esfera de las amenidades. En el adulto mayor estas amenidades se relacionan con los apoyos que requiere para sus actividades cotidianas tanto en la estructura de las estancias como en los procesos de manera tal, que se puedan utilizar sus capacidades presentes y apoyar en sus limitaciones para que éstas, sus limitaciones, no sean impedimento para el ejercicio de su voluntad (Donabedian, A. 1984b).

Otro factor por considerar es la gestión de riesgos clínicos que tiene como base el modelo de multicausalidad de los eventos adversos desarrollado por Reason (2000) y que ha sido aplicado en el ámbito sanitario para reducir los eventos no deseados relacionados con el otorgamiento de la atención en salud. De manera similar a la centralidad en la persona, la gestión de riesgos tiene implicaciones en las tres esferas de la calidad descritas por Donabedian: la técnica, interpersonal y de amenidades. La aplicación de estos dos elementos de gestión, permitiría la implementación de las dos recomendaciones de la OMS (2002) en el ámbito gerontológico asistencial, la prevención de riesgos clínicos y la centralidad en la persona (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2015; Reason, 2000).

Tanto la centralidad en la persona como la gestión de riesgos son dos componentes que deben considerarse en los servicios asistenciales al adulto mayor para conseguir completar las tres esferas de la calidad descritas por Donabedian.

Para tal efecto debe haber un compromiso de la gerencia la cual deberá coordinar el establecimiento de los objetivos y estrategias, implementarlo a lo largo y ancho de toda la organización, trabajar para que se cuente con los recursos necesarios, motivar y capacitar a los recursos disponibles en una clara visión de los procesos clave que deberán ser identificados, implementados y monitoreados en su desempeño (Sacanelle Berrueco, 2010).

Tanto el modelo EFQM como el modelo ISO 9001, ambos modelos de gestión por calidad total se buscaron implementar tal cual, en el sector de servicios gerontológicos sin embargo, Heras (2008), en un trabajo realizado en estancias gerontológicas del país Vasco, España, no pudo demostrar la adaptabilidad de estos modelos para mejorar la percepción de calidad de vida de los residentes. Concluye que, aunque contiene elementos que pueden contribuir a mejorar la calidad de la atención en el sector, deben adaptarse mediante la combinación con otros modelos de gestión (Heras et al., 2008).

Posteriormente Martínez (2017), en un estudio de tesis doctoral realizado en España, encuentra que sí hay una mejora de la calidad técnica y la satisfacción del usuario adulto mayor de las estancias gerontológicas que implementan modelos genéricos de gestión de calidad total, específicamente el modelo EFQM. Sin embargo, encuentra como una debilidad de su implementación, la poca participación del propio adulto mayor, objetivo principal de la búsqueda de la calidad de los servicios. Enfatiza que en los centros residenciales solo se puede hablar de

calidad total si se obtiene el empoderamiento de las personas adultas mayores y sugiere la inclusión del modelo de atención centrada en la persona (F. R. Martínez, 2017).

Se analiza a profundidad en los siguientes párrafos, las características del modelo de atención centrada en la persona.

2.4.1 Modelo de Atención Centrada en la Persona

Los cuidados a largo plazo a personas en situación de vulnerabilidad como lo son los adultos mayores incluyen la atención social y la sanitaria preponderantemente. En las últimas décadas, se ha enfatizado en dos características que deben reunir estos cuidados si queremos mejorar la percepción de calidad de vida de los usuarios. La integralidad de la atención y el enfoque en la persona.

La atención integral significa que en la planeación de los servicios o programas se contemplen las necesidades relacionadas con la salud física, pero también, con la salud mental (aspectos cognitivos, de comportamiento y de personalidad), esferas ambas, que afectan la salud social (P. R. Rodríguez & Vilà, 2014). La integralidad entonces, hace referencia a la inclusión de las tres esferas: física, mental y social.

La segunda característica que deben reunir los cuidados a los adultos mayores es el enfoque en la persona, que se refiere al papel protagónico que tiene el receptor como referente y motor del proceso de atención. La persona participa activamente en la elaboración de su plan de atención y apoyos.(P. R. Rodríguez & Vilà, 2014).

Tiene su origen en la psicología humanista a principios del siglo XX y fue sugerida por Carl Rogers como un nuevo enfoque terapéutico. Este modelo fue llevado a la práctica de la enseñanza como educación centrada en el alumno, al terreno de los servicios sanitarios como atención centrada en el paciente y posteriormente a los servicios socio-sanitarios (Teresa Martínez Rodríguez, 2013), como atención centrada en la persona.

En este nuevo enfoque se privilegia el respeto de uno de los principios éticos de la Medicina, el principio de autonomía. Lo anterior implica no solo el fomento y respeto en la toma de decisiones del usuario, sino el mantenimiento y recuperación de la capacidad funcional, para lograr la mayor integración posible en su desempeño cotidiano, es decir, la autodeterminación como capacidad y como derecho (Ángeles, Isabel, & De la parte Herrero Jose María, 2004; A. López et al., 2004).

Los servicios a largo plazo centrados en la persona tienen las siguientes características: *...”acuerdan programas individualizados de cuidados, promueven la participación del usuario en el programa de servicios, promueven la participación de la familia y personal allegado al adulto mayor en la elaboración del programa, consideran los valores, tradiciones, cultura, experiencias y preferencias del usuario, reconocen las capacidades del usuario para su autocuidado y registran el consentimiento informado, los usuarios y la familia participan en la evaluación de la calidad de los servicios y ante controversias de interés privilegian el interés del adulto mayor..”*(Gascón, Redondo, & CEPAL, 2015, p.16).

Aunque existen múltiples definiciones de la Atención Centrada en la Persona, Martínez (2011), la define aplicada al ámbito gerontológico, como el enfoque de la

atención donde la persona desde su autodeterminación en relación con su percepción de calidad de vida, es el eje central de las intervenciones profesionales (Teresa Martínez Rodríguez, 2011).

El modelo de Atención Centrada en la Persona (ACP), es un modelo profesionalizado, que busca proporcionar cuidados apoyando que las personas puedan seguir teniendo control sobre su entorno (T Martínez Rodríguez, Díaz Veiga, Rodríguez Rodríguez, & Sancho Castiello, 2015; Rodríguez Rodríguez, 2013).

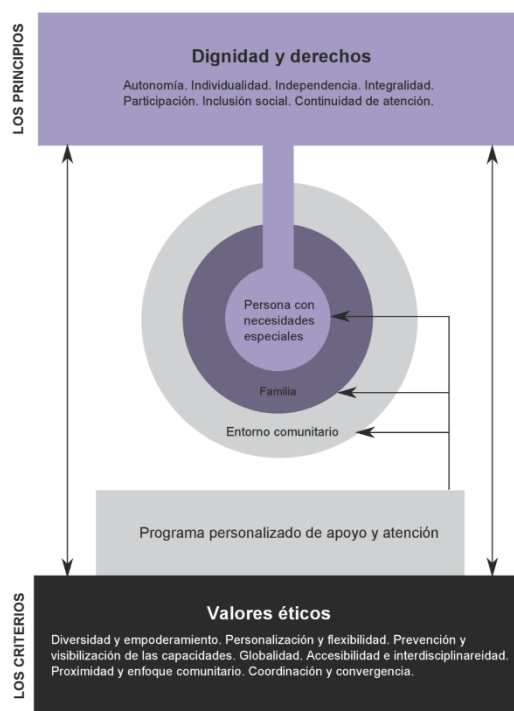
Este programa implica el empleo de un “gestor de cuidados” quien es el responsable de la evaluación integral del adulto mayor, el acompañamiento para el establecimiento e implementación del plan de cuidados y el seguimiento periódico sobre todo en momentos de cambios (Gascón et al., 2015).

El modelo de atención centrada en la persona está sustituyendo a nivel mundial, los sistemas tradicionales de cuidados de los adultos mayores. Sin embargo, son pocas las organizaciones aun en Estados Unidos, en adoptar este modelo de atención. En un estudio realizado en 2007 por el *National Survey of Nursing Homes*, en 1435 estancias de adultos mayores, solo el 5% se encontraban fuertemente comprometidas con el cambio hacia un modelo de atención centrada en la persona. Hasta el momento no hay muchos estudios que hablen del impacto de la aplicación del modelo (Sonya & Nancarrow, 2013), aunque se cuenta con resultados intermedios del proyecto *Exean Ondo*, en el que se reporta una mejora en la percepción de calidad de vida de los residentes y una mejora en la satisfacción laboral y personal de los trabajadores (Teresa Martínez Rodríguez, 2013).

Basado en la atención centrada en la persona, surge el modelo de atención gerontológica desarrollado por Rodríguez (2013), de la Atención Integral y Centrada en la persona, en el que se destacan dos dimensiones básicas de la atención al adulto mayor: la integralidad y la centralidad en la persona (P. R. Rodríguez & Vilà, 2014).

El modelo incluye siete principios y siete criterios. Los siete principios son: autonomía, participación, integralidad, individualidad, inclusión social, independencia y continuidad de la atención. Cada uno de ellos se encuentra relacionado con un criterio que en orden descendente son: diversidad, accesibilidad e interdisciplinariedad, globalidad, flexibilidad y atención personalizada, proximidad y enfoque comunitario, prevención y rehabilitación y coordinación y convergencia (figura 2.6).

Figura 2.6 Modelo de atención centrada en la persona



Fuente: Rodríguez Rodríguez (2013), La atención integral y centrada en la Persona.

Cada uno de los principios o derechos, enmarcados en el recuadro superior del modelo, se corresponden de acuerdo con la autora, con uno de los criterios metodológicos del recuadro inferior del modelo, que hacen posible el cumplimiento de los principios (Rodríguez Rodríguez, 2013). Analizaremos en seguida, los componentes del modelo propuesto.

Así, por ejemplo, el cumplimiento del principio de autonomía requiere del criterio metodológico de diversidad y empoderamiento. La autonomía, entendida como la capacidad de las personas de decidir sobre su propia vida, sin importar la reducción en sus capacidades; necesita de una gran diversidad de opciones que se adapten a sus requerimientos y a sus competencias, así como del deseo de la propia persona de tomar por sí misma todas las decisiones que atañen a su propia persona, sean de naturaleza trivial o vital.

El principio de individualidad que traduce el derecho de la persona a ser considerada como alguien único e irreplicable, requiere del principio metodológico de personalización y flexibilidad para adaptar el entorno a las personas y no las personas al entorno.

El principio de independencia requiere de la aplicación, en los cuidados de las personas mayores, del criterio de prevención y visibilización de capacidades de la persona, apoyando los programas de acompañamiento en las capacidades que tiene la persona y restaurando, siempre que sea posible, aquellas capacidades reducidas e incrementando la percepción de autoestima.

El principio de integralidad en la atención que se proporciona a la persona adulta mayor requiere de la aplicación del criterio de globalidad, para incluir a todos los actores necesarios para satisfacer las necesidades de la persona con el objetivo de mejorar su calidad de vida.

El principio de participación que se refiere a la participación comunitaria del adulto mayor se corresponde con el criterio metodológico de accesibilidad e interdisciplinariedad que permitan la introducción de elementos facilitadores que minimicen las discapacidades.

El principio de inclusión social se logra trabajando en el criterio de proximidad y enfoque comunitario que se refiere a la creación de conexiones y espacios dentro de la comunidad que favorezcan la interacción de las personas mayores con su entorno.

Por último, el principio de continuidad de atención se logra trabajando con el criterio de coordinación y convergencia. Coordinación de todos los programas, prestaciones y servicios que permitan un auténtico acompañamiento y no solo interactúen con el adulto mayor durante la enfermedad.

De acuerdo con la que escribe, el modelo propuesto por Rodríguez (2013), proporciona una base exhaustiva para la planificación de los cuidados y acompañamiento de las personas mayores. Si analizamos detenidamente dicho modelo, tanto los principios como los criterios del modelo de atención gerontológica centrada en la persona descansan sobre dos dimensiones fundamentales: la individualización y la autonomía.

La individualización incluye el conocimiento profundo de la historia de vida del adulto que permite no solo el conocimiento histórico sino la proyección futura de sus deseos y necesidades. Incluye también el conocimiento de la historia clínica con todos sus antecedentes heredo familiares y personales que permitirán un plan de acompañamiento con un enfoque proactivo, es decir preventivo de los padecimientos y no solamente curativo como había sido con los enfoques anteriores de cuidados.

A nivel de las estancias gerontológicas permanentes, la individualización en los acompañamientos al adulto mayor, ha dado origen al surgimiento de los modelos *housing* que buscan apartarse de organizaciones institucionalizadas para ofrecer modelos más parecidos a los hogares (Díaz Veiga & Sancho, 2012).

Una vez identificadas sus características individuales se identifican las necesidades de acompañamiento integral reuniendo a todos los actores que participarán en el cuidado de las esferas física, mental, social y espiritual.

La segunda dimensión que se identifica en el modelo es la autonomía, definida como el hecho de contar con elección y voluntad en la regulación del comportamiento (Kloos, Trompeter, Bohlmeijer, & Westerhof, 2019). Kloos, Trompeter, Bohlmeijer & Westerhof (2019), en un estudio longitudinal realizado con 128 adultos mayores de estancias gerontológicas permanentes en los países bajos, la encuentran fuertemente relacionada a la percepción subjetiva de bienestar en general. Conclusiones similares obtienen Moilanen y cols., (2020), en un estudio de

revisión de 46 trabajos realizado en Finlandia, en donde reportan una relación directa entre autonomía y calidad de vida en las estancias gerontológicas permanentes (Moilanen et al., 2020).

Sin embargo, aunque la atención centrada en la persona posee innegables ventajas por sobre cualquier otro modelo de atención a los adultos mayores, tiene también desventajas. Diversos estudios reportan una mayor incidencia de caídas de los adultos mayores hasta en 31% contra 17% encontrado en las estancias control (Sonya & Nancarrow, 2013), lo cual nos alerta a establecer mecanismos de gestión de riesgos de manera complementaria a este modelo de atención.

Díaz-Veiga (2014), realizó un estudio experimental en organizaciones gerontológicas permanentes del País Vasco, España, para establecer las consecuencias sobre la calidad de vida de la implementación del modelo de atención centrada en la persona (ACP) en 119 adultos mayores con deterioro cognitivo. Se encontró una notable mejoría en la calidad de vida del grupo experimental comparado con el grupo control (Díaz-Veiga et al., 2014). Rajamohan (2019), en una revisión de once trabajos publicados entre 2000 y 2015 sobre los efectos en el personal de las estancias gerontológicas permanentes cuando se implementa la gestión con atención centrada en la persona, encuentra una relación positiva entre estas dos variables impactando positivamente en la calidad de los cuidados a los adultos mayores (Rajamohan et al., 2019).

Por otro lado, Brownie y Nancarrow (2012), posterior a realizar una revisión sistemática de nueve estudios sobre el impacto de la implementación de la centralidad en la persona en organizaciones gerontológicas, concluyen que son necesarios más estudios para establecer la efectividad de los elementos de este modelo (Sonya & Nancarrow, 2013).

En una revisión de estudios de costo-efectividad realizado por la Fundación Matia (2011), en España, de la atención centrada en la persona aplicada al ámbito comunitario, concluyen el carácter costo-efectivo de la mayor parte de las intervenciones analizadas (SIIS, 2011).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), propuso que la atención centrada en el paciente y la seguridad deberían constituirse en los dos ejes rectores de la atención de los adultos mayores (de Arcaya Vitoria, 2007).

Posteriormente el doctor Donald Berwick, validó la reducción de costos al implementar el modelo de atención centrada en la persona en este sector de servicios.

Aun son escasos los estudios que evalúan la calidad de la atención desde la perspectiva del adulto mayor. Rodríguez-Martínez, et al (2013), realizaron una investigación en centros gerontológicos de España encontrando que desde la opinión del residente la calidad se centra en dos aspectos; los profesionales que brindan los cuidados y los procesos institucionales. Con relación a los otorgantes del servicio los dos aspectos más importantes fueron las competencias emocionales y las técnicas, siendo las primeras, las consideradas como de mayor importancia para considerar de calidad los cuidados recibidos.

Relacionado con los procesos institucionales, consideraron a la estabilidad del personal y contar con servicio las 24 horas por parte del área médica y de enfermería, como los dos aspectos fundamentales para considerar un servicio de calidad (Teresa Martínez Rodríguez, 2013)

En otro estudio realizado por Sangar, et al (2015), en el que realizó una entrevista personal a 25 adultos mayores de una estancia permanente en Iraq, encontraron que los factores con los que encontraron mayor inconformidad fueron: las actividades recreativas y de entretenimiento, actividades sociales, las medidas de seguridad y el transporte. Sin embargo, además de ser una muestra muy pequeña, que solo involucra una estancia, no se dice como fue validado el cuestionario que se aplicó por lo que, los resultados de este estudio se deben tomar con reservas (Sangar, Karem, Alireza, & Muaf, 2015).

Esencialmente, los resultados de los trabajos de Sonya y Nacarrow (2013) y Diaz-Veiga (2014) apoyan el efecto positivo que la implementación del modelo de gestión centrada en la persona tiene sobre la calidad de vida de los usuarios del sector residencial. Se encuentra entonces, que el componente específico de la gestión de las estancias que podría complementar los agentes facilitadores del modelo genérico EFQM son elementos del modelo ACP pues responde a las necesidades de individualización y autonomía que debe tener la gestión del sector gerontológico. Además de los resultados positivos que otros autores han encontrado en la relación costo-efectividad y sobre los propios trabajadores.

Por otro lado, aunque el balance resulta favorable a la inclusión de elementos de gestión centrada en la persona en cuanto a la calidad de vida, resulta preocupante el hallazgo de los autores Sonya y Nacarrow (2013) relacionados con el incremento de riesgos clínicos para los usuarios adultos mayores.

En este punto de la investigación se torna relevante cuestionarse cuál sería el elemento específico de gestión gerontológica que es necesario contemplar para avanzar en la obtención de los resultados buscados.

2.4.2 Gestión de riesgos

En los sistemas de salud se ha trabajado con otro de los principios bioéticos más antiguos, la no maleficencia, la cual se refiere a evitar causar daño durante el proceso de atención al usuario, por fallas inherentes al sistema de atención incluyendo a los recursos humanos. La herramienta administrativa que se ha utilizado se llama gestión de riesgos clínicos.

Un riesgo se define, por el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, como una “contingencia o proximidad de un daño”, derivado de la palabra “restar”. Sugiere la posibilidad de un curso negativo o no deseado en la evolución de algún proceso. A estos eventos negativos en las organizaciones de salud, se les conoce como eventos adversos y, no son producto del padecimiento por el que acude el paciente, sino relacionados con la atención que se otorga a los usuarios en nuestras organizaciones (Sociosanitarios & Fernández-Maíllo, 2011, p. 23).

El evitar eventos negativos es una de las prioridades en el otorgamiento de servicios de salud, ya que el *primum non nocere*, es un principio ético fundamental en la práctica médica, desde Hipócrates.

La gestión de riesgos en salud tiene su fundamento en el protocolo de Londres (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015) que identifica la multicausalidad en la génesis del evento adverso en las organizaciones, que tiene a su vez su origen en la teoría de la multicausalidad de los accidentes de James Reason, basada en la teoría de Charles Perrow, aplicada originalmente a la ingeniería civil (Godoy et al., 2009; Chávez, 2014) (figura 2.7).

Figura 2.7 Modelo organizacional de accidentes de James Reason.



Fuente: Defensoría del asegurado. Oficina de calidad y seguridad del paciente (2016), Tomado de protocolo de Londres.

En el protocolo de Londres se identifican cinco bloques en el modelo organizacional de causalidad de errores y eventos adversos; el primero es el de organización y cultura en el que se incluyen fallas latentes relacionadas a decisiones gerenciales y procesos organizacionales. El segundo bloque incluye factores contributivos relacionados con el paciente, el sujeto que participa directamente en el otorgamiento del servicio, factores tecnológicos y de cumplimiento de procesos, aquellos relacionados con el trabajo en equipo y los del medio ambiente. Un tercer grupo de factores que se identifican son las fallas activas, es decir, aquellas que se tornan inmediatamente evidentes y que pueden ser acciones u omisiones o violaciones conscientes, vinculadas completamente al desempeño de los humanos. Un cuarto bloque lo constituyen las barreras que podemos identificar para evitar, en la medida de lo posible, que el evento adverso se presente, el cual constituye el quinto bloque.

Las barreras que se pueden implementar para evitar que se presente el evento adverso son de cuatro tipos:

1. Barreras físicas, como el uso de barandales para evitar caídas.

2. Barreras administrativas, como el entrenamiento del personal y la supervisión.
3. Barreras humanas, como las listas de verificación en la realización de procedimientos.
4. Barreras naturales, como la distancia que evite el fácil acceso a medicamentos de alto riesgo.

En la gestión de riesgos clínicos, cada organización debe identificarlos para poder pasar a la fase de priorización y manejo de estos. Estos riesgos son ingresados a un programa de mejora continua en el que van cambiando a medida que dan resultados las barreras establecidas y que buscan de manera continua la mejora en la calidad de la atención.

La gestión de riesgos en las organizaciones sanitarias tiene dos enfoques; el proactivo y el reactivo, ambos complementarios. Para el enfoque proactivo, cada organización debe iniciar por identificar sus riesgos mediante un método sistemático de análisis de procesos.

En el enfoque reactivo, la forma de identificar estos riesgos es mediante un sistema de notificación de eventos adversos, aunque, pueden identificarse también mediante la información contenida en los registros clínicos, las quejas de los usuarios, entrevistas con los expertos u observación directa de las organizaciones.

Una vez identificados por cualquiera de los dos métodos, se procede a priorizarlos y establecer el manejo de estos, buscando la reducción en la probabilidad de presentación de eventos adversos (Martínez-López & Ruiz-Ortega, 2001; Narro-Robles & Ancer-Rodríguez, 2015). Al método sistemático para identificar, priorizar y manejar riesgos organizacionales para reducir la probabilidad de eventos adversos, se le conoce como gestión de riesgos clínicos (Martínez-López & Ruiz-Ortega, 2001).

Aunque en las organizaciones sanitarias, es cada vez más común la cultura de prevención de riesgos para el paciente, no se puede decir lo mismo de las organizaciones encargadas de brindar servicios a los adultos mayores. En una revisión realizada por Gartshore (2017), sobre la cultura de la seguridad del adulto mayor en organizaciones gerontológicas, concluye que este tema no ha sido lo suficientemente investigado (Gartshore, Waring, & Timmons, 2017a). La revisión incluyó 24 estudios; 18 de Estados Unidos, tres de Canadá, uno de Suiza, uno de Australia y uno de Holanda. Esto nos habla de la escasa permeación que existe de la cultura de seguridad en las organizaciones gerontológicas en países diferentes a Estados Unidos.

La teoría de la multicausalidad del evento adverso nos permite un enfoque holístico de la prevención de los riesgos clínicos en el sector salud, que puede ser extrapolado al sector gerontológico y que debe ser implementado como un recurso de gestión que permita la reducción de los accidentes entre los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados especialmente si se pretende, como debe ser, respetar el principio de autonomía.

Los cuatro bloques mencionados: organización y cultura, factores contributivos, acciones seguras y barreras y defensas tienen como objetivo final, la reducción del

riesgo de eventos adversos que se encuentran causando una reducción en los años de vida saludable e impactando negativamente en la calidad de vida de los adultos mayores.

A pesar de la gran prevalencia de riesgos clínicos para el adulto mayor en las organizaciones gerontológicas, el tema de la prevención no ha sido incluido como elemento a gestionar como apunta Gartshore (2017). Si a esto agregamos la inclusión de la atención centrada en la persona que, como vimos en párrafos precedentes, incrementa el riesgo, se muestra a la gestión de riesgos como el segundo elemento específico de la gestión que hace falta incluir en la búsqueda de un modelo diseñado para mejorar la calidad del envejecimiento de los usuarios (Gartshore, Waring, & Timmons, 2017b).

2.5 Las estancias gerontológicas y su evolución

Uno de los primeros registros que se tienen sobre lo que pudiera llamarse una estancia gerontológica se originó en Grecia, en donde se describe la existencia de la casa de Cresos, en donde se daba albergue a los ancianos que habían adquirido el privilegio de vivir en paz, en la comunidad de ancianos llamada *Gerusia* (Trejo Maturana, 2001).

Tradicionalmente el cuidado de las personas adultas mayores ha recaído en las familias, específicamente en las mujeres. En ausencia de la familia los cuidados eran proporcionados por instituciones de caridad de las órdenes religiosas.

A principios del siglo XIX, fueron las mujeres y grupos religiosos quienes iniciaron el establecimiento de casas para el cuidado de los adultos mayores. Surgen en Europa, como una evolución de las instituciones encargadas de cuidar a los necesitados dentro de los que se incluían a los mayores, dependientes y enfermos. El crecimiento de este grupo poblacional obligó a cambios políticos y a la transformación de los hospicios, en estancias para adultos mayores conocidas como *long term care facilities*, dentro de las que se incluyen *nursing homes* y *homes care* (Elderly, n.d. <https://www.4fate.org/history.pdf>).

En Estados Unidos, los adultos mayores que por diversas razones tenían la necesidad de buscar albergue, eran aceptados en los hospicios, junto a los enfermos mentales, alcohólicos y los sin-hogar (Trejo Maturana, 2001).

En Dinamarca, en 1891, surge la diferenciación en la atención de los adultos mayores que no pueden valerse por sí mismos y, dadas las características de los usuarios, mantienen un esquema hospitalario. Hasta este momento, no se trata de un derecho, sino de una beneficencia y asistencia a desvalidos enfocados en remediar en lo posible, las consecuencias de la discapacidad y no en resolver las causas.

Desde mediados del siglo XX, surge en el Reino Unido el concepto de los modelos *Housing* (R. M. Rodríguez, 2011). Las estancias bajo este esquema estimulan a los usuarios a llevar consigo sus pertenencias, incluyendo mobiliario que les permita “sentirse en casa” e impulsa al adulto a continuar actividades cotidianas en la medida de sus posibilidades como cocinar y/o cuidar de sus plantas, así mismo,

tratan de proteger la intimidad y favorecer la convivencia social, evitan horarios rígidos y favorecen la activa participación del personal y los allegados al adulto.

En la década de 1960, impulsados por numerosas críticas sobre la rigidez de la atención de los modelos tradicionales en las estancias gerontológicas, se registraron múltiples manifestaciones en Europa y Estados Unidos, que llevaron a la disolución de los asilos. Surgieron en las dos décadas siguientes, las residencias u hogares geriátricos, dedicados a la atención integral de los adultos mayores (Gascón et al., 2015).

Se crean los cambios legislativos sobre todo en Europa, que permiten el cambio de enfoque de cuidados, hacia el respeto a los derechos fundamentales y la conformación de los sistemas residenciales (Porras & San Miguel, 2016).

Aunque posterior a la segunda guerra mundial, cambia el enfoque de cuidado de un asunto familiar o de caridad, a un deber social en el que la persona tiene derecho a ser socialmente asistida para vivir dignamente y es una responsabilidad de la administración pública, persiste el enfoque de la “atención”, y es hasta 1990 que cambia a “atención a la participación” con el que se busca el envejecimiento activo favoreciendo la participación social del adulto mayor. En este esquema predomina la visión de apoyo al adulto mayor en su domicilio, con las adecuaciones necesarias tanto en vivienda, entorno de la comunidad, apoyos de otros adultos mayores y personas de otras edades. Los servicios institucionales están reservados para grandes dependientes.

La declaración del plan de acción internacional sobre el envejecimiento de Madrid, 2002, presentada en la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, representó un parteaguas para el impulso de cuidados con enfoque de derechos. Es en esta asamblea en la que se reconoce la necesidad de ampliar, en los estados suscriptores, la oferta de servicios continuos a los adultos mayores, tanto de base comunitaria como institucional (Gascón et al., 2015).

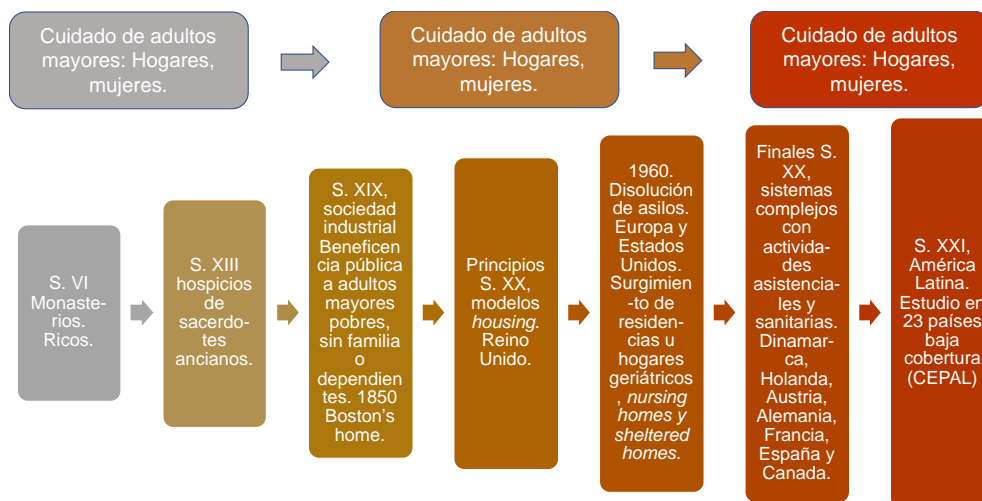
En Estados Unidos, durante la segunda mitad del siglo XX y lo que va del siglo XXI, han surgido diversos modelos que tratan de apartarse de la atención tradicional de las estancias, entre los que destacan el *Wellspring Model*, en el que se plantea la mejora de la calidad de vida de los adultos, pero con un gran enfoque clínico-terapéutico, y el *Household Model* que pretende ser un ambiente hogareño que dote de autonomía al adulto mayor.

En América Latina, la mayor parte de los cuidados recae en las familias. Un estudio realizado por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre programas en 23 países de la región, encontró que los servicios que prestan apoyo o cuidados se caracterizan por su baja cobertura y su débil institucionalidad (CEPAL, 2000).

Se han hecho también grandes aportaciones en la atención centrada en la persona como eje de la atención gerontológica, en países como Reino Unido, Australia, Canadá, Alemania, Holanda, Francia y Dinamarca. Algunas otras organizaciones se enfocan en la documentación de los procesos buscando la satisfacción del cliente, pero sin un enfoque particular en las necesidades del adulto mayor (Saizarbitoria et

al., 2006). La figura 2.8 ilustra los grandes cambios en la evolución de las estancias gerontológicas permanentes.

Figura 2.8 Evolución histórica de las estancias gerontológicas en el mundo



Fuente: Elaboración propia con base en Martínez, M (2002). Revisión histórica de la vejez. Cultura de los cuidados, 6(11). *The history of nursing homes*. <https://www.4fate.org/history.pdf>

En México, el órgano rector de las políticas públicas es el (Instituto Nacional para las Personas Adultas Mayores) INAPAM fundado en el 2002, año en que se publicó en el Diario Oficial su sustento legal, la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores. La norma en la que se establecen los parámetros que aseguran una operación integral de las instituciones asistenciales que atienden a las personas adultas y adultas mayores, para con ello, contribuir a mejorar la calidad de los servicios y mejorar el envejecimiento saludable, es la Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA3-2018, asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad (NOM-031-SSA3-2018, Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad, 2018).

Las estancias gerontológicas han dejado de ser lugares en donde solo se procura la asistencia social, para convertirse en complejos sistemas que incluyen actividades asistenciales sí, pero también actividades sanitarias y educativas que, vinculadas con la familia, la comunidad y el Estado buscan mejorar la calidad de vida y la esperanza de vida saludable.

En resumen, a lo largo de la historia el papel de la mujer en el cuidado del adulto mayor ha permanecido como una constante prácticamente a nivel mundial. Los cuidados que se originaron como un privilegio a ciertas castas, pasaron a ser posteriormente una dádiva que se otorgó a los sectores más desprotegidos; para convertirse en la época actual, en un derecho que busca colocar al adulto mayor en el centro de los cuidados, como el actor protagónico más importante.

2.6 La denominación: Estancias Gerontológicas Permanentes

En el mundo, son muchas las denominaciones que se le dan a los lugares en donde los adultos mayores habitan en forma permanente.

De acuerdo con la norma oficial mexicana correspondiente, el término más acorde a lo que se busca denominar es el de “establecimiento de asistencia social permanente”, sin embargo, se define como a todo aquel lugar que independientemente de su denominación o régimen jurídico, otorga atención integral permanente para personas adultas y adultas mayores, que cuenten con características especiales de atención, donde se proporcionan servicios de prevención de riesgos, atención y rehabilitación, incluyen alojamiento, alimentación, vestido, atención médica, social y psicológica, actividades culturales, recreativas y ocupacionales (Gobernación, 2019).

En primer lugar, se incluyen personas adultas y adultas mayores y no solo adultos mayores como es el enfoque de la denominación gerontológica que es la ciencia que estudia el envejecimiento y que, por ende, se enfoca en este grupo etario en particular.

En segundo lugar, de acuerdo con la referida norma, para ser sujeto de atención en el “establecimiento social permanente”, se requiere que los usuarios cuenten con características especiales de atención, mientras que, las estancias motivo de la presente disertación, no necesariamente incluye características especiales del usuario.

Es por esta razón, que se busca un término que contenga las palabras que definan el tipo de organización al que se quiere hacer referencia.

Con fines del presente trabajo se optó por el término de “Estancia Gerontológica Permanente”. Estancia, refiriéndose al lugar de alojamiento de las personas. Gerontológica, por enfocarse al grupo de personas con edad igual o mayor a 60 años y permanente, para referirse al hecho de que conviven en este sitio las 24 horas del día, para diferenciarlo de las casas de día y clubes sociales.

2.7 Las estancias gerontológicas modernas

A continuación, se realiza una revisión de la situación, en términos generales, del contexto en el que se encuentran las estancias gerontológicas permanentes primero en países europeos y México y posteriormente en algunos países de Latinoamérica y México.

En el caso de España, se aprobó en 2006, la Ley de autonomía personal y atención a la dependencia (LAPAD), en donde se establecen tres grados de dependencia que van a determinar los apoyos que se otorguen al adulto mayor. Los servicios que se incluyen son: prevención de la dependencia, teleasistencia, ayuda a domicilio, centro de día y de noche y servicios de atención residencial.

La financiación de la atención a la dependencia proviene de tres fuentes: administración general del Estado, administración de las comunidades autónomas y los usuarios. El departamento de sanidad no participa en esta financiación.

Para el año 2017, España contaba con 5378 centros residenciales, distribuidos de acuerdo con su capacidad en: menos de 25 plazas (5.1%), 25 a 49 plazas (14.5%), 50 a 99 (28.8%) y más de 100 plazas (51.6%). El 72.9 % de ellas privadas y el restante 27.1% públicas, con un número de plazas total de 366, 633. Se cuenta con 5 plazas por cada 100 adultos mayores. Este país tiene una población adulta mayor del 18.8%, aunque el concepto es diferente al de nuestro país ya que se considera adulto mayor a toda persona mayor de 65 años a diferencia de México en donde se considera por arriba de los 60 años. (Osorio & Salinas, 2016).

La acreditación en calidad de los centros residenciales (estancias gerontológicas permanentes), recae en las comunidades autónomas.

En un artículo publicado por Lares, comunidad Valenciana (2019), el costo promedio en 2018 giraba alrededor de los 1,708,2 euros al mes, mismo que, a partir de este año se elevaría en un 8% alcanzando los 1,825 euros motivado por la mayor cantidad de recursos humanos cuya razón se incrementaría en un 22% para poder otorgar atención centrada en la persona (Lares Comunidad Valenciana, 2020 a). El 44.2% de estos costos son de atención directa, 19.1% costos generales, 13.6% cocina, 11% limpieza y lavandería, 7.8% dirección y administración y 4.3% mantenimiento y jardinería.

Cuando la persona mayor no cuenta con los recursos para el pago de su residencia, le informa al municipio de su comunidad, para que la trabajadora social valore su situación y de esta forma ingrese a una residencia pública en donde pagará la parte que pueda pagar de acuerdo con sus ingresos, dejando otra parte para sus gastos personales.

Una tercera opción ha entrado en vigor con la nueva Ley de dependencia a partir del año 2017. Cuando la persona no cuenta con los ahorros suficientes, existe una opción más y es, recurrir a la renta vitalicia o la hipoteca inversa, sistemas financieros mediante los cuales el adulto mayor contará con recursos adicionales necesarios para el pago de sus cuidados hasta su fallecimiento (Lares Comunidad Valenciana, 2020 b).

La entidad gestora de la seguridad social es el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), que tiene entre sus funciones la de proponer, gestionar y dar seguimiento a los planes de servicios sociales de ámbito estatal para personas mayores y personas dependientes (Bayter & Ramos, 2016).

En cuanto al sector sanitario, tiene cobertura universal y es gratuito. De acuerdo con un estudio realizado por *Antares Consulting* (2013), la población de más de 60 años alcanzaba el 17.7%, de los cuales el 31% tienen más de 80 años. La esperanza de vida al nacer era de 79.3 años para hombres y 85.2 años para las mujeres y los años de buena salud a los 65 años de 9.2 años en los hombres y 9 años en las mujeres.

Cuando se analiza el mercado francés, se encuentra que las casas de retiro, es decir, las estancias gerontológicas permanentes, son de dos tipos; para personas dependientes, EPHAD (*Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes*) y para personas no dependientes, EPHA (*Établissement d'hébergement pour personnes âgées*). Las estancias permanentes en función de

su titularidad corresponden al sector público en el 53%, a las privadas sin ánimo de lucro en el 29% y 18% privadas comerciales.

Los servicios sanitarios incluyen servicios de enfermería tanto en domicilio como en residencias. Funcionan mediante un sistema de seguridad social y un sistema de copagos para los cuales existen sistemas de aseguramiento.

En cuanto a los servicios de dependencia, se cuenta con una prestación económica para cubrir los costos de ayuda a la dependencia mediante el sistema APA (*allocation personnalisée d'autonomie*).

No hay un modelo de acreditación como tal de los establecimientos, sin embargo, para ser partícipe de los contratos plurianuales con el estado, se deben cubrir 17 indicadores de resultados que son evaluados por un órgano independiente. Se dispone de un promedio de 6.6 plazas por 100 habitantes.

La población de más de 65 años es de 17.5% y de ellos, el 32% son mayores de 80 años. La esperanza de buena salud a los 65 años es de 9.5 años para los hombres y de 10.4 años para las mujeres.

En el mismo trabajo de *Antares Consulting* (2013), se especifican algunas características del sector en Alemania. El sistema sanitario y el sistema de atención a la dependencia funcionan mediante un sistema de aseguramiento obligatorio.

Los servicios de atención a la dependencia pueden ser domiciliarios o residenciales. El grado de ayuda que se otorga depende del grado de dependencia que se clasifica en cuatro niveles. El modelo de calidad de los servicios residenciales recae en la Federación de Seguros de Dependencia. Los resultados de las inspecciones se publican en internet y permiten la clasificación y comparación de los centros.

La población de 65 años y más era del 20.7% y de ellos, el 26% eran mayores de 80 años. Los años de vida con buena salud a los 65 años era de 6.7 años para los hombres y 6.9 años para las mujeres.

Se dispone de 5.4 plazas por 100 adultos mayores de 65 años. En función de su titularidad, el 6% son públicas, 54% privadas sin ánimo de lucro y 41% privadas comerciales.

Con relación a Gran Bretaña, para este mismo año 2013, el 17.2% de su población era igual o mayor de 65 años, de ellos el 27% son mayores de 80 años. La esperanza de vida con buena salud al llegar a los 65 años es de 10.5 años para los hombres y 10.6 años para las mujeres.

Dispone de una razón de 4.5 plazas residenciales por cada 100 mayores de 65 años. De ellas 92% son privadas, incluyendo lucrativas y no lucrativas y 8% públicas. Todos los proveedores de servicios sociales y sanitarios deben estar inscritos y son regulados por un solo organismo, la *Care Quality Commission*, quien establece los mínimos aceptables en seis áreas clave; 1) participación e información a las personas usuarias, 2) atención personalizada, tratamiento y apoyo, 3) seguridad, 4) dotación adecuada de personal, 5) calidad y gestión y 6) adecuación de la gestión.

La financiación proviene del Estado, las autoridades locales y el usuario y su familia. Para determinar las cuotas del usuario se consideran sus ingresos dentro de los cuales se consideran las propiedades.

El quinto país analizado en el estudio fue Suecia. La financiación de los servicios de apoyo a la dependencia proviene del gobierno central, las autoridades locales y el usuario. El copago del usuario se determina en función de sus ingresos. Una característica importante del sistema son los registros clínicos bien desarrollados para medir la calidad de la atención en cuidados a largo plazo.

La Junta Nacional de Salud y Bienestar, es el organismo responsable de evaluar la calidad de los servicios y no tiene una agenda de supervisiones como tal, ya que se basa en las quejas presentadas por los usuarios.

Su población adulta mayor asciende al 19.1% del total de su población. De ella, el 27% son mayores de 80 años. La esperanza de años con buena salud llegados los 65, es de 14 años para los hombres y 15.4 años para las mujeres.

Se favorece la ayuda domiciliaria más que las plazas residenciales. El 72% de las plazas son públicas. Se cuenta con 5.1 plazas por cada 100 adultos mayores (Consulting, 2014).

En México, el órgano rector de las políticas públicas es el Instituto Nacional para las Personas Adultas Mayores (INAPAM) fundado en el 2002, año en que se publicó en el Diario Oficial su sustento legal, la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores. La norma en la que se establecen las características de infraestructura, organización y funcionamiento de las organizaciones públicas y privadas que presten servicios de asistencia social a personas adultas y adultas mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad es la Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA3-2018, asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad (NOM-031-SSA3-2018, Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad, 2018), (Muñoz-Hernández, 2011).

Hasta el momento de la escritura del presente documento, no se cuenta en México con un sistema de acreditación de requisitos mínimos que deban cumplir las estancias gerontológicas permanentes de acuerdo con las especificaciones de la normativa relacionada.

De acuerdo con Alcocer (2019), el sistema sanitario mexicano tiene una cobertura del 89.5% de la población, incluidos los sectores públicos y privados del sistema. El Seguro Popular, actualmente Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), cubre el 49.9% de la población mexicana seguido por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y otras instituciones (Carlos, 2019).

El INSABI, que tiene la mayor cobertura de la población solo cubre el 20% de los padecimientos, quedando fuera muchos padecimientos que originan gastos catastróficos, por lo que existen grandes áreas de oportunidad para contar con una cobertura adecuada en el otorgamiento integral de los servicios de salud (Carlos, 2019).

De acuerdo con el Directorio Estadístico Nacional de Unidades Económicas (DENUE) 2019 del INEGI, se tienen en todo el país 1099 estancias gerontológicas permanentes, de las cuales en la Ciudad de México se ubican 106. De estas 85 (80%) corresponden al sector privado y las restantes 21(20%) al sector público. Dentro de las privadas se encuentran incluidas las privadas con fines sociales y las privadas con fines de lucro (INEGI, 2019 b).

Realizando cálculos indirectos que consideren una cobertura de plazas del 80% de las estancias permanentes existentes, se cuenta con un promedio de 0.37 plazas por cada 100 personas mayores de 60 años, aunque no se encontraron cifras oficiales. (INEGI. 2019 b).

Según la encuesta intercensal 2015, la población mayor de 65 años asciende a 12.4 millones de mexicanos, es decir, el 10% de la población. Cabe aclarar que, a diferencia de los países europeos en donde se considera adulto mayor a partir de los 65 años, en México, de acuerdo con la legislación, se es adulto mayor a partir de los 60 años, por lo que el porcentaje relativo es mayor.

De acuerdo con esta misma fuente, la esperanza de vida al nacer es de 73 años para hombres y 78 años para mujeres. La esperanza de buena salud a los 65 años es de 11.4 años para los hombres y 12.7 años para las mujeres.

La Procuraduría Federal del Consumidor (PROFECO) en una publicación de septiembre de 2019 reporta que el 31.6% de la población de 60 años y más tiene alguna discapacidad; por género, esta proporción es mayor en las mujeres. Relacionado con la ayuda a la discapacidad, estos apoyos se incluyen en los cuidados que se otorgan a los adultos mayores que se encuentran en las estancias públicas que, como vimos en párrafos anteriores tiene una cobertura limitada (Gobierno de México, 2019 a).

En cuanto a otras ayudas asistenciales al sector gerontológico, a partir del año 2018, se le otorga una pensión al adulto mayor de carácter universal que asciende a \$1,310 pesos mensuales, el equivalente a 66,59 dólares aproximadamente. Se otorga a personas mayores de 68 años y mayores de 65 años en comunidades indígenas (Gobierno de México, 2019 b) (cuadro 2.2).

Cuadro 2.2 Características de los sistemas socio sanitarios en seis países europeos y México.

PAÍS	ESPAÑA	MEXICO	FRANCIA	ALEMANIA	REINO UNIDO	SUECIA
Sistema socio-sanitario	Sistema sanitario universal y gratuito y Sistema de apoyo a la dependencia con financiación tripartita.	Sistema sanitario con cobertura del 89.5%. Apoyo a la dependencia en estancias DIF-INAPAM. Apoyos directos.	Servicio sanitario de cobertura universal que incluye atención domiciliaria para soporte de AVD.	Aseguramiento obligatorio para cuidados sanitarios y sociales 90% cobertura.	Care Health Comission regula los servicios sanitarios y sociales. Cobertura de 95%.	Los servicios sanitarios y sociales financiación tripartita. Universal.
Esperanza de vida al nacer	79.3 para hombres y 85.2 para mujeres.	73.8 años para hombres y 74.6 años mujeres	hombres: 78.7 años y mujeres: 84.3 años	77.7 años en hombres y 82.7 años en mujeres.	78.2 en hombres y 82.3 para mujeres	80.2 años y 83.8 años para mujeres
Esperanza de buena salud a los 65 años	9.2 años para hombres y 9 años para mujeres.	menos de 1 año para hombres y 4 años para mujeres	9.5 años en hombres y 10.4 en mujeres	6.7 hombres y 6.9 para mujeres	10.5 años en hombres y 10.6 años en mujeres	14 para hombres y 15.4 para mujeres
Acreditación en calidad	Cada comunidad autónoma establece sus criterios.	No existe un sistema de acreditación ni de inspección a los centros gerontológicos.	Se deben cumplir las condiciones funcionales y materiales del Consejo General y las agencias regionales de salud.	Las inspecciones son gestionadas por la Federación de Seguros de Dependencia.	La Care Quality Comission establece una serie de requisitos en seis areas clave.	Supervisiones con base en las quejas de los usuarios.
Población de más de 65 años	17.70%	7.20%	17.50%	20.70%	17.2%.	19.10%
Población > 80 años con respecto a los mayores de 65	31%	32%	31%	26%	27%	27%
Plazas por 100 adultos mayores	4.2	SIN DATO	6.6	5	4.5	5.2

Fuente: Antares consulting/Aeste (2014). Análisis del mercado residencial para personas mayores en España, Francia, Alemania, Reino Unido y Suecia: perspectivas para el mercado español. <https://www.gob.mx/profeco/documentos/asilos-una-alternativa-para-el-cuidado-y-atencion-de-los-adultos-mayores?state=publish>. <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/esperanza.aspx?tema=P>

Como se puede observar, la esperanza de vida al nacer es menor en México si se compara con los países europeos. Llama poderosamente la atención también, la falta de un sistema de acreditación en calidad de las estancias gerontológicas o de un sistema de supervisión. Las implicaciones serían la falta de estandarización de los servicios y el incumplimiento de la normativa existente en cuanto a los mínimos indispensables en estructura y procesos lo cual impacta negativamente en la calidad de los servicios asistenciales.

Revisemos ahora la información relativa a otros países de América Latina. Es prudente aclarar que las estadísticas cambian ligeramente si las comparamos con los países europeos anteriormente analizados en virtud de que, como se aclaró para el caso de México, se considera persona adulta mayor en América Latina y el Caribe a toda persona de 60 años y más.

Nos referiremos inicialmente al caso Colombia. Su sistema sanitario es bastante complejo, pero en términos generales tiene una participación pública y privada con una cobertura oficial del 95% y cuidados a la dependencia del adulto mayor predominantemente familiar. La esperanza de vida al nacer es de 73.7 años con una esperanza de buena salud a los 60 años de 16.4 años y una población de más de 80 años con respecto a los mayores de 60 años del 12.30%. No se encontraron datos sobre el número de plazas existentes en estancias de larga estadía ni sobre sistemas de acreditación de calidad en dichos establecimientos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018; Bayter & Ramos, 2016).

Con relación a Chile, es el país sudamericano que tiene una mayor esperanza de vida al nacer dentro de los países de la región, llegando actualmente a los 81.2 años, con un porcentaje de 17.50% de personas mayores de 60 años con relación

a la población total y un 17.5% de mayores de 80 años con relación a los mayores de 60 años. La esperanza de vida con buena salud a partir de los 60 años es de 18.7 años. Su sistema sanitario tiene participación pública en el 80% y privada en 17.5% con una cobertura cercana al 100% y los cuidados a la dependencia está dado en el 92% por cuidadores familiares (Caviedes, R. 2019).

En el caso de Argentina, la esperanza de vida al nacer es de 76 años con una esperanza de vida saludable a los 60 años de 16.7 años. El porcentaje de mayores de 60 años es de 15.10% y el de mayores de 80 años considerando el grupo de 60 años y más es de 18.10%. Se sabe que cuentan con 1803 estancias gerontológicas permanentes (residencias para adultos mayores), aunque se desconoce el número de plazas. Tampoco se encontró información relativa a algún sistema de acreditación en calidad de las estancias gerontológicas (Departamento de Salud Pública, 2015).

Revisando la información sobre el caso Brasil, la esperanza de vida de sus habitantes es de 74.1 años, con una esperanza de vida saludable a los 60 años de 16.2 años. La población de 60 años y más representa el 11.7% de su población, de la cual el 12.70% tiene 80 años y más. Su sistema sanitario tiene participación pública en el 75% y privada en el 25% con una cobertura del 100% de su población. Los cuidados a la dependencia son realizados predominantemente por la familia (Ventura-Días, 2019).

Aunque en párrafos anteriores se estableció el comparativo del sistema socio sanitario relacionado con los adultos mayores entre México y países europeos, en virtud de tener mayores elementos en común, se establece ahora el comparativo con países latinoamericanos. Fue necesario ajustar la información en virtud de la diferencia de edad para considerar a una persona adulta mayor.

En el caso de México, la población de 60 años y más representa el 9.60% de los cuales el 15.7% son mayores de 80 años. Se conoce que existen 1099 estancias gerontológicas permanentes, aunque, se desconoce el número de plazas existentes (Banco Interamericano de Desarrollo, 2018; Centro RS, 2019).

Cabe destacar un elemento común a los países latinoamericanos, México incluido, que es la falta de sistemas de acreditación en calidad de las estancias gerontológicas permanentes, fenómeno que las hace diferentes de los países europeos anteriormente analizados. Otro hallazgo por destacar es la falta de sistemas de información reflejado, por ejemplo, en el desconocimiento del número de plazas por cada 100 000 adultos mayores en los países de la región y, aunque se sabe el número de estancias permanentes en México, no se tiene la información sobre el número de plazas con las que se cuenta, dato indispensable si se quiere obtener la relación en cuestión.

La falta de registros de información es indispensable como un mecanismo de retroalimentación en el control administrativo, así como en la mejora continua de la calidad en virtud de que como sabemos, no se puede mejorar aquello que no se puede medir (cuadro 2.3).

Se torna evidente entonces, que se requiere iniciar con un sistema automatizado de registro sobre los establecimientos gerontológicos en nuestro país que incluya el

número de plazas con los que se dispone. En el mismo orden de ideas, se torna fundamental para la mejora de la calidad de los servicios asistenciales gerontológicos la implementación de un sistema de acreditación que garantice el cumplimiento de los requisitos mínimos indispensables de estructura, de acuerdo con la normatividad vigente.

Cuadro 2.3. Características de los sistemas sociosanitarios en seis países latinoamericanos.

PAÍS	Colombia	Chile	Argentina	Brazil	México
Sistema socio-sanitario	Sanitario: Público y privado. Cobertura del 95 %. Cuidados a la dependencia, predominantemente familiar	Sanitario: Público 80% y privado 17.5% con cobertura cercana al 100%. Dependencia 92% cuidadores familiares	Público (30%), social (60%) y privado (10%). Cobertura cercana al 100%. Cuidados a la dependencia	Sanitario: Público 75%. Privado 25%. Cobertura del 100%. Cuidados a la dependencia predominantemente familiares.	Sanitario: Público y privado con cobertura del 89.5%. Cuidados a la dependencia predominantemente familiar
Esperanza de vida al nacer	73.7	81.2	76	74.1	76.5
Esperanza de buena salud a los 60 años	16.4	18.7	16.7	16.2	17.1
Acreditación en calidad	SD	SD	SD		No se cuenta
Población de más de 60 años	10.80%	15.70%	15.10%	11.70%	9.60%
Población > 80 años con respecto a los mayores de 60	12.30%	17.50%	18.10%	12.70%	15.70%
Plazas por 100 adultos mayores	SIN DATO (SD)	SD	SD (1803 residencias)	SD	SD (1099 asilos)

Elaboración propia con base en: Aranco, 2018. Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y El Caribe.

2.8 Las estancias permanentes en la Ciudad de México

Enfoquémonos ahora en el país México y en seguida a la Ciudad de México en particular.

Las organizaciones gerontológicas en México pueden ser: de asistencia social, de salud y educativas.

1) **De asistencia social.** De acuerdo con el tiempo de permanencia del adulto mayor, estas a su vez, pueden ser,

A. **Temporales.** De acuerdo con el Modelo de Atención Gerontológica, publicado por el INAPAM, aquí se incluyen:

Clubes y Centros culturales y Casas de día o centros de día o residencias de día.

De acuerdo con la NOM 167-SSA1-1997. Para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores, se define como centro de día o casa de día, "...al establecimiento público, social o privado que proporciona alternativas a los adultos mayores para la ocupación creativa y productiva del tiempo libre mediante actividades culturales, deportivas, recreativas y de estímulo, donde se promueve tanto la dignificación de esta etapa de la vida, como la promoción y autocuidado de la salud..." (Federal & Mexicanos, 1997, p. 3)

B. **Permanentes**

Casas-hogar (asilos, estancias permanentes, casas de retiro): De acuerdo con la misma NOM 167 (1997), es "...el establecimiento de asistencia social

donde se proporciona a adultos mayores atención integral mediante servicios de alojamiento, alimentación, vestido, atención médica, trabajo social, actividades culturales, recreativas, ocupacionales y psicológicas...” (Federal & Mexicanos, 1997, p. 2).

Albergues: “...el establecimiento donde se proporcionan temporalmente servicios de alojamiento a adultos mayores, en tanto son reubicados a otras instituciones o a su familia...” NOM 167 (1997)(Federal & Mexicanos, 1997, p.2).

C. **Mixtas**. Aquellas que combinan los dos modelos de permanencia y pueden albergar a los adultos mayores de manera temporal o por tiempo prolongado o indefinido.

2) **De salud**. Aunque existen diversas clasificaciones dependiendo por ejemplo al sector al que pertenecen público o privado. El nivel de complejidad en primero, segundo y tercer nivel. Siguiendo la misma lógica del tiempo de permanencia, se pueden clasificar en:

Ambulatorias, son aquellas en las que para la realización de los procedimientos diagnósticos o terapéuticos no requiere el paciente, ser hospitalizado (IMSS, 2019).

De estancia prolongada

3) **Educativas**

Dado que la calidad de vida es un constructo complejo, se eligieron las estancias gerontológicas permanentes por reducir el número de factores que inciden en la calidad de vida, por lo menos al momento del estudio, aunque es evidente que no se pueden evitar y es necesaria la realización del trabajo empírico *in situ*.

Por lo tanto, los siguientes párrafos hacen referencia a lo que se considera la población de estudio en la presente investigación, es decir, las estancias gerontológicas permanentes.

Al respecto, Gutiérrez-Robledo (2017), clasifica a las estancias gerontológicas permanentes en México en públicas y privadas. Dentro de las públicas se incluyen a las estancias del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), del Instituto Nacional de la Senectud (INSEN), actualmente Instituto de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) y Protección Social del Departamento del Distrito Federal, posteriormente Instituto para la Atención de los Adultos Mayores de la Ciudad de México (IAAM) y actualmente Secretaría de Inclusión y Bienestar Social de la Ciudad de México (Gutiérrez-Robledo, L., Reyes-Ortega, G., Rocabado-Quevedo, F y López-Franchino, 2017).

La Ley de albergues privados para personas adultas mayores del Distrito Federal, clasifica a estas estancias en privadas y de asistencia social de acuerdo con el origen del patrimonio con el que funcionan. Aunque como ya se ha referido en párrafos anteriores, no existe hasta el momento un sistema de supervisión y de acreditación en calidad de los centros gerontológicos, la misma Ley, adjudica la responsabilidad del funcionamiento adecuado de las estancias a las autoridades sanitarias (Asamblea Legislativa del Distrito Federal, 2015).

Realizando búsquedas en internet, se encuentran diversas denominaciones para las estancias permanentes como: casa-hogar, asilo, albergue, casas de retiro, residencias para adultos mayores y estancias.

No se tienen registros sobre el modelo de gestión que se utiliza en las estancias gerontológicas. Se encuentran algunas publicaciones en internet sobre estancias privadas certificadas en ISO-9000, por lo que se infiere que el sistema en el que se basan las organizaciones certificadas es la gestión por procesos.

Las estancias privadas, de acuerdo con el origen de sus ingresos económicos, se dividen a su vez en dos: afiliadas a la Junta de Asistencia Privada (JAP) e instituciones privadas no afiliadas a la JAP, que corresponden a las estancias privadas con fines de lucro.

En un estudio publicado sobre las estancias gerontológicas en el Distrito Federal, actual Ciudad de México, Gutiérrez-Robledo (2017), encuentra que en una muestra aleatoria de 33 estancias de los diferentes sectores en las que se aplicó una escala para evaluar la infraestructura, el personal y la organización asistencial; el promedio de calificación se ubicó por debajo del 50% de la puntuación total, siendo las estancias privadas con fines de lucro y un subgrupo de las públicas, las que obtuvieron las puntuaciones más bajas.

Se destaca la falta de correlación entre los recursos asistenciales disponibles y los requerimientos de los adultos mayores residentes (Gutiérrez-Robledo, L., Reyes-Ortega, G., Rocabado-Quevedo, F y López-Franchino, 2017).

Es evidente de acuerdo con este autor, Gutiérrez-Robledo, que existe un bajo cumplimiento de los requisitos para el funcionamiento de las estancias gerontológicas permanentes en la Ciudad de México, siendo más pronunciado este fenómeno en las estancias privadas con fines de lucro y gubernamentales comparadas con las privadas de asistencia social.

De acuerdo con el tamaño de las empresas, la Secretaría de Economía las clasifica en micro, pequeñas y medianas. Los elementos que se consideran para tal clasificación son: el número de trabajadores, el rango de monto de ventas anuales y el tope máximo combinado.

Los criterios son diferentes dependiendo del sector al que corresponden las empresas. Para el caso de las empresas de servicios se consideran (Diario Oficial de la Federación, 2009):

- Microempresas: Hasta 10 trabajadores, hasta 4 millones de pesos de ventas anuales y un tope máximo combinado de 4.6.
- Pequeñas empresas: de 11 a 50 trabajadores, de 4 hasta 100 millones de pesos de ventas anuales y un tope máximo combinado de 95.
- Medianas empresas: de 51 a 100 trabajadores, de 100.01 a 250 millones de pesos de ventas anuales y un tope máximo combinado de 235.

Analicemos en seguida, el marco normativo que rige el funcionamiento de las estancias.

2.9 Marco Normativo de las estancias gerontológicas

Las estancias gerontológicas permanentes en México tienen un marco normativo más o menos extenso dependiendo del sector al que pertenecen; sea público o privado. En cualquiera de los dos casos, se deben apegar a la normativa que rige el otorgamiento de servicios de salud que en nuestro país tiene un rango constitucional. A continuación, se mencionan las Leyes, Reglamentos y Normas relacionadas con la actividad de dichas organizaciones.

Constitución Política de los estados Unidos Mexicanos

Artículo 4º. Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que disponga la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución (Cámara de Diputados, 2020).

Ley General de Salud.

Esta Ley hace referencia a lo que se entiende por asistencia social y las actividades que se incluyen en la misma, en los siguientes artículos (L. G. De Salud & único, 2012):

Título noveno: “Asistencia social, prevención de invalidez y rehabilitación de inválidos”, Capítulo único:

Artículo 167.- Para los efectos de esta Ley, se entiende por Asistencia Social al conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan al individuo su desarrollo integral, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, desprotección o desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva.

Artículo 168.- Son actividades básicas de Asistencia Social:

- I. La atención a personas que, por sus carencias socio-económicas o por su condición de discapacidad se vean impedidas para satisfacer sus requerimientos básicos de subsistencia y desarrollo;
- II. La atención en establecimientos especializados a menores y ancianos en estado de abandono o desamparo y personas con discapacidad sin recursos;
- III. La promoción del bienestar del senescente y el desarrollo de acciones de preparación para la senectud;
- IV. La prestación de servicios de asistencia jurídica y de orientación social, especialmente a menores, ancianos y personas con discapacidad sin recursos.

Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores

Publicada en el Diario Oficial de la Federación (DOF), el 25 de junio de 2002 y modificada por última vez el 24 de enero de 2020. En esta Ley se establece el alcance y objeto de la misma y se estipula a quienes se considera como personas adultas mayores, especificando que son todas aquellas personas de 60 años o más

y se establecen los derechos de los que disfrutan, así como los deberes del Estado, la sociedad y la familia para con ellos (Congreso de la Unión, 2012).

En el Título Primero Capítulo Único, Disposiciones Generales, declara:

Artículo 1.- La presente Ley es de orden público, de interés social y de observancia general en los Estados Unidos Mexicanos. Tiene por objeto garantizar el ejercicio de los derechos de las personas adultas mayores, así como establecer las bases y disposiciones para su cumplimiento mediante la regulación de:

- I. La política pública nacional para la observancia de los derechos de las personas adultas mayores;
- II. Los principios, objetivos, programas responsabilidades e instrumentos que la administración pública federal, las entidades federativas y los municipios deberán observar en la planeación y aplicación de la política pública nacional, y
- III. El Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores.

En el artículo 24, se establece la creación del Instituto de las Personas Adultas Mayores (INAPAM), como un organismo público descentralizado de la Administración Pública Federal, con personalidad jurídica, patrimonio propio y autonomía técnica y de gestión para el cumplimiento de sus atribuciones, objetivos y fines.

Específicamente en el artículo 28, sección XII, establece como una de las atribuciones del INAPAM, realizar visitas de inspección y vigilancia a instituciones públicas y privadas, casas hogar, albergues, residencias de día o cualquier centro de atención a las personas adultas mayores para verificar las condiciones de funcionamiento, capacitación de su personal, modelo de atención y condiciones de la calidad de vida.

Publicada con antelación a la Ley Federal con fecha 7 de marzo de 2000 y en concordancia con la misma, se tiene la;

Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores de la Ciudad de México

Es congruente con la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores de orden Federal y establece como objeto proteger, promover y asegurar el reconocimiento y ejercicio de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas de 60 años en adelante, sin distinción alguna para propiciarles una mejor calidad de vida y su plena integración, inclusión y participación en la sociedad y en el desarrollo social, económico, político y cultural (Honorable Asamblea Legislativa del Distrito Federal, 2018).

Se establecen los principios rectores en la observación y aplicación de la Ley:

CAPITULO I. DE LOS PRINCIPIOS

Artículo 4.- Son principios rectores en la observación y aplicación de esta ley:

- I. Autonomía y autorrealización: Todas las acciones que se realicen en beneficio de las personas adultas mayores tendientes a fortalecer su independencia personal, su capacidad de decisión y su desarrollo personal;

II.Participación: En todos los casos de la vida pública, y en especial en lo relativo a los aspectos que les atañen directamente deberán ser consultados y tomados en cuenta y se promoverá su presencia e intervención;

III.Equidad: Consistente en el trato justo y proporcional en las condiciones de acceso y disfrute de los satisfactores necesarios para el bienestar de las personas adultas mayores, sin distinción por sexo, situación económica, raza, credo, religión o cualquier otra circunstancia;

VI. Solidaridad y fortalecimiento de la protección familiar y comunitaria: busca promover y proteger el bienestar y cuidado de los adultos mayores desde la familia y la comunidad.

Igualmente, se establecen los derechos de las personas adultas mayores y las obligaciones de la familia y las autoridades para con este grupo poblacional.

CAPITULO II. DE LOS DERECHOS

Artículo 5.- De manera enunciativa esta Ley reconoce a las personas adultas mayores los siguientes derechos:

V. A vivir en entornos seguros, dignos y decorosos, que cumplan con sus necesidades y requerimientos y en donde ejerza libremente sus derechos.

Otras leyes que regulan el funcionamiento de las estancias gerontológicas permanentes incluyen las siguientes:

Ley de Instituciones de Asistencia Privada para el Distrito Federal

Tal y como lo menciona la propia Ley, tiene por objeto regular las instituciones de asistencia privada que son entidades con personalidad jurídica y patrimonio propio, sin propósito de lucro que, con bienes de propiedad particular ejecutan actos de asistencia social sin designar individualmente a los beneficiarios. Las instituciones de asistencia privada serán fundaciones o asociaciones.

No es privativa de las organizaciones gerontológicas ya que abarca diversas organizaciones de asistencia social (Legislatura, 1943).

Ley de Asistencia Social

Ley secundaria a la Ley General de Salud y tiene por objeto sentar las bases para la promoción de un sistema nacional de asistencia social que fomente y coordine la prestación de servicios de asistencia social pública y privada e impulse la participación de la sociedad en la materia.

Establece quienes son los sujetos de asistencia social dentro de los que se incluye a las personas adultas mayores (de Asistencia Social & Quesada, 2004).

En su artículo 65, establece que la supervisión del cumplimiento de las Normas Oficiales Mexicanas por parte de las Instituciones de Asistencia Social, entre las cuales se encuentra el INAPAM, es responsabilidad de la Secretaría de Salud a través de organismos y autoridades locales.

Por ser muy extensa la normativa relacionada con el ejercicio de las estancias gerontológicas permanentes, se intenta condensar en la siguiente tabla, las Leyes,

Reglamentos y Normas que tienen mayor relación con la actividad de dichas organizaciones mencionando su objetivo principal y la fecha de publicación (cuadro 2.4).

Cuadro 2.4. Normativa relacionada con las actividades de las estancias gerontológicas permanentes en la Ciudad de México.

Normativa	Fecha de publicación en el Diario Oficial de la Federación	Objetivo relacionado con las organizaciones gerontológicas
Ley Federal de protección de datos personales en posesión de los particulares	5 de julio de 2010	Tiene por objetivo proteger los datos personales en posesión de particulares.
Ley Federal para la Prevención e Identificación de Operaciones con Recursos de Procedencia Ilícita	17 de octubre de 2012	Prevenir y detectar actos u operaciones que involucren recursos de procedencia ilícita. Deben cumplir con esta Ley todas las organizaciones que reciban donativos.
Ley Federal de Fomento a las Actividades Realizadas por Organizaciones de la Sociedad Civil	9 de febrero de 2004	Regula las actividades de asistencia social por parte de las organizaciones de la Sociedad Civil sin fines de lucro para que puedan acceder a los donativos, beneficios, apoyos y estímulos públicos, así como a incentivos fiscales y demás apoyos económicos y administrativos. Aplicable a organizaciones sin fines de lucro.
Nuevo Reglamento de la Ley de Instituciones de asistencia privada para el Distrito Federal	31 de octubre 2012	Regula las instituciones de asistencia privada en el Distrito Federal, así como la organización y atribuciones de la Junta de Asistencia Privada y sus direcciones.
Reglamento de la Ley del Impuesto sobre la renta	17 de octubre de 2003	Establece los derechos y obligaciones de los contribuyentes sobre el impuesto sobre la renta dentro de las cuales se encuentran las personas físicas y morales relacionadas con las estancias gerontológicas permanentes.
NOM-001-SSA2-1993	6 de diciembre de 1994	Establece los requisitos arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito y permanencia de los discapacitados a los establecimientos de atención médica del Sistema Nacional de Salud.
NOM-004-SSA3-2012	15 de octubre de 2012	Establece los requisitos del expediente Clínico
NOM-031-SSA3-2018	13 de septiembre de 2019	Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad.

NOM-087-ECOL-SSA1-2002	17 de febrero de 2003	Protección ambiental - salud ambiental - residuos peligrosos biológico-infecciosos - clasificación y especificaciones de manejo
NOM-093-SSA1-1994	29 de julio 1994	De bienes y servicios. Prácticas de higiene y sanidad en la preparación de alimentos que se ofrecen en establecimientos fijos

Fuente: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio>

2.10 Buscando una Gestión Integral

Mediante la revisión de la literatura se encuentra que hay diversos elementos de gestión que, de manera independiente, contribuyen a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores y que al integrarse, podrían contribuir a mejorar la calidad médico-asistencial en las estancias gerontológicas permanentes.

Algunos de estos elementos de gestión son aquellos que se incorporan en el modelo de gestión por calidad total de la *European Foundation for Quality Management* (EFQM), y que tiene su fundamento en el modelo de mejora continua de la calidad de Edwards Deming, por lo que se constituye en una de las teorías fundamentales que dan sustento al presente trabajo. Se busca entonces identificar la relación de los cinco agentes facilitadores del modelo EFQM con la calidad de vida de los adultos mayores. Estos cinco elementos son: liderazgo, política y estrategia, personas, alianzas y recursos y procesos.

Aunque Heras encuentra que la gestión por calidad total mejora la calidad de vida en las estancias gerontológicas, la aplicación de los modelos existentes como ISO 9001 y EFQM, conllevan mayor burocracia que pudiera tener un efecto negativo en la gestión de las estancias gerontológicas. Hasta el momento, no hay estudios que demuestren o que descarten la mejora en la calidad de vida de los residentes al aplicar modelos de gestión por calidad total, pero los estudios existentes nos permiten vislumbrar la posibilidad de generar un modelo que incluya algunos elementos de dichos modelos y se adapte a las necesidades del sector gerontológico (Heras-Saizarbitoria, 2013).

Rodríguez-Vilá (2014), Ángeles Isabel y De la Parte Herrero (2017), concluyen en sus estudios la necesidad de incorporar otro elemento a la gestión de las estancias, la atención centrada en la persona (P. R. Rodríguez & Vilá, 2014) (T. Martínez, 2017). Ya hay algunos trabajos que demuestran la efectividad y la eficiencia de la incorporación de este modelo como los de Rajamohan (2019) que encuentra una mejor calidad de vida en los adultos mayores y Fundación Matia, que encuentra una mejor relación costo-efectividad al utilizar este modelo (Rajamohan et al., 2019; Teresa Martínez, Díaz-Veiga, Sancho, & Rodríguez, 2014).

Sin embargo, Díaz Veiga (2014), encuentra un mayor número de riesgos clínicos en las estancias que incorporan este modelo de ACP y Gartshore (2017), reporta que no ha sido suficientemente estudiada la incorporación de una gestión de riesgos

a los modelos de gestión existentes en las estancias gerontológicas (Díaz-Veiga et al., 2014).

Por lo anteriormente expresado, en el presente trabajo se busca integrar elementos de los tres modelos referidos y se busca establecer su correlación con la percepción de calidad de vida de los residentes adultos mayores para encontrar una gestión que, sin saturar de documentos administrativos a las organizaciones, impacte positivamente en la percepción de calidad de vida de los usuarios adultos mayores residentes.

Capítulo 3. Características del usuario adulto mayor

3.1 El usuario en las estancias gerontológicas permanentes

Los clientes, son los destinatarios de los productos o servicios de una organización. La palabra cliente se refiere a toda persona física o jurídica que efectúa la transacción comercial de compra o adquisición de un producto o servicio o como lo refiere el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española Persona que utiliza con asiduidad los servicios de un profesional o empresa (Española & Madrid, 1970).

Bernal (2014), hace referencia a la diferencia entre cliente interno y cliente externo. El cliente externo hace referencia a toda persona o empresa con potencial para comprar, contratar o consumir productos o servicios, constituyéndose en el eje mismo del trabajo, desarrollo y avance de toda la organización. Para una estancia gerontológica permanente incluyen a los adultos mayores y a los familiares.

Por otro lado, el cliente interno, es en quien recae la generación de los productos y/o servicios que se entregan al cliente externo, pero a su vez, consume los productos intermedios que se generan en la cadena productiva. En este grupo se encuentran todos los trabajadores de la empresa (Bernal Moreno, 2014).

En el ámbito empresarial, forman parte de los grupos de interés o *stakeholders*, término acuñado en 1963 por el *Stanford Research Institute* y que se refiere a aquellas personas o grupos que son de importancia vital para la existencia de una organización (Quezada, 2011).

Cuando el cliente externo es consumidor o potencial consumidor de un servicio, se le llama usuario.

En el ámbito médico, al cliente externo o usuario, se le conoce como paciente para recalcar la importancia de la relación médico-paciente y que esencialmente diferencia el proceso de atención de otros servicios. Este elemento corresponde al componente interpersonal del triángulo establecido por Donabedian dentro de los componentes de la calidad en salud: técnico, interpersonal y de amenidades (Emilio, 2001).

Por tratarse de grupos tan diversos los que constituyen a los clientes externos - adultos mayores y familiares- los intereses serán también diversos y en ocasiones contradictorios, por lo que deberemos definir en cuál de los grupos mencionados nos vamos a centrar.

En este estudio nos enfocamos en los adultos mayores que, por tratarse no solo de destinatarios de los servicios de organizaciones con fines de lucro, sino de organizaciones privadas sin fines de lucro y organizaciones gubernamentales, nos referiremos como usuarios.

Los intereses de los usuarios adultos mayores residentes de las estancias permanentes se incluyen en dos grupos; sus deseos y necesidades. Los deseos se refieren a aquellas necesidades verbalizadas como aquello que quieren recibir de nosotros. Los necesidades son aquellos intereses no verbalizados y que son fundamentales para el mantenimiento de su calidad de vida (Sacanelle Berruenco, 2010)

Son los adultos mayores los que en última instancia juzgan la calidad de los servicios que reciben. Esta calidad se ha visto cada vez más asociada con la atención individualizada, específicamente en la interrelación entre el adulto mayor y los cuidadores (Kajonius & Kazemi, 2016).

3.2 Usuario adulto mayor

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y con la legislación mexicana, una persona adulta mayor es toda aquella persona mayor de 60 años (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2015).

Entre los años 1950 y 2000, la población mayor de 60 años en el mundo se ha triplicado, pasando de 205 millones (Doblas, 2005)(Salud, 2015) a 606 millones de habitantes cifra que, de acuerdo a proyecciones llegará a 2000 millones para el año 2050 pasando del 10% al 25% de la población total (Gar12). En particular en países en desarrollo, esta proporción se multiplicará por cuatro (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2015).

El 80% de este grupo poblacional en el mundo vivirá en países pobres, y mientras países como Francia contaron con 150 años para adaptarse a un incremento del 10% al 20% de la población adulta mayor, los países en desarrollo deberán hacerlo en tan solo 50 años (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2015).

Pero el envejecimiento poblacional depende de diversos factores como la disminución de la natalidad, las migraciones y el aumento en la esperanza de vida (Doblas, 2005). Empezaremos con algunos comentarios sobre la esperanza de vida la cual, a nivel mundial en 1930 era de 34 años, aumentando a 61 años en 1970 y a 75.2 años en 2016. Es decir, una ganancia de 14 años en tan solo 46 años transcurridos.

Este aumento en la esperanza de vida del ser humano es considerado uno de los más grandes logros científicos, sin embargo, no se ha desarrollado a la par que la esperanza de vida saludable, que representa los años libres de enfermedad que una persona, se espera vivirá a partir del momento de su nacimiento.

Si se logra que los años ganados de sobrevivencia, sean en condiciones de funcionalidad, se tendrá un impacto positivo en la sociedad, pero si por el contrario, están cargados de discapacidad física y mental se tendrán graves problemas como individuos y como sociedad.

El incremento en la población adulta mayor genera una mayor necesidad de estancias temporales y permanentes para adultos mayores, por lo que debemos mirar hacia estas organizaciones como elementos que pueden contribuir o restar a la mejora en la calidad del envejecimiento.

Sin embargo, hoy por hoy, existe cierto consenso en que las estancias para adultos mayores se asocian con un mayor deterioro en la calidad de vida; mayor índice de caídas (Becerra, 2009) y depresión (Estrada Restrepo et al., 2013), mayor deterioro cognitivo y mayor grado de dependencia (López Enciso, Castillo Ávila, Carrasco Cermeño, Medina Meza, & Ley-wong, 2014).

A nivel regional, en América Latina y el Caribe se encontró que en el año 2005, entre 13.8% y 23.7% de los adultos mayores encuestados tenían dificultades para realizar alguna de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), situación directamente relacionada a estados de depresión, presencia de enfermedades no transmisibles, autopercepción de tener mala salud, artrosis y enfermedad vascular cerebral (Menéndez et al., 2005). Así, para el año 2015 la esperanza de vida en esta región era de 75 años, mientras la esperanza de vida saludable solo alcanzaba los 65 años (“OPS OMS _ La esperanza de vida en las Américas aumenta a 75 años,” n.d.).

En México, en el año 2010 de acuerdo con cifras del Censo de Población y Vivienda, existían 10 075 379 adultos mayores, es decir, personas de 60 años o más (INEGI, 2016), cifra que se incrementó a 13 928 310 en el 2016 y que según proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO), incrementará a 36.5 millones en 2050.

Según cifras de la Encuesta Nacional en Salud (ENSANUT) 2012, la esperanza de vida en México es de 74.7 años, pero la esperanza de vida saludable es de 65.8 años (Gutiérrez et al., 2012). Es decir, se tienen muchas probabilidades de cursar con diversas enfermedades y volverse dependiente cumplidos los 65 años, carga que se llevará por aproximadamente nueve años. Esta situación se agudiza en el caso de las mujeres quienes tienen una mayor esperanza de vida, aunque no necesariamente en situación de autonomía. Para ese mismo año, el 26.9% de los adultos mayores en México, presentaban dificultades para la realización de alguna de las ABVD (Actividades Básicas de la Vida Diaria) (Gutiérrez et al., 2012).

En cuanto a la distribución de la población de adultos mayores en nuestro país, las entidades con mayor población de adultos mayores son: el Estado de México, el Distrito Federal hoy Ciudad de México, Veracruz, Jalisco y Puebla. Las cinco entidades concentraban en 2012 el 40% de dicha población. La Ciudad de México encabezando la lista en cuanto a distribución porcentual en relación con el total, con un 11.4% de mayores de 60 años.

De acuerdo con cifras publicadas por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), para el año 2015 había en la Ciudad de México, 1,183,401 adultos mayores, que representaban el 13% de la población total. Durante el periodo 2014-2030, se espera un crecimiento anual del 2.5%, por lo que para el año 2030, este grupo poblacional llegará a 1,725,863, representando el 20% de la población total en esta ciudad (Huenchan-Navarro, Sandra & Rodríguez-Velazquez, 2015).

Se busca que el aumento en la esperanza de vida vaya acompañado de una mejor calidad de vida, constructo sumamente complejo que analizaremos a continuación.

3.3 Calidad de vida

La calidad de vida en el adulto mayor es un concepto multidimensional, del cual se han descrito dos grupos de condicionantes; objetivos y subjetivos. En el componente subjetivo se encuentra la experiencia vital, sus percepciones y evaluaciones en relación con su propia vida.

En el grupo objetivo, se encuentran los componentes cuantificables incluyendo los aspectos relacionados con la salud (Fernández Garrido, 2009), habilidades

funcionales, condiciones económicas, apoyo social, actividad, vivienda, servicios sociales y sanitarios y oportunidades culturales y de aprendizaje. Cada uno de los componentes objetivos, conlleva una evaluación del propio sujeto, es decir, implica a su contraparte, el componente subjetivo (Fernández-Ballesteros, 1997).

Según la OMS (1996), calidad de vida se define en "...función de la manera en que el individuo percibe el lugar que ocupa en el entorno cultural y en el sistema de valores en que vive, así como en relación con sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones...(OMS, 1996)".

Esta definición, aunque vigente, conlleva cierto sesgo hacia los determinantes subjetivos, lo cual nos puede conducir a la reducción de la importancia de los determinantes objetivos, abandonándolos como condiciones reales susceptibles de modificarse.

González (1993)(Bobes, González, Mousoño, & Saiz, 1996), hace una revisión histórica del concepto calidad de vida y no encuentra por lo menos dos de ellos iguales, lo que nos habla de la complejidad del mismo (Aguilar, Álvarez, & Jose Javier Lorenzo, 2011).

De acuerdo a Fernández-Ballesteros y Maciá (Pinazo 2005), los adultos mayores identifican como componentes fundamentales de la calidad de vida, la salud y la autonomía (Hernandis & Sánchez Martínez, 2005), especialmente valorada en aquellos que por cualquier razón deben cambiar su estancia domiciliaria por estancia en asilos.

Schalock y Verdugo (2002), definen como calidad de vida, el estado deseado de bienestar personal compuesto por varias dimensiones centrales, que están influenciadas por factores personales y ambientales. Las dimensiones centrales son iguales para todas las personas, pero pueden variar individualmente en la importancia y valor que se les atribuye. La evaluación de las dimensiones está basada en indicadores que son sensibles a la cultura y al contexto en que se aplica. Esta definición se torna trascendente ya que dio origen a una escala de evaluación considerada como la única de tipo objetivo, la escala FUMAT, aunque no se logra comprender la globalidad de su alcance separada de las dimensiones e indicadores que la integran (Verdugo Alonso & Schalock, 2013).

Con fines del presente trabajo, entenderemos calidad de vida en la vejez, de acuerdo con el concepto de Shalock y Verdugo como el estado deseado de bienestar personal compuesto por varias dimensiones centrales, que están influenciadas por factores personales y ambientales. Se elige esta definición por contemplar tanto factores subjetivos como objetivos en diversas dimensiones que dieron origen a la escala de valoración de calidad de vida que aquí se utiliza, la escala FUMAT.

En este orden de ideas y dado que inclusive los factores objetivos de la valoración de calidad de vida pasan por la subjetividad del propio adulto mayor, en el presente trabajo se habla de percepción de calidad de vida y no de calidad de vida solamente. No obstante, la asignación de valores numéricos a las diferentes dimensiones que componen la evaluación permite reducir la subjetividad al momento de evaluarla,

como es el objetivo del control administrativo como uno de los fundamentos de la mejora de la calidad.

De acuerdo con el modelo de calidad de vida de Shalock y Verdugo, la evaluación de este constructo incluye ocho dimensiones: bienestar emocional, bienestar físico, bienestar material, relaciones interpersonales, autodeterminación, derechos, desarrollo personal e inclusión social (cuadro 3.1)

Cuadro 3.1 Dimensiones e indicadores de la escala FUMAT

Dimensiones	Indicadores
Autodeterminación (ADT)	Autonomía, decisiones, elecciones, metas y preferencias personales.
Derechos (DER)	Conocimiento, ejercicio y defensa de derechos, información, respeto, intimidad, responsabilidades, dignidad y derechos legales.
Bienestar emocional (BE)	Estabilidad emocional (salud mental), ausencia de stress y sentimientos negativos, autoconcepto y satisfacción.
Inclusión social (IS)	Integración, participación y apoyos.
Desarrollo personal (DP)	Educación, oportunidades de aprendizaje, habilidades funcionales, habilidades académicas.
Relaciones interpersonales (RI)	Relaciones de pareja, familiares y sociales, tiene amigos claramente identificados, contactos sociales positivos y gratificantes.
Bienestar material (BM)	Ingresos, posesiones, condiciones de la vivienda, condiciones del lugar de trabajo, condiciones del servicio, empleo, jubilación y ahorros.
Bienestar físico (BF)	Salud general, atención sanitaria, memoria, dolor, sueño, visión, audición, movilidad, mediación, acceso a ayudas técnicas y actividades de la vida diaria.

Fuente: Gómez, Verdugo y Arias (2008). Evaluación de la calidad de vida en personas mayores y con discapacidad: la escala FUMAT.

Cada vez surgen más investigaciones para conocer los factores que afectan algunas de las dimensiones de la calidad de vida por separado o en su conjunto. Kekäläinen (2017), reporta una relación positiva entre la apariencia y el bienestar emocional; la literatura y cultura con la percepción de bienestar económico y el ejercicio con el bienestar físico, cuando se estudia a los adultos mayores. Los viajes mejoran la calidad de vida en las tres dimensiones referidas: bienestar emocional, económico y físico (Kekäläinen, T, Wilska, T & Kokko, 2017). Por otro lado, Taghian (2019), encontró asociación entre el trabajo voluntario de adultos mayores en organizaciones sin fines de lucro y la mejora en el bienestar en general y en particular con el bienestar emocional y mental (Taghian, Polonsky, & D'Souza, 2019).

La mejora en la calidad de vida es uno de los objetivos de la atención en las estancias gerontológicas que depende de una de las dimensiones de la calidad de los cuidados que se conoce como efectividad. La efectividad, se encuentra estrechamente relacionada con las otras dos dimensiones que conforman la calidad de los cuidados; experiencia de satisfacción y seguridad.

La efectividad de los cuidados depende de factores de interrelación de los cuidadores con el adulto mayor y de factores organizacionales como: continuidad de los cuidados, comunicación fluida en los cambios de cuidador, flexibilidad del servicio para reunir necesidades y preferencias del adulto mayor, disponibilidad de los cuidadores, buena interrelación con los cuidadores de tal forma que los hagan sentirse cuidados, dignos de confianza y aseguren su privacidad, dignidad y responsabilidad en el otorgamiento de los cuidados (Maley 2019). (Zimmerman, Cohen, Washington, Ward, & Giorgio, 2016; Malley et al., 2019).

Uno de los factores organizacionales que más influye en la calidad de vida es la interrelación entre el personal y los adultos mayores residentes (Maley, 2019). (Malley et al., 2019).

No debemos confundir la evaluación de la calidad de vida y la evaluación integral del adulto mayor en sus diferentes esferas para lo cual se utilizan otros instrumentos como: la historia clínica, la valoración funcional mediante las escalas de evaluación de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria (ABVD y AIVD), la evaluación mental y la socio-familiar. Sin embargo, todas estas escalas son valoraciones de las condiciones del adulto mayor que permiten diseñar el plan de acompañamiento enfocado a mejorar su calidad de vida (Robledo-Gutiérrez, García-Peña, Lopera-Arango, & Pérez-Zepeda, 2012).

Analizaremos a continuación, las ocho dimensiones consideradas dentro de la evaluación de la calidad de vida de acuerdo con la escala FUMAT.

3.3.1 Bienestar emocional

Es un componente de la calidad de vida relacionado con aspectos como el autoconcepto, la satisfacción y la ausencia de stress. Al parecer, cualquier actividad que implique la participación del adulto mayor, va a reportar repercusiones positivas en su bienestar emocional (Ku, 2015). En un estudio longitudinal con seguimiento a ocho años se encontró que la realización de actividades físicas como: caminar, realizar actividades de jardinería y ejercicios grupales, registraron niveles más altos de bienestar emocional que aquellos sin actividades. Un resultado sorprendente fue que aún actividades sedentarias como: “chatear”, leer, ver televisión, siempre que conlleve la interrelación del adulto mayor con otras personas, tiene un efecto positivo sobre el bienestar emocional. El efecto negativo del sedentarismo se ha visto sobre la salud física, pero no, sobre el bienestar emocional del adulto mayor (Ku, Fox, & Chen, 2016).

La terapia de arte, dentro de la que se incluyen la pintura, el dibujo, escultura, modelado y “collage”, han demostrado su efectividad en mejorar calidad de vida, la autoestima, humor y reducir la ansiedad y el *distress*, ya que influyen positivamente

en la mejora del bienestar emocional (Grossi, Lanzarotti, Napoletano, Noceti, & Odone, 2020).

El bienestar emocional se encuentra fuertemente relacionado con una adecuada respuesta inmune, tolerancia al dolor y funciona como un amortiguador de los efectos negativos del stress sobre el organismo (Howell, Kern, & Lyubomirsky, 2007).

3.3.2 Bienestar físico

Se trata de la dimensión más relacionada con el estado de salud y todos los factores que influyen en ella, como son la atención sanitaria y la realización de las actividades de la vida diaria. Los cuidados adecuados de la salud física resultan por demás importantes dado el brusco incremento de padecimientos en este grupo de edad, que tiene repercusiones en numerosas actividades de la vida y la salud mental (Joshi, Kumar & Avasthi, 2003). Una adecuada salud física se asocia con niveles altos de satisfacción y niveles bajos de síntomas depresivos (Mroczek & Spiro 2005) (Roswiyani, Kwakkenbos, Spijker, & Witteman, 2019).

La actividad física entendida como la actividad estructurada llevada a cabo por lo menos dos veces por semana durante 30 minutos, es otro factor que se ha visto relacionado con reducción de síntomas de deterioro cognitivo como depresión, trastornos del estado de ánimo y demencia (Mazzeo & Tanaka, 2001; Roswiyani et al., 2019).

Por el contrario, la presencia de fragilidad se asocia con niveles bajos de calidad de vida en los adultos mayores como lo demuestra el estudio de Özen (2019) en una investigación realizada con 126 adultos mayores de una estancia gerontológica en Turquía (Özen, 2019). La valoración de la fragilidad mediante la valoración geriátrica integral (VGI), se constituye en una herramienta fundamental para el diseño de los planes de cuidados adecuados para cada adulto mayor (Díez-Villanueva et al., 2019).

La fragilidad es un síndrome geriátrico caracterizado por una reducción en la reserva biológica durante el envejecimiento que se produce por una reducción en los sistemas fisiológicos del cuerpo y que debe diferenciarse de dos situaciones fácilmente confundibles: la co-morbilidad y la discapacidad.

La co-morbilidad es la presencia de enfermedades intercurrentes y la discapacidad es un deterioro que limita a la persona para llevar a cabo sus actividades de la vida diaria. Co-morbilidad no necesariamente implica fragilidad. Por otro lado, la fragilidad puede verse como un estado previo a la discapacidad, pero no son sinónimos.

Los padecimientos más frecuentemente encontrados son variables dependiendo del país. En un estudio realizado en Francia, Alemania y Polonia en 570 adultos mayores, las diez enfermedades más comunes fueron: insuficiencia cardíaca, hipertensión, demencia, depresión, osteoporosis, aterosclerosis, neoplasias,

diabetes, enfermedad articular degenerativa y enfermedades de la glándula tiroides (Wróblewska, Talarska, Wróblewska, Susło, & Drobnik, 2019).

Las dolencias más comúnmente manifestadas por los adultos mayores incluyen: constipación/diarrea, dolor de espalda, mareo, sensación de pesantez en las piernas, artralgias, sentimientos de soledad y depresión, trastornos del sueño, entre los más frecuentes (Wróblewska et al., 2019).

En México, para el año 2015, las primeras 10 causas de años vividos con discapacidad en adultos mayores de acuerdo con una publicación del Instituto Nacional de Geriátría son; enfermedades de los sentidos, diabetes mellitus, dolor de espalda y cuello, Alzheimer y enfermedades depresivas, desordenes bucales, enfermedad renal crónica, enfermedad isquémica del corazón, osteoartritis, enfermedades de la piel y tejido subcutáneo y artritis reumatoide (Gutierrez-Robledo et al., 2018).

Para algunos autores, el bienestar físico se constituye en el componente más importante de la calidad de vida (Garza R & González J, 2017). De acuerdo con Gómez, Verdugo y Arias (2008), también se incluyen en esta dimensión la atención sanitaria, los apoyos a la movilidad, y el acceso a ayudas técnicas y actividades de la vida diaria (R. Wong, Michaels-Obregon, & Palloni, 2017).

Lo anterior en virtud de que el bienestar físico, no solo está relacionado con la presencia o ausencia de enfermedades crónicas, sino con las capacidades físicas que permitan una vida con autonomía. La práctica de ejercicio regular y participar en programas de entrenamiento físico ayudan a extender el periodo de vida independiente, mejorar la calidad de vida, reducir el riesgo de enfermedades crónicas y reducir la mortalidad (Da Silva & Cavalcante Neto, 2019).

3.3.3 Bienestar material

Esta dimensión hace referencia a los aspectos arquitectónicos, económicos y materiales que posibilitan una forma de vida confortable y saludable. Read (2015), en una revisión de 71 estudios realizados en Europa sobre la relación entre posición socio-económica por un lado, y el bienestar y percepción de salud de los adultos mayores por el otro, encuentra una relación positiva entre ambos grupos de variables; muy probablemente mediado por un mayor soporte social y comportamiento saludable (Read, Grundy, & Foverskov, 2016).

Miqueleiz y cols (2016), afirman que existe un gradiente inverso entre el bienestar material y la mortalidad encontrada en una población de Navarra, España. Aunque el estudio fue realizado en adultos en general y no en adultos mayores, se trató de un estudio de seguimiento a siete años y establece una relación entre el bienestar material y la calidad de vida. En todo caso, los estudios sobre el tema son aún escasos y la mayoría de publicaciones corresponden al Reino Unido en donde se reportan asociaciones entre bajos niveles de bienestar material y mayor prevalencia en problemas de salud (Miqueleiz, Lostao, Reques, Giráldez-García, & Regidor, 2016) y la calidad de vida en poblaciones de adultos mayores (Read et al., 2016).

De acuerdo con estos hallazgos, el bienestar material se constituye en un componente importante de la calidad de vida que se relaciona con los niveles de salud, muerte prematura, bienestar físico y bienestar emocional. Si bien es cierto, no podemos caer en el utilitarismo atribuyendo al bienestar material en peso específico mayor que el de los otros componentes de la calidad de vida. Dicho peso será atribuido de manera particular por cada individuo dependiendo de diversos factores.

3.3.4 Relaciones interpersonales

Dimensión relacionada con el proceso de comunicación, interacción y sociabilización con otras personas, sean o no familiares. A nivel de las estancias gerontológicas permanentes se debe favorecer la proximidad entre los mismos residentes y entre ellos y los profesionales de la salud. Los horarios de visitas, aunque existentes para favorecer el orden del establecimiento deberán ser amplios, superiores a diez horas para facilitar la convivencia entre el adulto mayor y su familia y amistades. Estas medidas tienden a evitar el aislamiento y la soledad y sus efectos negativos sobre la salud física y mental del adulto mayor (Tardón del Cura, 2016).

En adultos mayores no institucionalizados, la convivencia solo con su esposa en sus casas es la que se asocia a mayor bienestar emocional y calidad de vida, comparados con aquellos que viven en hogares bi-generacionales es decir, compartiendo hogar con sus hijos. La vida en soledad es la que se asocia con menor bienestar emocional (Ren & Treiman, 2015).

3.3.5 Autodeterminación

Esta dimensión se refiere al hecho de como la persona defiende la autonomía desde el derecho a tomar el control de su propia vida en las decisiones, objetivos, intereses, valores y preferencias personales. Estudios como el realizado por Bölenius (2019) con 134 adultos mayores en la región norte de Suecia, han demostrado la correlación positiva entre autodeterminación y calidad de vida. Los factores que se estudiaron dentro de la autodeterminación fueron: el uso del tiempo, el autocuidado, la posibilidad de vivir donde ellos quieren y realizar las actividades que desean (Bölenius, Lämås, Sandman, Lindkvist, & Edvardsson, 2019b).

Las organizaciones que enfocan el tiempo de sus cuidados basados en la organización misma y no en los deseos y necesidades de sus adultos mayores, tienen una influencia negativa en la autodeterminación de estos y en su calidad de vida.

Bangerter, Heid, Abbot & Van Haitsma (2015), encuentran una asociación positiva entre la capacidad de decisión de los adultos mayores residentes en estancias gerontológicas y la satisfacción con los servicios recibidos. Pero más allá de la satisfacción, empoderar al adulto en sus propios cuidados contribuye a un sentido de autonomía y a mejorar su independencia. El mantenimiento de la autonomía contribuye al bienestar físico y psicológico así como a una reducción de la mortalidad (Bangerter, Heid, Abbott, & Van Haitsma, 2017).

Alcanzar esta autodeterminación requiere reconocer los deseos y necesidades de los adultos, flexibilizar al personal para lograr un adecuado otorgamiento de

cuidados de los adultos mayores y establecer relaciones significativas entre adultos mayores y proveedores de servicios en las organizaciones (Bölenius et al., 2019b).

El respeto a la autodeterminación y el establecimiento de acciones que favorezcan la toma de decisiones por los residentes contribuye al bienestar físico y emocional; variables ambas de la calidad de vida. Aunque la normativa en general y de las organizaciones en particular limitan esta capacidad de elección por los residentes en miras a su seguridad física, se deberán establecer mecanismos que, manteniendo un bajo riesgo de eventos adversos, permitan e incluso favorezcan la autodeterminación de los adultos mayores.

Hoy por hoy, existen estudios que apuntan a que las posibilidades de que los adultos mayores sean tomados en cuenta en la toma de decisiones y tener una influencia real sobre el contenido de sus cuidados, son limitadas (Bölenius, Lämås, Sandman, Lindkvist, & Edvardsson, 2019a).

3.3.6 Derechos

Contempla los derechos humanos y legales de la persona desde los principios de autonomía, participación, integridad, individualidad, inclusión social, independencia, continuidad de atención, privacidad, dignidad y respeto.

De acuerdo con la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores en México, el adulto mayor tiene derecho a: 1) una vida con calidad, sin violencia y sin discriminación, 2) un trato digno y apropiado en cualquier procedimiento judicial, 3) derecho a la salud, alimentación y familia, 4) derecho a la educación, 5) derecho a un trabajo digno y bien remunerado, 6) derecho a la asistencia social, 7) derecho a asociarse y participar en procesos productivos de educación y capacitación en su comunidad, 8) derecho a denunciar todo hecho, acto u omisión que viole los derechos que consagra la presente Ley, 9) derecho a la atención preferente en establecimientos públicos y privados que presten servicio al público y 10) derecho a contar con asientos preferentes en sistemas de autotransporte (Congreso de la Unión, 2012).

Estos derechos legales se complementan con los derechos humanos referidos en el párrafo previo, sin embargo, en el caso particular de México aún falta trabajar en las leyes reglamentarias que garanticen el cumplimiento de la Ley General de los Derechos de las Personas Adultas Mayores.

3.3.7 Desarrollo personal

Hace referencia a la utilidad social y cognitiva de la persona y la posibilidad de continuar desarrollándose y aprendiendo y se encuentra íntimamente ligado a la educación.

En cualquier entorno se debe favorecer el continuo de la formación académica de acuerdo con orientaciones y preferencias del adulto, la lectura y la oferta de programas de estimulación cognitiva.

3.3.8 Inclusión social

En esta dimensión se valoran la integración, la participación en la comunidad y los apoyos sociales. Durante la estadía del adulto mayor en estancias permanentes, es

común que se presente un mayor o menor grado de aislamiento debido a que, como se cuenta con todos los satisfactores básicos, no es necesario realizar actividades para buscar suministros, situación que en otras condiciones contribuye a integrarlos a la sociedad. Este aislamiento los puede poner en riesgo en las esferas física y mental de la calidad de vida del adulto mayor (Melitón, 2017).

Amonkar (2018), en un estudio comparativo realizado en la India, entre dos grupos de adultos mayores sobre calidad de vida; uno de ellos en una estancia gerontológica permanente y otro en el interior de su familia, encuentra que el grupo de adultos que viven en la estancia, presenta menores puntuaciones en las esferas de participación social, intimidad, actividades complementarias y autonomía, encontrando también mayores tasas de depresión (Amonkar et al., 2018).

En conjunto, las ocho dimensiones identificadas por Shalock y Verdugo constituyen la calidad de vida del adulto mayor e incluyen tanto el componente objetivo como el subjetivo en mayor o menor grado en cada una de ellas. Dicho constructo resulta por demás complejo lo que explica la dificultad en la resolución de políticas públicas enfocadas a la mejora del bienestar en general y evidencia la necesidad de contemplarlos a todos en la generación de directrices que busquen mejorar la calidad de vida (Fernández Domínguez & Gómez Hernández, 2019).

En concordancia con lo planteado, en el presente trabajo se adopta el modelo de Shalock y Verdugo en virtud de que contempla a la calidad de vida en su multidimensionalidad e incluyendo las diferentes facetas del bienestar sin sesgarse hacia el grupo de elementos subjetivos, lo cual nos expondría a la inactividad ante situaciones de carencia, pero sin decantarse tampoco, hacia los componentes objetivos lo cual llevaría a pasar por alto la historia de vida de los adultos mayores.

La contribución que pueda tener la gestión de la estancia gerontológica a las variables de la calidad de vida del adulto mayor será diferente para cada adulto mayor, relacionada en parte, con los antecedentes personales de cada usuario.

Así, por ejemplo, será mayor la contribución que pueda tener la estancia en la percepción del respeto a los derechos del adulto que en la dimensión de bienestar físico en virtud de que esta última dimensión será la resultante de los cuidados actuales sí, pero también de estilos de vida previos, de acciones de detección oportuna y manejo de padecimientos crónicos, o de factores genéticos, por referir algunos.

Lo que resulta innegable es que, la forma en que se gestione la estancia para alcanzar los mejores resultados de calidad de vida, tendrá un impacto directo sobre todas las dimensiones que la constituyen.

3.4 La percepción del usuario de los servicios asistenciales

La opinión del usuario como el punto de mayor interés en la calidad ha sido enfatizado en otros sectores por los gurús de la calidad como Deming, Juran y Crosby (Deming & Medina, 1989; Juran, 1990; Crosby, 1996). En las estancias gerontológicas permanentes los consumidores finales incluyen dos subgrupos; el adulto mayor como receptor directo de los servicios y la familia. Enfocándonos en el adulto mayor como consumidor final, sabemos que, aunque el adulto mayor no

podría realizar una evaluación técnica de los componentes de la calidad en la organización, si puede reportar su percepción. Esta percepción absolutamente subjetiva se puede extrapolar a los atributos de calidad correspondientes en la organización y tornarse en una poderosa herramienta de mejora de la calidad de los servicios.

Esta satisfacción, debe ser medida y controlada desde el punto de vista administrativo como un resultado intermedio que se relaciona con los elementos del componente estructura de Donabedian, los procesos que se realizan y los resultados finales sobre la calidad de vida de estos adultos mayores residentes. Entre todos los elementos que intervienen en la satisfacción del adulto mayor con los servicios, el componente humano es considerado como el pilar fundamental (Rodríguez-Martín, Martínez-Andrés, Cervera-Monteagudo, Notario-Pacheco, & Martínez-Vizcaíno, 2013).

No obstante, la importancia de la percepción del adulto mayor, es poca la relevancia que ha tenido como información importante para la retroalimentación del sistema residencial de cuidados de los adultos mayores. Tampoco se puede convertir en la única medida de calidad de los servicios sino considerarla como un elemento más del sistema que, conjuntamente con los resultados finales, la estructura y los procesos nos darán un panorama más completo al interior de las organizaciones para la mejora continua en busca de la mejora de la calidad de vida del residente (Kleinsorge & Koenig, 1991).

Uno de los elementos que empiezan a considerarse cada vez con mayor frecuencia es la satisfacción con los alimentos que Pohey (2017), considera un poderoso indicador que mide directamente elementos de estructura y procesos de las organizaciones, no solo de la esfera técnica sino también en la esfera interpersonal (Poey et al., 2017).

Aunque en el sector privado, la opinión del usuario cobra una mayor importancia, determinando incluso el valor de la marca, en el sector gerontológico en general y en particular en el sector público, es mucho lo que hay que caminar en la investigación de este tema (McCarthy et al., 2020).

Para considerar los deseos y necesidades del adulto mayor en el otorgamiento de los servicios asistenciales, se ha diseñado una herramienta que permite un acompañamiento integral basado en los hallazgos de la Valoración Geriátrica Integral. Este plan de acompañamiento se llama Plan de Acción Integral e incluye acciones en las tres esferas del adulto mayor; física, mental y social y tiene como objetivo la mejora en la calidad de vida en el envejecimiento.

Capítulo 4. Resultados
La gestión de las estancias gerontológicas permanentes en la
Ciudad de México

El presente análisis tiene su fundamento en el modelo de calidad de Avedis Donabedian (1984), adaptado al trabajo que aquí se presenta y en el cual, dicho autor, agrupa los componentes de la calidad en salud en tres grandes elementos; la calidad técnica, la interpersonal y la de amenidades y la evaluación de la calidad en salud en tres componentes: estructura, procesos y resultados (Donabedian, A. 1984a)

Se busca la mejora en la calidad de los resultados de la atención de las organizaciones objeto de estudio, mediante la mejora en la gestión de la estructura y los procesos organizacionales.

Para abordar el modelo desde la perspectiva de la gestión de las organizaciones gerontológicas permanentes, se identifican en la literatura nueve elementos derivados de tres componentes que se busca integrar en un modelo de gestión, a saber; liderazgo, políticas y estrategias, personas, alianzas y recursos, procesos (incluidos en la gestión por calidad total basada en el modelo de calidad de la *European Foundation for Quality Management*), individualización y autonomía (correspondientes a la gestión centrada en la persona basada en la teoría de Carl Rogers, 1989) y el comité y plan de seguridad (componentes de la gestión de prevención de riesgos con fundamento en el modelo de James Reason, 2000).

Los resultados se miden desde la perspectiva del impacto sobre el adulto mayor, tanto en satisfacción con los servicios como en su calidad de vida.

Una vez constituido el marco teórico, se procede a elaborar el marco referencial mediante la investigación de las estancias a nivel mundial y posteriormente la investigación de la población objeto de estudio, es decir las estancias gerontológicas permanentes en la Ciudad de México.

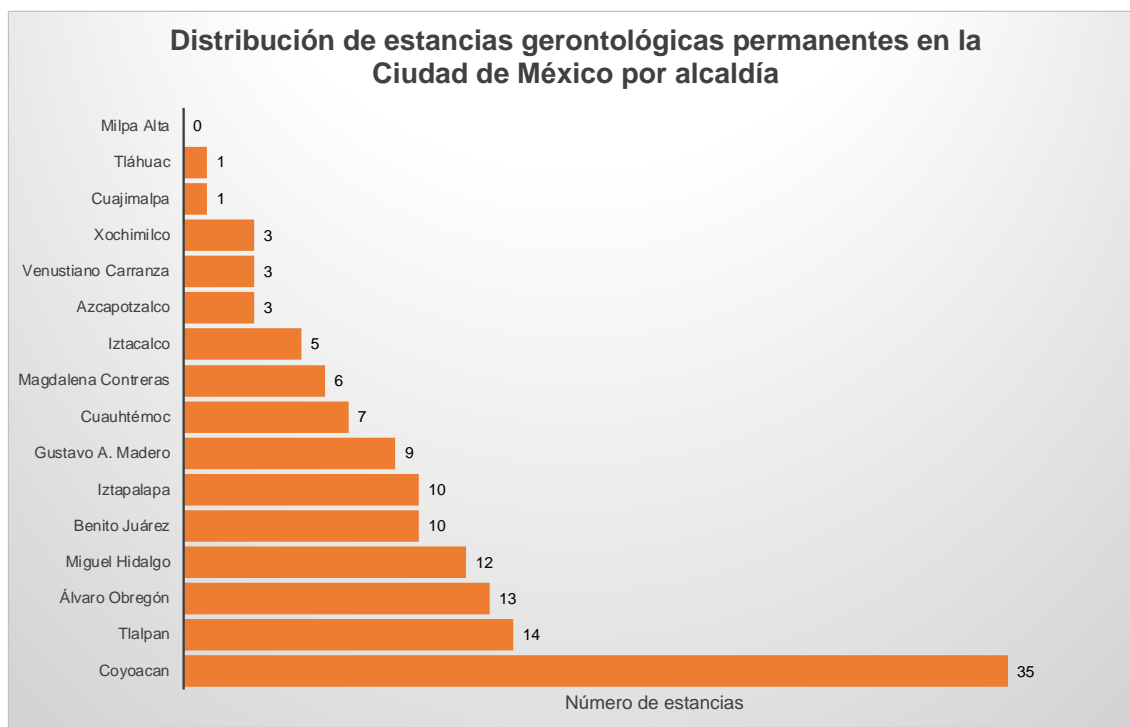
Resultado de la investigación en fuentes secundarias, se conoce que la Ciudad de México constituye uno de los cinco estados con mayor población adulta mayor. Para el año 2019, constituyen el 14 % de la población de la Ciudad de México con 1.2 millones de habitantes (Hernández, L. 2019 b).

En cuanto a las estancias gerontológicas, de acuerdo con el Directorio Estadístico Nacional de Unidades Económicas del INEGI (2019), existen en el país México 1099 estancias gerontológicas permanentes, de las cuales 106 se ubican en la Ciudad de México. El 26% ubicadas en la delegación Coyoacán, el 74% restante distribuidos en las 14 alcaldías restantes y una alcaldía sin estancia gerontológica alguna (Huenchan-Navarro, Sandra & Rodríguez-Velazquez, 2015). (figura 4.1).

Para Gutiérrez-Robledo (2017), las estancias gerontológicas permanentes se dividen en dos grandes sectores; público y privado. Este último a su vez, se subdivide en: con ánimo de lucro (no afiliadas a la Junta de Asistencia Privada) y sin ánimo de lucro, afiliadas a la Junta de Asistencia Privada.

Considerando la cifra de adultos mayores que constituyen la población de estudio de la Ciudad de México, las estancias permanentes tienen una cobertura del 2.5% de la población mayor de 60 años con alguna limitación en sus actividades básicas de la vida diaria.

Figura 4.1 Distribución de estancias gerontológicas permanentes en la Ciudad de México.



Fuente: Elaboración propia con base en Huenchan & Rodríguez, (2015). ONU/CEPAL. Necesidades de cuidado de personas mayores en la Ciudad de México. p 29-30.

En cuanto al personal entrevistado, trabaja en cuatro estancias permanentes de la Ciudad de México; dos de ellas del sector privado correspondientes a la Junta de Asistencia Privada (50%), una del sector privado (25%) y una más del sector gubernamental (25%).

Por otro lado, se entrevistaron a 123 adultos mayores de cuatro estancias gerontológicas permanentes en la Ciudad de México para conocer su calidad de vida en general y en particular en las ocho dimensiones de acuerdo con modelo de Schalock y Verdugo: bienestar emocional, bienestar físico, bienestar material, desarrollo personal, autodeterminación, derechos humanos, inclusión social y relaciones interpersonales.

Analizando los datos de forma global para todas las estancias, el 65% de los residentes adultos mayores corresponden al sexo femenino, lo cual es superior a las cifras de publicadas por el INEGI (2010) en donde se reporta que, en la población adulta mayor en México, el 54% corresponde al sexo femenino (INEGI, 2010).

En relación con la edad de los residentes adultos mayores de las estancias permanentes de la muestra, el 47% se encuentra en edades comprendidas entre los 80 y los 90 años, edades en las que el deterioro físico y mental incrementan la necesidad de apoyo para el adulto mayor mediante el acceso a una estancia permanente. La edad mínima fue de 57 años y la máxima de 100 años.

Con respecto al tiempo de estancia en la residencia de adultos mayores, el 58% tienen menos de 50 meses de estancia, aunque el adulto mayor con máximo tiempo de permanencia alcanza los 29 años.

El 69% de ellos tienen alguna discapacidad funcional, lo cual se encuentra por arriba de las cifras de la población no institucionalizada en donde las cifras fluctúan entre 13.8% y 23.7% (OMS-OPS, 2017).

Siguiendo la metodología recomendada por Yin (2003), se analiza a profundidad la información obtenida en cada uno de los casos de estudio y en una segunda fase se analizan las similitudes y diferencias de las variables de estudio en los casos analizados. Esto permite responder a las preguntas de investigación y la confrontación de las hipótesis para el establecimiento de las conclusiones (“Yin, R. 2014, Case study research- design and methods.pdf,”).

En el análisis individual de cada una de las estancias, se presentan a continuación, los resultados obtenidos en la información de cada uno de los dos grupos de variables del estudio: la gestión de las estancias y la percepción de calidad de vida de los adultos mayores. La información que se presenta se divide en los siguientes apartados:

I. Contexto

- ◆ Antecedentes
- ◆ Estructura organizacional
- ◆ Misión, visión y valores
- ◆ Características estructurales

II. Características de Gestión

- ◆ Perspectiva del personal

Liderazgo

Estrategia y Planeación

Procesos

Alianzas y Recursos

Gestión de riesgos

Gestión con atención centrada en la personal

- ◆ Perspectiva del adulto mayor

Satisfacción con los servicios

Percepción de calidad de vida del adulto mayor

4.2 Análisis de los casos de estudio

4.2.1 Caso 1: Estancia “C”

Antecedentes de la unidad

Es la estancia en la que se inicia el trabajo de campo y fue fundada en 1951 al sur de la Ciudad de México por la congregación religiosa, “Las Hermanitas de los Ancianos Desamparados”. Traída a México en continuidad con una organización que se originó en Huesca, España en 1873.

Nueve años después de la fundación de la estancia en la Ciudad de México, se constituye la Fundación para la ayuda de la ancianidad, IAP (Institución de Asistencia Privada), de donde se procuran fondos que ayudarán a las religiosas en su función de ayuda a los adultos mayores. De esta forma, desde 1960 y hasta 2012, la organización fue administrada por religiosas y dependió económicamente de la Fundación.

A partir de noviembre de 2012, y en concordancia con los cambios que se dieron a nivel mundial sobre la administración de las estancias gerontológicas, pasa a depender completamente del Patronato para la Fundación de Ayuda a la Ancianidad, IAP, y la administración cambia a laica.

La Fundación de Ayuda a la Ancianidad, IAP; tiene dos objetivos:

Primero: *“Crear, sostener y operar en el Distrito Federal y en las demás entidades federativas de la República mexicana centros de su propiedad destinados a acoger y atender adultos mayores desamparados de escasos recursos, de preferencia mexicanos, estableciendo al efecto Casas Hogar en las que se atiendan sus necesidades básicas de alimentación, vestido y vivienda, proporcionándoles, además, asistencia médica así como orientación social en materia de salud y educación, con la finalidad de mejorar sus condiciones de vida”.*

Segundo: *“Brindar apoyo económico a otras Instituciones de Asistencia Privada autorizadas para recibir donativos deducibles del impuesto sobre la renta cuya finalidad sea brindar asilo y atención a personas adultas mayores de escasos recursos y en estado de vulnerabilidad social”.*

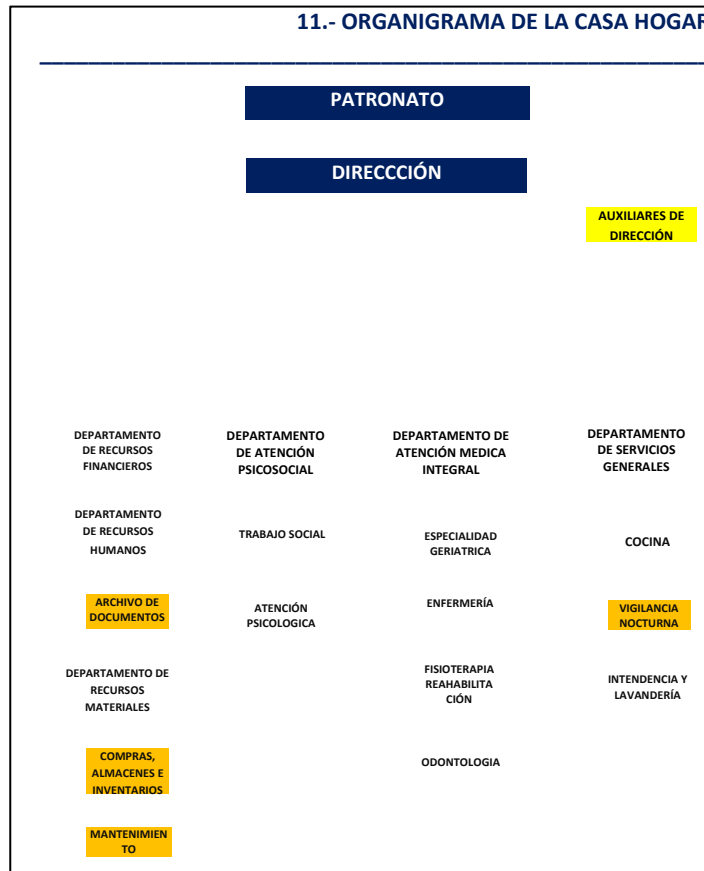
Estructura organizacional

Distribuida en tres niveles gerenciales, cuenta con cuatro áreas funcionales que son:

- Departamento de recursos financieros,
- Departamento de atención psicosocial,
- Departamento de atención médica integral y
- Departamento de servicios generales.

Estas áreas funcionales enfatizan la sustentabilidad financiera, por un lado, los servicios de apoyo a las áreas sustantivas en segundo lugar y las áreas sustantivas que se constituyen en dos; por un lado, el área encargada de la salud física del adulto mayor y por otro el área encargada de buscar la salud mental y social de los usuarios adultos mayores (Fundación de Ayuda a la Ancianidad, 2018) (figura 4.2).

Figura 4.2 Organigrama de la estancia de la Junta de Asistencia Privada "C"



Fuente: Tomado de Manual de Organización de la estancia (2018).

Misión, visión y valores

La misión que se plantea es proporcionar a los adultos mayores en situación de vulnerabilidad social los medios necesarios que le permitan vivir un proceso de envejecimiento exitoso y digno.

La visión, mantener la atención integral al adulto mayor para reducir al máximo el estado de vulnerabilidad social en que se encuentra al pedir apoyo a la Fundación.

Los valores: igualdad, respeto, generosidad, vocación, trabajo en equipo, atención integral y confidencialidad (Fundación de Ayuda a la Ancianidad, 2018).

Características estructurales

En un área de 9000 metros cuadrados cuenta con áreas verdes, cocinas, sanitarios, comedores, cafetería, consultorio médico y dental, sala de velación y capilla, bodegas, almacenes, lavandería y planchaduría, ropería, comedor, área de estacionamiento para personal, barbería y peluquería, aula, biblioteca, cuarto de computadoras y dormitorios de tres tipos: individuales, dobles y generales, dos salas de cuidados especiales una para hombres y una para mujeres.

Al momento del estudio otorga servicios a 85 adultos mayores de 65 años, de los cuales el 79% (67), presentan algún grado de deterioro cognitivo.

El número de personal asciende a 77, de los cuales 23 son cuidadores. La razón general adulto mayor: personal, es de .90 y la específica para cuidadores es de 0.27 (cuadro 4.1).

Cuadro 4.1 Distribución de personal por áreas

Área administrativa y Servicios Generales		Atención al adulto mayor		Gerencia	
Auxiliares administrativos	4	Enfermería/cuidadores	23	Dirección	1
Intendencia	14	Médico	3	Gerente	1
Mantenimiento	4	Psicología	3	Contabilidad	1
Chofer	2	Terapia física	2		
Almacén	3	Trabajo social	2		
Mensajería	1				
Cocina	6				
Vigilancia	1				
Lavandería	4				
Costura	1				
Diseño	1				
Subtotales	41		33		3
Total			77		

Fuente: Elaboración propia con base en Manual de Organización de la estancia (2018).

Gestión

I. Gestión desde la perspectiva del personal

Resultado de la entrevista semiestructurada al personal designado por la dirección de la organización relativo a los elementos de gestión se identificaron los siguientes elementos:

Liderazgo: Se informa, por parte de los entrevistados, que se tienen definidas la misión, visión, análisis de Fortalezas, Debilidades, Oportunidades y Amenazas (FODA), mismos que se revisaron hace tres años. Se cuenta con un organigrama y se tienen definidos los puestos que lo componen. Se cuenta con documentos gerenciales como el Manual de Organización, el Catálogo de Puestos, el Diagnóstico situacional y el Plan estratégico de la estancia y se encuentra en vías de elaboración el Manual de Procedimientos.

Estrategia y planeación: No todo el personal conoce la misión y visión elaboradas por el personal directivo.

Procesos: Solo se tienen redactados el 40% de los procesos que se llevan a cabo en la estancia, pero no todo el personal involucrado los conoce por lo que se aplican de manera poco estandarizada. No se cuenta con indicadores de control administrativo en los procesos definidos.

Alianzas y recursos: A través de la Fundación, se tienen alianzas con organizaciones que mediante sus donativos garantizan el flujo de recursos a la estancia. Además, se establecen acuerdos con organizaciones como el Instituto para la Atención del Adulto Mayor de la Ciudad de México (IAAM) que colaboran con la capacitación al personal en el cuidado de los adultos mayores.

Gestión de riesgos: Se tienen identificados algunos riesgos clínicos para el adulto mayor pero solo se realizan acciones aisladas y no estandarizadas de prevención. No se cuenta con un plan de prevención ni con un comité para la prevención de estos.

Gestión con atención centrada en la persona: En general se desconoce por parte del personal que otorga los servicios el concepto de centralidad en la persona por lo que en general, se emplea el esquema paternalista en el otorgamiento de los servicios.

II. Percepción de los adultos mayores

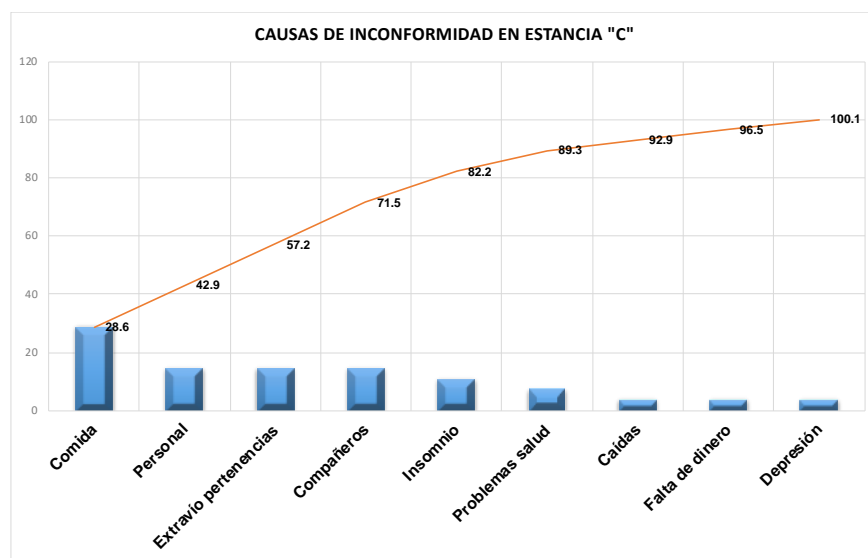
Se entrevistaron a 43 (50.58%) adultos mayores de los 85 que habitan en la estancia. En cuanto al género, 54.54% (24), son adultos mayores del sexo femenino y 45.45 % (20), del sexo masculino.

Del total de residentes adultos mayores 21% (18), cursan con envejecimiento normal. El 64% (54), tienen algún deterioro en sus funciones cognitivas, 7% (6), tienen deterioro en funciones sensitivas y 8% (7), tienen algún trastorno neuro-cognitivo mayor.

De la muestra de 43 adultos entrevistados, el 76.74% (33), se encuentran con alguna discapacidad física o cognitiva sin considerar a los que tienen deterioro cognitivo moderado a severo. El tiempo promedio de permanencia en la estancia gerontológica es de 46 meses con un mínimo de 0.5 meses y máximo de 328 meses.

Mediante la opinión de los adultos mayores residentes se detecta que 25 (58%) de los 43 adultos mayores entrevistados manifiestan alguna inconformidad con el servicio. El 80% de las inconformidades se relacionan con los alimentos que reciben, problemas de relación con el personal, problemas de extravío de sus cosas personales, problemas de interrelación con sus compañeros y problemas de salud (figura 4.3).

Figura 4.3 Causas de inconformidad entre los adultos mayores residentes. Estancia "C".



Fuente: Elaboración propia con base en encuesta a residentes adultos mayores estancia "C" (2018).

Análisis de la percepción de calidad de vida

Se aplica también una encuesta para la medición de percepción de calidad de vida. Al evaluar las ocho dimensiones de calidad de vida; las medias más altas de puntuaciones se encuentran en las dimensiones de bienestar emocional, autodeterminación e inclusión social.

4.2.2 Caso 2: Estancia "M"

Antecedentes de la unidad

El Instituto Nacional de los Adultos Mayores (INAPAM), cuenta en la Ciudad de México con seis estancias gerontológicas permanentes, llamados albergues, uno de los cuales acepta participar en el presente trabajo.

Se fundó el 8 de marzo de 1983, se ubica al sur de la Ciudad de México y corresponde al sector gubernamental. Tiene capacidad para 30 adultos mayores y cuenta con habitaciones y baños compartidos, y al momento del presente trabajo alberga 18 adultos mayores de los cuales son 14 (78%) autovalentes (se pueden valer por ellos mismos) y cuatro (22%) dependientes.

Cabe hacer mención que, debido a que se trata de una casa habitación de dos niveles parcialmente habilitada para la atención de adultos mayores, no cuenta con elevador o rampas por lo que la admisión de los adultos mayores se limita a aquellos que sean autovalentes. No obstante, durante su estancia presentan algún grado de deterioro lo que explica la presencia de los 4 adultos mayores actualmente dependientes pero que ingresaron en su momento en situación de autovalencia.

Es importante aclarar lo anterior ya que el bajo porcentaje de dependientes no refleja las características poblacionales de este sector de estancias ya que se encuentra sesgado por la razón arriba comentada.

Estructura organizacional

Aún se encuentra pendiente la definición del organigrama interno. Solo se tiene el organigrama genérico del INAPAM.

Misión, visión y valores

La misión del INAPAM es promover el desarrollo humano de las personas adultas mayores brindándoles atención integral para alcanzar niveles de bienestar y alta calidad de vida en el marco de una sociedad incluyente.

La visión, considerar al INAPAM como órgano rector de la política pública nacional a favor de las personas adultas mayores, así como fortalecer sus derechos y atención integral, a través de los modelos, programas y acciones en coordinación con los tres órdenes de gobiernos, la sociedad y la academia.

Se encuentra pendiente por definir la misión y visión de la estancia en particular, al igual que su plan estratégico en el que se contemple el análisis FODA.

Cuenta con 24 trabajadores con una razón general de personal: adulto mayor 1.33.

Gestión desde la perspectiva del personal

En la entrevista semiestructurada se obtiene la siguiente información.

Liderazgo, el actual directivo tiene la formación de médico general y lleva cuatro años en el puesto.

Estrategia y planeación, se encuentran pendientes por definir el plan estratégico, el organigrama y las descripciones de puestos y una de las debilidades que comenta el personal es el escaso presupuesto de que se dispone.

Aun por implementar la capacitación en cuidado de adultos mayores.

Procesos, Aún por definir los procesos que se llevan a cabo, así como los indicadores de control administrativo.

Alianzas y recursos, pendientes por definir.

Gestión de riesgos, pendiente de identificar.

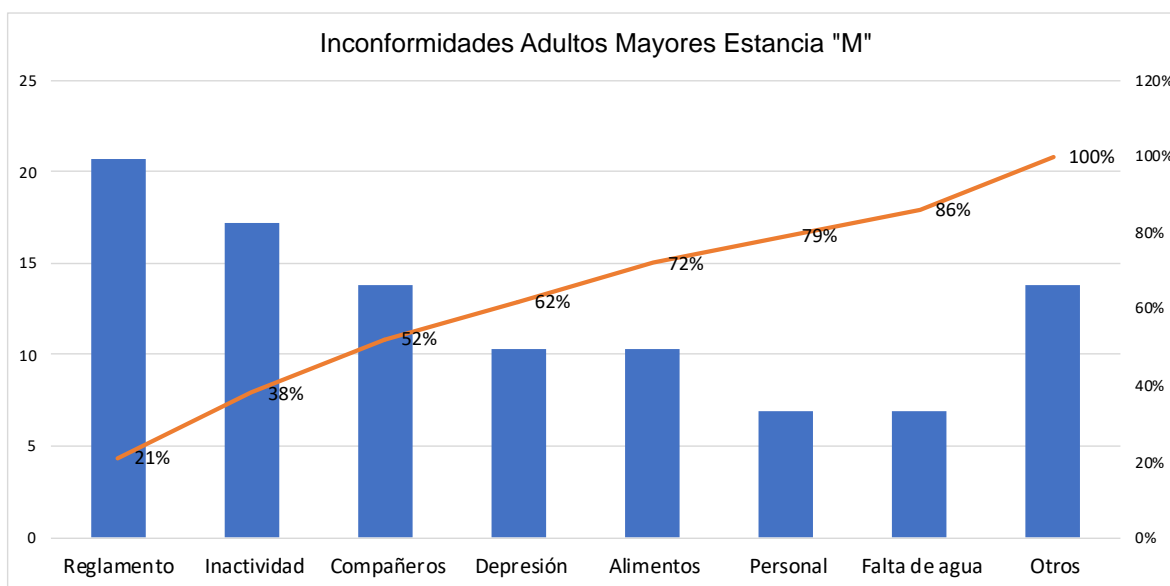
Gestión con atención centrada en la persona, con escaso conocimiento sobre el tema.

Percepción de los adultos mayores

Se entrevistaron 14 adultos mayores y se encuentra un 77% de autovalentes (14).

Durante la entrevista abierta se evidencia que el 80% de las inconformidades se relacionan con: inconformidad con el reglamento, la escasa actividad física que perciben, problemas de interrelación con sus compañeros, problemas de depresión e inconformidad con los alimentos (figura 4.4).

Figura 4.4 Causas de inconformidad entre los adultos mayores residentes. Estancia "M"



Fuente: Elaboración propia con base en encuesta a residentes adultos mayores estancia "M" (2018).

Posteriormente se les aplica la encuesta de percepción de calidad de vida encontrándose que las puntuaciones más altas en esta estancia corresponden a autonomía y desarrollo personal.

4.2.3 Caso 3: Estancia "E"

Antecedentes de la unidad

Esta organización depende de una sociedad de beneficencia fundada en octubre de 1842, para socorrer a la población refugiada de dicha beneficencia. El asilo comenzó con cuatro camas, ante las necesidades crecientes en 1860 se decide la renta de una sala de hospital y en 1877 la renta de una casa que se abre como asilo-hospital. En 1932, se traslada a su actual sede en el nor-poniente de la Ciudad de México, en donde se encuentra ligado a un hospital constituyéndose en una de las residencias geriátricas más grandes del país.

Ofrece un lugar para vivir a los adultos mayores bajo la supervisión de personal médico y de enfermería.

El servicio médico está conformado por un jefe de geriatría, médicos residentes e internos concentrados en la Unidad de Tránsito Geriátrico. La atención médica está disponible las 24 horas del día y cada uno de los asilados recibe la visita diaria de un médico que evalúa su estado de salud.

El departamento de enfermería está dividido en tres turnos. Se organizan de acuerdo con el número de personas que tenga cada sala. Bajo la supervisión de la administración solicitan los medicamentos y material que les indica el personal médico. Los asilados disponen de todos los medicamentos incluso los que se encuentran fuera del cuadro básico del hospital gracias a que cuentan con una

farmacia dentro del asilo. Las enfermeras ayudan a bañar, vestir y dar de comer a aquellas personas que no tienen una cuidadora.

Por otra parte, los trabajadores de servicios generales son responsables de la limpieza y mantenimiento de las instalaciones. Se encargan del cambio de ropa de cama, llevar y traer la ropa a la lavandería y del traslado de los residentes a sus consultas médicas o estudios de gabinete. Otra de sus funciones consiste en servir los alimentos preparados en la cocina general del hospital, de acuerdo con el tipo de dieta indicado por los médicos y supervisada por la encargada de la sala.

Otro beneficio importante es el apoyo religioso que reciben los asilados a cargo de la Orden de las Siervas de Jesús de la Caridad, que también residen dentro de la Institución. Adicionalmente la Institución brinda el servicio de una estética dentro del asilo y la atención del estilista en la habitación de las personas que tienen dificultad para trasladarse.

El Comité de Damas ayuda con el pago de cuidadoras para residentes que no cuentan con familiares que solventen el gasto, así como la compra de artículos que mejoren sus condiciones de vida tales como vestido, lentes y aparatos de audición entre otros. También se encargan del lavado de la ropa de los asilados que no tienen familiares con la donación de lavadoras y secadoras cuyo mantenimiento corre a su cargo.

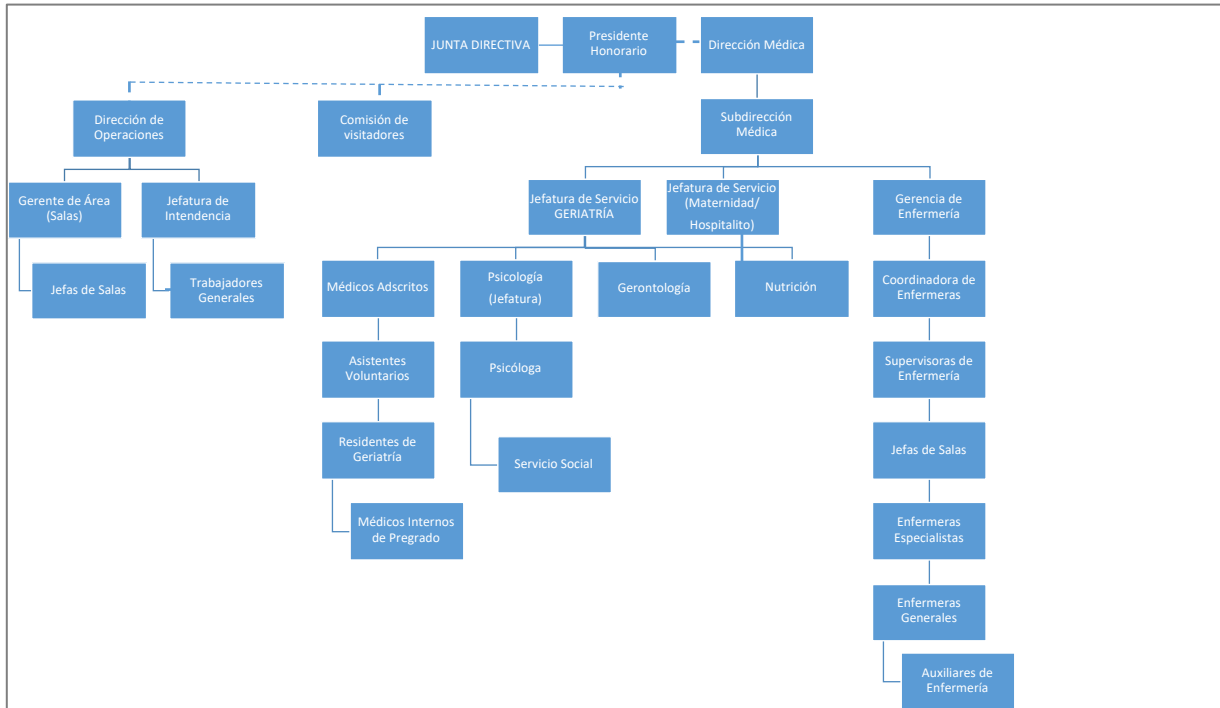
Las Damas Voluntarias se hacen cargo de organizar actividades recreativas, que les ayudan a romper la monotonía y hacer su vida un poco más llevadera, a través de juegos de mesa como lotería y bingo, torneos de dominó, actividades manuales, gimnasia, funciones de cine y otros pasatiempos.

El sostenimiento de la estancia recae sobre las cuotas de los asociados, las recaudaciones obtenidas por los diversos eventos organizados por la Junta Española de Covadonga y sobre donativos.

Estructura organizacional

En cuanto a la estructura organizacional los servicios dependen de una Jefatura de Geriátría que a su vez depende de la Subdirección Médica y que consta de cuatro áreas funcionales: psicología, gerontología, nutrición y área médica (figura 4.5).

Figura 4.5 Organigrama de la estancia perteneciente a la Junta de Asistencia Privada “E”.



Fuente: Archivo de la estancia de la Junta de Asistencia Privada “E” (2018).

Misión, visión y valores

La misión de la beneficencia es ayudar a los residentes adultos mayores a llevar su vejez con dignidad, ofrecer un lugar de asilo que les dé la seguridad de estar bien atendidos tanto en sus males físicos como en los del alma.

Aún por definir su visión, valores y plan estratégico. Pendiente por definir la misión de la estancia gerontológica.

Se cuenta con una certificación en calidad por el Consejo de Salubridad General de la estancia gerontológica, pero considerándola como una extensión del área hospitalaria. Es decir, la verificación se realizó únicamente en el hospital (Hospital Español, 2018).

Características estructurales

Consta de seis salas, dos de ellas exclusivas para mujeres y el resto mixtas. Cinco salas son ocupadas por socios y una por población ajena a la beneficencia. Cada sala tiene una supervisora que vigila las necesidades de los adultos mayores y sus familias. Cuenta con tres comedores generales, terrazas y áreas comunes con televisores.

La unidad de transferencia geriátrica es una sala de terapia Intermedia donde se canaliza a los enfermos que así lo requieran. Su funcionamiento es similar al de un hospital ya que reciben una atención intensiva tanto de enfermería como de los médicos geriatras. La unidad cuenta con todos los elementos necesarios para la atención de enfermedades agudas que no requieren de cirugía o de interconsultas

múltiples. La estancia en la unidad es temporal y el enfermo permanece en ella hasta que sea dado de alta por los médicos y regrese a su sala de origen.

Gestión desde la perspectiva del personal

Mediante la entrevista semiestructurada, se obtiene la siguiente información:

Liderazgo, el jefe de área tiene formación de médico especialista en geriatría con especialidad recién concluida en administración gerontológica. Tiempo aproximado en el puesto 18 meses.

Estrategia y planeación, se encuentra en proceso la elaboración del plan estratégico.

Procesos, se encuentran algunos procesos definidos sobre todo del área de enfermería, aunque no todo el personal los conoce y los aplica.

Los procesos que se tienen descritos son: prevención y manejo de úlceras por presión, caídas, asistencia al llamado del residente, código azul, cuidados paliativos, valoración y manejo exhaustivo del dolor, medicamentos autorizados por el familiar, preparación postmortem, atención de caídas, traslado del residente a otro servicio, preparación y traslado a estudio, aplicación de medios físicos, colocación de vendaje, toma de hemocultivo, llenado de reporte de enfermería, electrocardiograma, administración de medicamentos, valoración de riesgo de úlcera por presión, manejo de vale de copias, cargo de material para otorrinolaringología, administración y cuidado con nutrición enteral, solicitud y cambio de dietas, baño de regadera, toma de examen general de orina, muestra de sangre, recolección de orina de 24 horas, curación de heridas, aspiración de secreciones, llamado al médico de guardia, atención médica al residente privado, instalación de venoclisis.

El personal tiene pendiente la capacitación específica en atención a adultos mayores.

Alianzas y recursos, se tienen alianzas con la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) para la realización de la especialidad de geriatría, Universidad Anáhuac, Universidad Westhill, Universidad Autónoma de Guadalajara y la Universidad La Salle para la rotación de médicos internos de pregrado y pasantes en servicio social de psicología.

Los recursos provienen de las cuotas de los residentes y las donaciones.

Gestión de riesgos, se tienen identificados algunos riesgos para los adultos mayores como: caídas y escaras; sin embargo, no se cuenta con un plan de prevención de estos, aunque sí se tiene en el hospital al que se encuentra relacionado.

Gestión con atención centrada en la persona, los jefes de área tienen conocimientos sobre la atención centrada en la persona, aunque, se encuentra pendiente su difusión al resto del personal y su implementación como una forma de gestión en la estancia.

Difícil determinar el número de recursos humanos que laboran y la razón de personal: adulto mayor.

Lo anterior en virtud de que el voluntariado puede apoyar con cuidadores adicionales en caso necesario o el propio adulto mayor contratar servicios de cuidado sin que se encuentre registro del número preciso.

Percepción de los adultos mayores

Se da estancia a 122 adultos mayores en las seis salas, de los cuales el 20% son autovalentes, 30% moderadamente dependientes y 50% dependientes totales, desde el punto de vista de sus capacidades físicas.

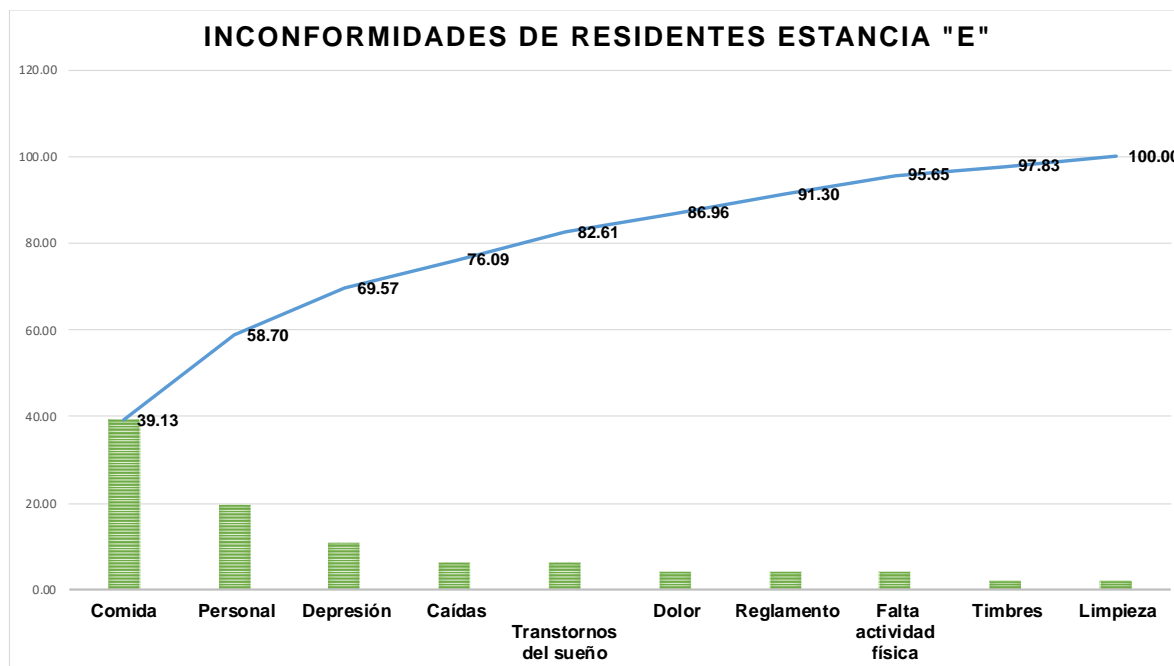
En cuanto a su estado cognitivo, el 60% tienen dependencia moderada a severa. Se entrevistaron a 52 residentes, que constituyen el 46.6% de la población de adultos mayores de la estancia, el resto se negaron a participar, estaban ausentes al momento del estudio o su grado de deterioro cognitivo no los hacía candidatos a participar en el estudio.

En cuanto al género; 75% (52) son mujeres y 25% (13), son hombres. La edad promedio es de 84.75 con una mínima de 57 y máxima de 100 años.

El promedio de permanencia de los adultos mayores en la estancia es de 65 meses con un mínimo de 3 meses y un máximo de 336 meses.

Al analizar las causas de inconformidad manifestadas por los residentes se encuentra que en el 80% se deben a los siguientes factores: alimentos, personal de la estancia, sentirse deprimidos, haber presentado caídas y trastornos del sueño (figura 4.6).

Figura 4.6. Causas de inconformidad entre los adultos mayores residentes. Estancia "E"



Fuente: Archivo de la estancia de la Junta de Asistencia Privada "E" (2018).

En cuanto a la percepción de calidad de vida las puntuaciones más altas en esta estancia se obtuvieron en las dimensiones de desarrollo personal y autonomía (percentil 85). El más bajo en bienestar físico (percentil 35).

4.2.4 Caso 4: Estancia “A”

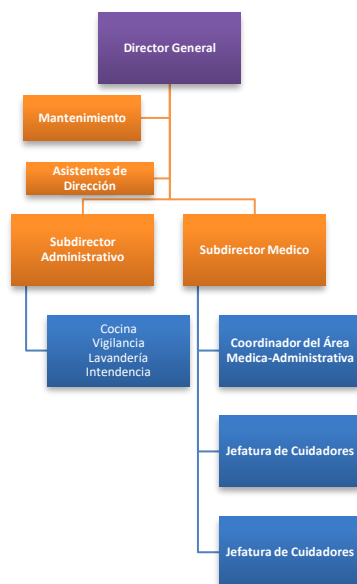
Antecedentes de la unidad

Ubicada al sur de la Ciudad de México, es parte de una cadena de nueve estancias gerontológicas distribuidas en la ciudad de México y en el interior de la república.

Estructura organizacional

Cuenta con dos áreas funcionales; administrativa y médica, que dependen directamente del director general de la organización (figura 4.7).

Figura 4.7 Organigrama de la estancia gerontológica privada con fines de lucro “A”



Fuente: Archivos de la estancia privada “A” (2018).

Misión, visión y valores

Fundada en 1982 por un médico general, tiene como misión proporcionar a los adultos mayores bienestar y una vida digna en un ambiente familiar, ofreciendo un servicio integral de alojamiento, alimentación especial e interacción sociocultural de alta calidad, en un lugar tranquilo, seguro y cálido, que les brinde las mejores condiciones de vida.

Su visión, continuar siendo la cadena de residencias para la tercera edad más importante del país, reconocida por la calidad de sus servicios, por sus instalaciones de primera, por el trato amable y el cariño que se brinda a los

residentes, así como por su ambiente familiar, en donde los residentes y sus familiares se sienten como en su propia casa.

Gestión desde la perspectiva del personal

Liderazgo, el directivo de la unidad tiene la formación de médico general. Dirige otras dos unidades. Su tiempo de permanencia en el puesto es de aproximadamente 18 meses.

Estrategia y planeación, aún pendiente por definir el plan estratégico.

Se tienen identificados algunos riesgos como caídas y úlceras por presión, aunque se encuentra pendiente la realización de un plan de prevención de estos.

Se cuenta con 25 recursos humanos en general de los cuales se tienen 9 cuidadores con una razón genérica de personal: adulto mayor de 0.53 y una razón específica cuidador: adulto mayor de 0.19.

Procesos

Aún por definir los procesos

Alianzas y recursos, la estancia está ligada a la Fundación del mismo nombre. Los recursos se obtienen en su totalidad de las cuotas de los residentes.

Gestión de riesgos, se tienen identificados las caídas y las escaras como riesgos clínicos para los residentes, sin embargo, por el momento no se cuenta con un programa de prevención.

Gestión con atención centrada en la persona, se desconoce por el personal gerencial y operativo.

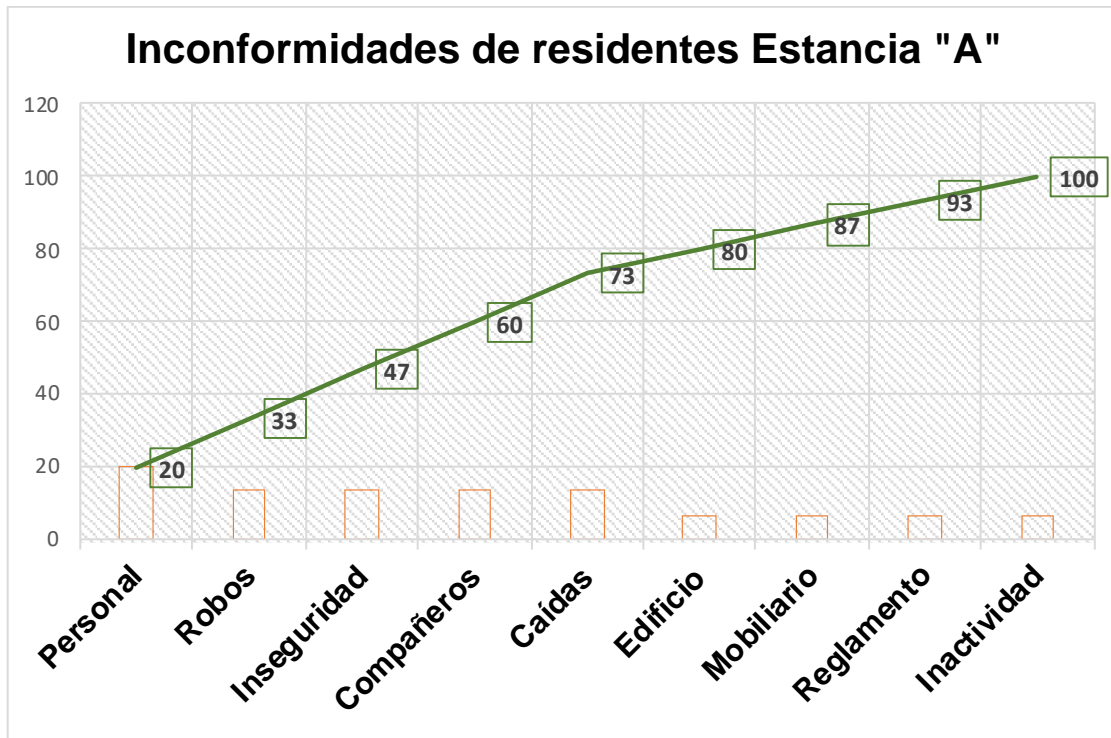
Percepción de los adultos mayores

Se entrevistaron y encuestaron 14 adultos mayores de los 47 que se encuentran en la estancia (29.7%).

La edad promedio es de 80 años con una mínima de 63 y máxima de 92 años. En cuanto al género son 9 mujeres (64%) y 5 (36%) son hombres. El 86% (12), cuentan con alguna discapacidad. El promedio de estancia en la residencia es de 30 meses con mínimo de un mes y máximo de 96 meses.

Las causas de inconformidad en el 80% de los casos son; problemas de interrelación con el personal, extravíos de pertenencias, sensación de inseguridad, problemas de interrelación con sus compañeros, caídas e inconformidad con las características estructurales de la estancia (figura 4.8).

Figura 4.8. Causas más frecuentes de inconformidad entre los residentes de la estancia "A".



Fuente: Archivos de la estancia privada "A" (2018).

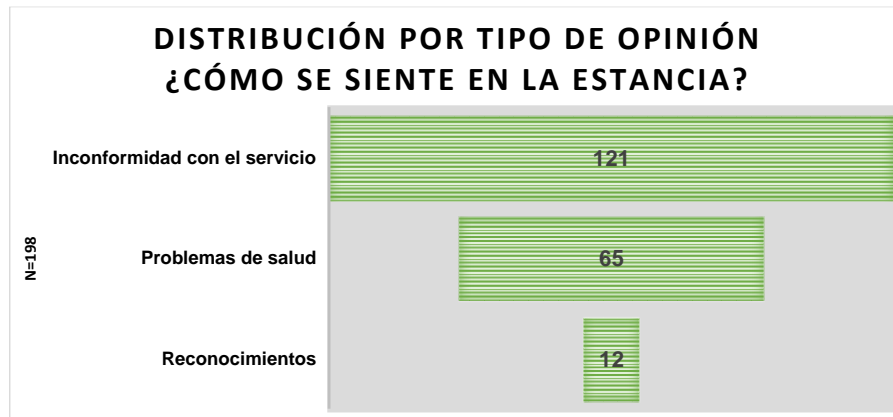
La puntuación más alta en cuanto a percepción de calidad de vida en esta estancia se obtuvo en la dimensión de derechos y la más baja en bienestar físico.

4.3 Análisis comparativo entre las estancias

Una vez mostrados los resultados en cada una de las estancias, presento los hallazgos globales para, posteriormente, pasar a analizar las diferencias encontradas.

Durante la encuesta estructurada de percepción de calidad de vida y como una pregunta amortiguadora, se le preguntó al adulto mayor: "...en general, ¿Cómo se siente en esta estancia? ..." Al tratarse de una pregunta abierta dio oportunidad de obtener información que no se habría podido obtener mediante la encuesta estructurada y las respuestas, se agruparon en tres: inconformidad con el servicio, problemas de salud y reconocimiento a la atención en sentido positivo (figura 4.9).

Figura 4.9 Distribución de opiniones de adultos mayores por tipo de opinión manifestada



Fuente: Elaboración propia con base en entrevista a adultos mayores de las estancias (2018).

Se encuestaron 123 adultos mayores de las cuatro estancias, de los cuales se obtuvieron 198 opiniones en virtud de que un adulto mayor podía dar más de una opinión en algunos casos.

Del total de las 198 opiniones, 121 (61%), manifestaron alguna inconformidad con los servicios recibidos. El segundo grupo de opiniones conformado por 65 (32.82%) manifestaron alguna inconformidad con su estado de salud. Doce (12%), fueron reconocimientos favorables a los servicios.

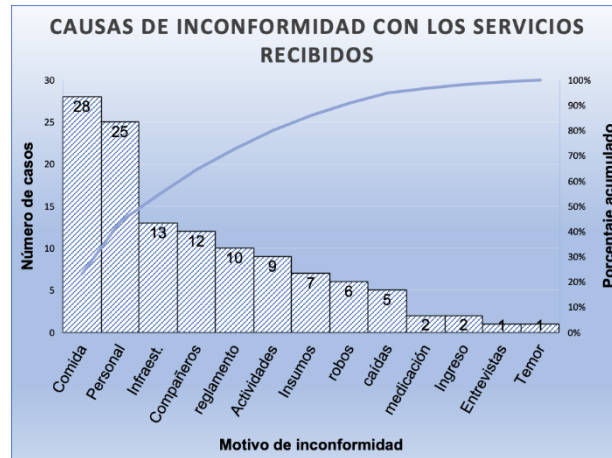
Al analizar las causas de las 121 inconformidades de los adultos mayores con los servicios recibidos en las cuatro estancias, se observa que el 80% están relacionadas con los siguientes factores: la comida, el personal, aspectos de infraestructura, sus compañeros adultos mayores, el reglamento, la percepción de falta de actividades y falta de insumos (figura 4.10).

El resto de los factores de inconformidad con los servicios en las cuatro estancias, englobados en el 20% son: la percepción de “robos” de sus pertenencias, pero, debido a que ha sido un tema poco estudiado, se desconocen las causas reales. Otro factor de inconformidad es la presencia de caídas del adulto mayor. Un factor más que se encuentra como causa de inconformidad, se refiere a problemas con la medicación en el sentido de que no se cuenta con el medicamento o no se proporciona con oportunidad en el horario prescrito y por último problemas relacionados con el proceso de admisión a la estancia.

Aunque todas las estancias de la muestra tienen mecanismos para que los adultos mayores ingresen de manera voluntaria hubo algunos que refirieron no estar de acuerdo con su ingreso.

Se detectan también como causas de inconformidad la realización de entrevistas percibidas como excesivas con fines de investigación pese a la escasa cantidad de publicaciones sobre el tema encontradas en nuestro país y, por último, aunque no menos importante el temor a represalias por las inconformidades manifestadas por los adultos (figura 4.10).

Figura 4.10 Causas globales de inconformidad de los adultos mayores con los servicios recibidos en las estancias.



Fuente: Elaboración propia con base en entrevista a adultos mayores de las estancias (2018).

A continuación, se presentan algunas de las 121 respuestas vertidas por los adultos mayores de las cuatro estancias, a partir de las cuales se realizó el análisis cualitativo.

Problema. Personal: se escuchan inconformidades acerca de la atención que reciben del personal de atención directa, tanto en las destrezas para su cuidado como en las actitudes hacia los adultos mayores.

Respuesta 1. Las del turno nocturno no me hacen caso. Me robaron dos veces. Me tienen que asistir para comer porque tengo Parkinson, pero cuando me están dando de comer están hablando por teléfono (celular).

Problema. Actividades: algunos manifiestan que las actividades son tan generalizadas que no consideran los gustos y preferencias de los residentes convirtiéndose en actividades desmotivantes. Algunos incluso manifiestan su interés en volver a trabajar de manera remunerada.

Respuesta 2. Me aburro, encuentro difícil la convivencia. El personal no se ocupa de nosotros cuando nos están bañando, se van a hacer otras cosas o se ponen a hablar por teléfono y nos dejan solos en la regadera. Me gustaría trabajar.

Problema. Caídas: se constituye en una queja importante por cuanto a su frecuencia de presentación, aunque también por la forma repetitiva en que se puede presentar en el mismo adulto mayor, pero sobre todo, por las repercusiones que tiene en la salud física, mental y en la autovalencia del adulto.

Respuesta 3. Falta mucho personal. Generalmente tengo mucho dolor. He tenido muchas caídas, una de ellas por accidente de la cuidadora.

Problema. Infraestructura: el propio adulto mayor detecta problemas estructurales en la estancia que no favorecen su movilidad o que incluso se convierten en un factor de riesgo para su integridad física. Aquí es donde se torna evidente que la

prevención de riesgos se debe constituir en un factor a considerar en los procesos de las estancias permanentes.

Respuesta 4. Tengo enfermedad de Parkinson. Antes de llegar aquí tuve muchas caídas y cinco fracturas. Hay muchas fallas, he pasado una semana sin que me bañen. Las rampas son inseguras. El personal nos ve como seres inferiores y nosotros a ellos. Pediría que cumplan lo que prometen, porque para que entres aquí te prometen muchas cosas.

Problema. Reglamento: la revisión de los reglamentos es una petición frecuentemente escuchada ya que el residente se siente prisionero de su lugar de alojamiento. No se explica la justificación de algunas de las reglas establecidas.

Respuesta 5: waaaaaahhhh... Me aburro terriblemente. Me siento triste y deprimida por el dolor de cadera. No mantengo buena relación con mis compañeros porque hay grupos que molestan a los demás. El espacio es muy chico. Me falta ropa y calzado. No me alcanzan mis ingresos para mis medicamentos. Tengo 7 cirugías: prótesis de cadera, várices, vejiga caída, lipoma, hernia umbilical, vesícula, tiroides. No soy derechohabiente de ninguna institución. Padezco dolor desde hace años. Me quedo con hambre. No me dejan salir. No me permiten traer cosas de comer y no me dejan comer lo que me gusta. No pude ir a votar porque no hubo quien me llevara.

Problema. Compañeros y comida: la convivencia con los demás residentes es un tema que sale a la luz en las entrevistas como un problema frecuente. Pero el problema más frecuentemente detectado como causa de inconformidad es el de los alimentos.

Respuesta 6. Tuve fractura de antebrazo derecho que me dejó imposibilitada para hacer algunas cosas. También tengo problemas para mover mi rodilla derecha. Me siento insegura de contarle estas cosas porque me da miedo a que me corran de aquí. Bueno, si me dice que no se van a enterar de lo que estoy diciendo, está bien. Con algunos trabajos de costura que me solicitan las personas de la colonia me pagan y con eso me ayudo económicamente. Hay muchas limitaciones por falta de dinero en la estancia, por eso luego no hay cantidades suficientes de comida y la verdad el sabor es desagradable en particular los fines de semana. El ambiente es muy pesado, principalmente por envidias, acoso sexual de los caballeros. Luego, ya no quiero hacer manualidades que es en lo que me entretenía a veces porque frecuentemente son echadas a la basura. Me da temor decirle lo que le estoy diciendo porque no vaya a ser que me quiten esto de hacer costuras que como quiera, me ayuda o peor, que me vayan a correr.

Las inconformidades con los servicios manifestadas por los adultos mayores, se ordenan en categorías por frecuencia de presentación obteniéndose en el 80% (97) de las inconformidades seis categorías primarias y ocho categorías secundarias (figura 4.11).

En las seis categorías primarias se encuentran:

- 1) Inconformidad con la comida en 28 casos (23.14%). Relacionadas con categorías secundarias como; que no les agrada la sazón en la mayoría de

los casos, cantidades insuficientes, no se adapta el usuario a los horarios e inadecuación con la prescripción del nutriólogo.

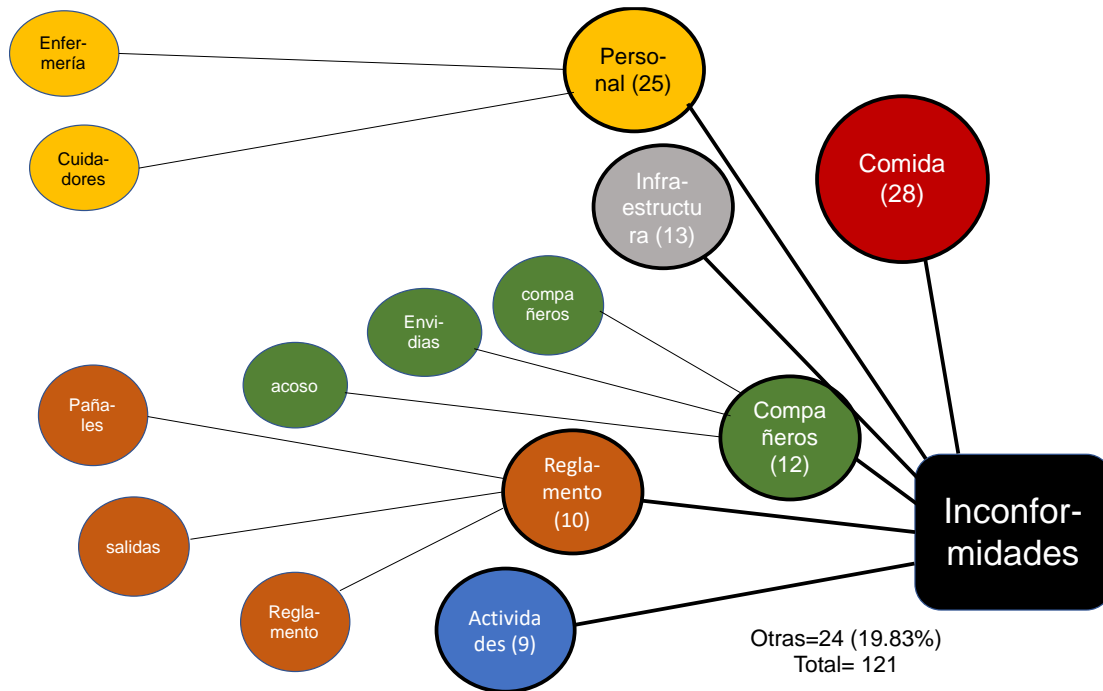
Esta categoría de satisfacción con los alimentos aborda temas de calidad que incluyen prácticamente a toda la organización en un sentido transversal ya que la satisfacción depende desde la calidad de los insumos, la adecuación con la historia de vida y antecedentes del adulto mayor, la adecuación a las necesidades fisiológicas en cantidad y proporciones de nutrientes, la adecuada interrelación con el personal que los prepara y proporciona, la asistencia en caso necesario para su consumo y la importancia que la gestión otorga a este factor.

Por lo anterior, se puede hablar de la relación de esta categoría con el atributo integralidad en la calidad del servicio.

- 2) Inconformidad con el personal en 25 casos (20.66%), en los cuales se encuentran involucrados principalmente el personal cuidador y en menor frecuencia el personal de enfermería. Esta categoría depende en gran medida de la adecuada formación tanto técnica como interpersonal del personal responsable directo de la atención del adulto mayor, por lo que se puede establecer su relación con el componente técnico de la calidad de la atención.
- 3) Infraestructura, manifestada en 13 inconformidades con el 13.96% y dependiendo de categorías secundarias como problemas en adecuación del edificio, falta de servicios, presencia de fauna nociva y transmisora y mobiliario inadecuado. Este aspecto se relaciona con elementos de seguridad clínica del adulto mayor para prevenir riesgos como caídas o infecciones diversas.
- 4) La cuarta categoría primaria en la que se engloban las inconformidades corresponde a problemas de interrelación con sus compañeros en 12 casos (9.91%). Aquí se encuentran categorías como falta de comunicación, percepción de envidias y acoso sexual.
Se puede observar la correlación con un componente de la calidad de los servicios que es la comunicación.
- 5) La quinta categoría corresponde a inconformidad con el reglamento interno de la estancia en 10 casos (8.26%). Las categorías secundarias englobadas en este rubro corresponden a la obligatoriedad en el uso de pañales, la restricción en las salidas y la rigidez en los horarios de visitas por parte de la familia. Este elemento se relaciona con el componente comprensión de la calidad de la atención.
- 6) Por último, la sexta categoría primaria conformada corresponde a las actividades complementarias que se asignan al adulto mayor y que en 9 (7.43%), son percibidas como muy escasas, aburridas o poco valoradas en sus resultados por parte del personal. Este elemento se relaciona con una correcta adecuación del servicio a las necesidades y deseos del adulto mayor.

Las 24 (19.83%) inconformidades restantes son diversas por lo que no se incluyeron en alguna categoría (figura 4.11).

Figura 4.11 Análisis cualitativo de las causas de inconformidad de los adultos mayores

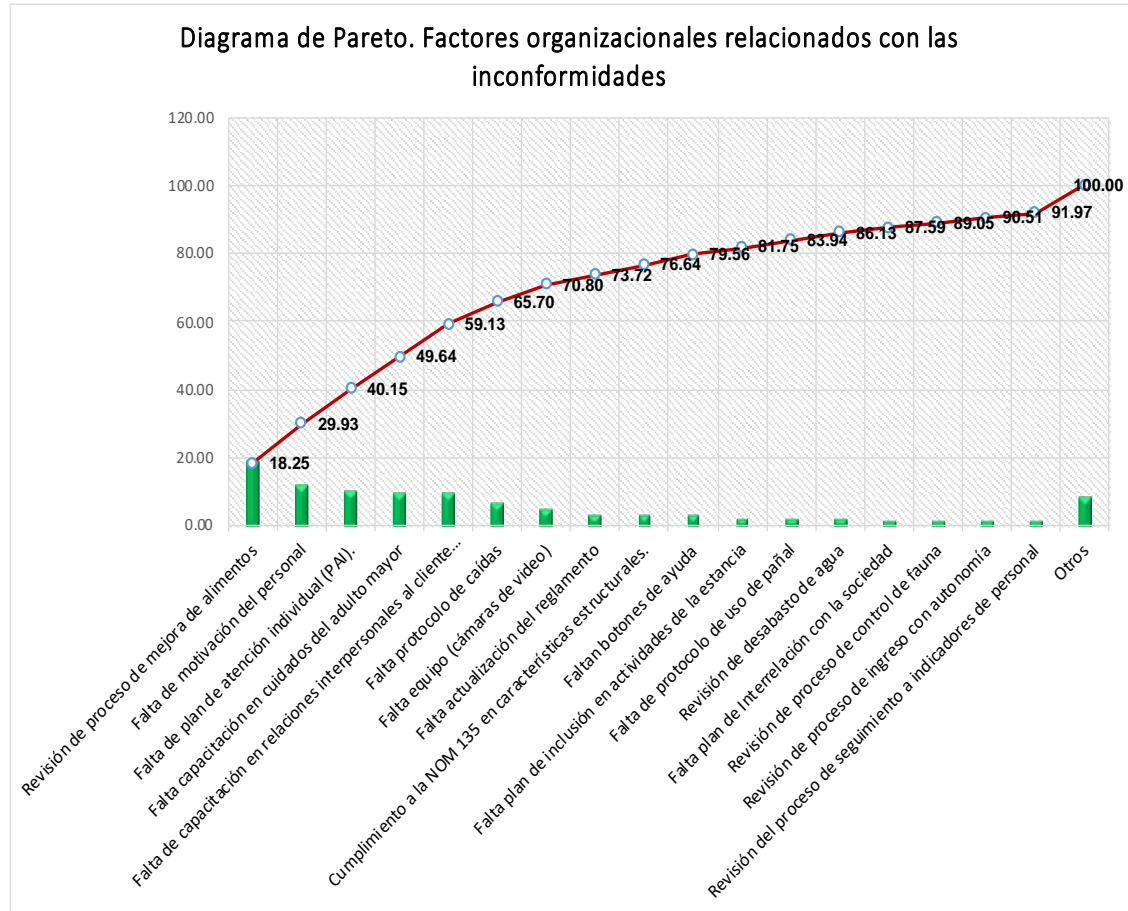


Fuente: Elaboración propia con base en entrevista a adultos mayores de las estancias (2018). (Hernández, R., Fernández, C & Baptista, M. (2010). Recolección y Análisis de los datos cualitativos En: Metodología de la Investigación.

Las causas de inconformidad se revisan mediante la técnica de causa-raíz hasta la 5ª. causa, y se identifican factores organizacionales relacionados con la causalidad.

En seguida, mediante una técnica de Pareto se obtuvieron los factores organizacionales involucrados en el 80% de las inconformidades planteadas por los adultos mayores: alimentación, motivación del personal, plan individualizado de atención (PAI), capacitación en cuidados del adulto mayor, relaciones interpersonales con el personal y otros adultos mayores, protocolo de prevención de caídas, revisión del reglamento, características estructurales acordes a la Norma Oficial Mexicana 031-SSA-3-2018, Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad y finalmente, protocolo de uso de pañal (figura 4.12).

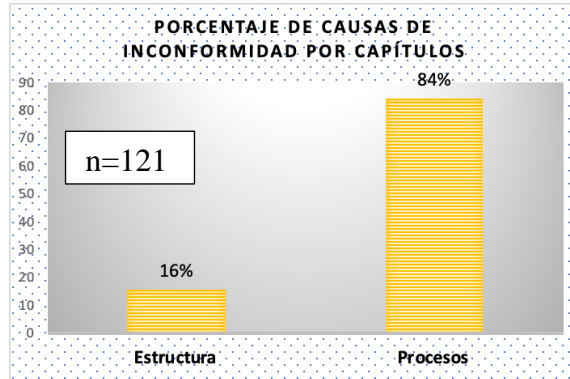
Figura 4.12. Diagrama de Pareto de las causas raíz organizacionales relacionadas con las inconformidades de los adultos mayores



Fuente: Elaboración propia con base en entrevista a adultos mayores de las estancias (2018).

Al analizar las inconformidades con los servicios proporcionados, se encuentra que el 84% están relacionadas con los procesos y un 16% con la estructura, según el concepto de Donabedian de evaluación de la calidad (figura 4.13).

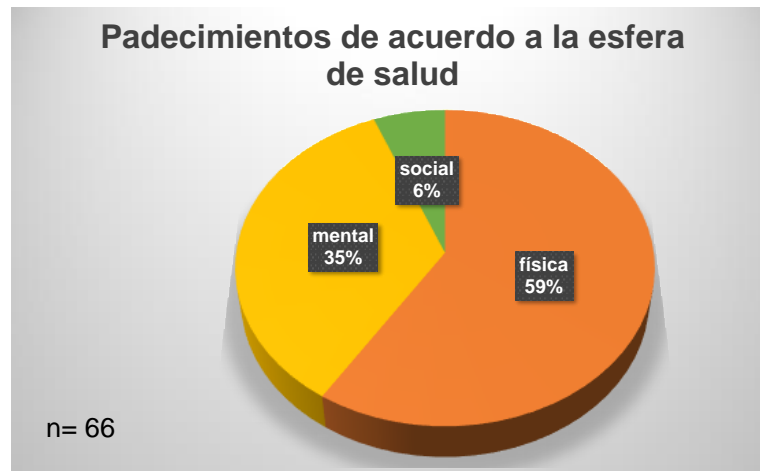
Figura 4.13 Distribución de las causas de inconformidad según los componentes de evaluación en salud de Donabedian.



Fuente: Elaboración propia con base en entrevista a adultos mayores de las estancias (2018).

Relacionado con los problemas de salud, las inconformidades fueron clasificadas considerando la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud, en tres esferas: física, mental y social. Se encontró que el 59% de los problemas de salud manifestados corresponden a la esfera física, el 35% mental y el restante 6% social (figura 4.14).

Figura 4.14 Padecimientos manifestados por los adultos mayores agrupados por esferas de acuerdo con la definición de salud de la OMS.



Fuente: Elaboración propia con base en entrevista a adultos mayores.

4.4 Componente cuantitativo

4.4.1 Análisis comparativo de la gestión de las estancias.

La información relativa a la gestión se obtuvo mediante dos fuentes empíricas primarias: una entrevista semiestructurada que se aplicó al personal directivo uno de cada estancia (n=4) y la encuesta estructurada que se aplicó a un total de 20 miembros del personal, cinco por cada estancia.

En este apartado se analiza la información recabada mediante la entrevista y la información obtenida mediante la encuesta estructurada se analizará en el siguiente subcapítulo.

La información obtenida mediante la entrevista semi-estructurada, permitió identificar las características generales de la gestión con enfoque en aquellos elementos que se explorarían con mayor detalle mediante la encuesta, buscando la triangulación de la información obtenida.

Mediante esta fuente, se encontró que en tres de las estancias (75%) se tiene definida su estructura organizacional mediante un organigrama. Una de las cuatro estancias (25%) tiene definidos su misión, visión y valores, otra más solo tiene definida la misión y visión y una tercera tiene definida únicamente su misión.

Se manifiesta la falta de planeación estratégica en el 75% de las estancias de la muestra, elemento importante para definir los objetivos organizacionales a alcanzar y la alineación de la planeación táctica y operativa.

Dos de las cuatro (50%) tienen algunos procesos definidos y de estas dos en una (25%), los conoce parcialmente el personal que labora en ella, pero no los aplican.

En una de ellas dicen contar con indicadores de control administrativo. Solo en una de las cuatro se tiene capacitación en cuidados del adulto mayor.

Se evidenció la falta de una gestión proactiva y el predominio de elementos reactivos en la gestión de las estancias de la muestra.

En tres de ellas (75%), dicen tener identificados riesgos de caídas, pero no cuentan con algún programa de prevención en alguna de ellas y solo en una, declaran tener conocimiento sobre la atención centrada en la persona sin que el concepto haya logrado permear al conjunto del personal (cuadro 4.2).

Dado que al aplicar elementos de gestión centrada en la persona se incrementa el riesgo de caídas, de acuerdo con lo encontrado en la revisión de la literatura, se torna fundamental un modelo de gestión que incluya la prevención de los riesgos identificados para los adultos mayores a la par que la implementación de la gestión centrada en la persona. Esto permitirá que la gestión de riesgos no limite la autonomía del adulto mayor y que la implementación de la autonomía implícita en la atención centrada en la persona, no incremente el riesgo de accidentes y la morbimortalidad de los residentes adultos mayores.

Cuadro 4.2 Resumen de las características de gestión de las estancias

ORGANIZACIÓN	IDENTIFICACIÓN	"C"	"E"	"M"	"A"
	UBICACIÓN EN CIUDAD DE MÉXICO	Sur	Nor-poniente	Sur	Sur
	TIPO Ψ	JAP	JAP	Gubernamental (INAPAM)	Privada
	PROCEDENCIA DE RECURSOS	Donativos y cuotas	Donativos y cuotas	de SEDESOL	Cuotas
	ORGANIGRAMA	SI	SI	NO	SI
	ACREDITACIÓN O CERTIFICACIÓN	NO	SI (extensión del Hospital)	NO	NO
	MODELO DE GESTIÓN	Procesos*	No	No	Reactiva
	CUENTA CON PROCESOS DEFINIDOS	Si	Algunos (De enfermería)	No	No
	LOS CONOCE EL PERSONAL	Algunos	No	No	No
	LOS APLICAN	Muy pocos	No	No	No
	NÚMERO DE TRABAJADORES	77 (ratio 0.90)	??	24 (1.33)	25 (0.53)
	NÚMERO A.M.	85	122	18	47
	% AUTOVALENTES	21%	20%	78%	43%
	% DETERIORO COGNITIVO	79%	60%	28%	68%
	PLAN ESTRATÉGICO	SI	NO	NO	NO
	CUAL ES SU ANÁLISIS FODA	No se tiene	No se tiene	No se tiene	No se tiene
	TIEMPO EN EL CARGO DEL JEFE DEL DIRECTIVO	1 Año	1 y 1/2 años	1 y 1/2 años	4 años
	PRINCIPALES PROGRAMAS DE MEJORA	Ninguno	Ninguno	Protección civil	Ninguno
	INDICADORES	SI	NO	NO	NO
	CAPACITACIÓN DE CUIDADORES	SI	NO	NO	NO
CONOCEN LA CALIDAD DE VIDA DE SUS ADULTOS MAYORES	NO	NO	NO	NO	
QUE SABEN SOBRE ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA	Solo algunos trabajadores	Nada	Nada	Nada	
QUE RIESGOS PARA LOS ADULTOS MAYORES SE TIENEN IDENTIFICADOS	Caídas	Caídas y escaras	Ninguno	Caídas y escaras	

Fuente: Elaboración propia con base en entrevista semiestructurada a directivos de las estancias gerontológicas permanentes (2018).

Al aplicar las encuestas estructuradas a cinco recursos humanos de cada organización, 20 en total, es posible profundizar en las características de los tres grupos de elementos de gestión en estudio: la Gestión por Calidad Total, la Gestión con Atención Centrada en la Persona y la Gestión de Riesgos Clínicos. Analizaremos la información obtenida en cada elemento.

Esta información se utilizará para profundizar en las características de gestión y también para buscar correlación entre estas variables y las variables de calidad de vida de los adultos mayores que se identifican mediante la encuesta correspondiente.

Gestión por Calidad Total

Al evaluar la gestión por calidad total con base en el modelo de la *European Foundation for Quality Management* (EFQM), se evaluaron elementos relacionados con los agentes facilitadores del modelo; es decir, el liderazgo, políticas y estrategias, personas, alianzas y recursos y procesos.

Inicialmente se analizó en forma comparativa entre las estancias para conocer cuál es la puntuación obtenida por cada una entendiéndose que, a mayor puntuación, se cumple con mayor número de requisitos en los agentes facilitadores de la Gestión Calidad Total de acuerdo con el modelo referido. Con este antecedente, se encuentra que la puntuación total más alta correspondió a la estancia "C", que corresponde a una estancia privada de la Junta de Asistencia Privada (JAP), con 41 puntos obtenidos (47%) y aún muy lejana del total de la puntuación del cuestionario que es de 88 puntos (cuadro 4.3).

La estancia con la puntuación más baja al evaluarse la gestión por calidad total fue la estancia "M" gubernamental con 28 de los 88 puntos totales correspondiendo al 32% de su cumplimiento.

Cuadro 4.3 Puntuaciones promedio de la Gestión por Calidad Total en los sujetos de estudio

Gestión por Calidad Total				
	PRIVADA "A"	JAP- "C"	JAP-E	GUBERNA MENTAL "M"
PUNTUACIÓN	31	41	36	28
PORCENTAJE	35%	47%	41%	32%

Fuente: Elaboración propia con base en entrevista a gerentes de las estancias.

El hecho de que las cuatro estancias se encuentren en puntuaciones de gestión por calidad total inferiores al 50%, nos habla del escaso compromiso con la excelencia de la calidad también conocida como gestión por calidad total en las organizaciones gerontológicas de la muestra. La gestión por calidad total del modelo EFQM, evalúa en los agentes facilitadores, los elementos necesarios para el logro de los resultados de todos los grupos de interés y de los cuales depende el accionar en el día a día de la organización.

Posteriormente al análisis de la dimensión Gestión por Calidad Total en general, se analizaron, en lo particular, cada una de las variables de cada una de las dimensiones de la gestión y se encontró que, en la gestión por calidad total, las variables con mayor puntuación son “liderazgo”, “personas”, “alianzas y recursos” y “procesos” que se observaron en la estancia “C”, estancia correspondiente al sector privado sin fines de lucro de acuerdo con la clasificación de Gutiérrez-Robledo. En la otra estancia de la Junta de Asistencia Privada “E”, se obtienen puntuaciones altas en las variables “alianzas y recursos” y “procesos”.

En todas las estancias se encontraron áreas de oportunidad en la variable “política y estrategia” de la gestión por calidad total y que nos evalúa que tanto se trabaja para que el personal de las diferentes áreas de la organización conozca y se involucre en el cumplimiento de los objetivos estratégicos definidos por la gerencia. Ninguna de las cuatro estancias cumple con más del 25% de los criterios evaluados (cuadro 4.4).

Cuadro 4.4 Puntuación y porcentaje de las variables de gestión por calidad total

DIMENSIONES DE GESTIÓN POR CALIDAD TOTAL	PRIVADA-A	JUNTA DE ASISTENCIA PRIVADA-C	JUNTA DE ASISTENCIA PRIVADA-E	GUBERNAMEN TAL-M
LIDERAZGO	10/24 (41%)	13/24 (54%)	9/24 (38%)	9/24 (38%)
POLÍTICA Y ESTRATEGIA	4/16 (25%)	4/16(25%)	4/16(25%)	4/16 (25%)
PERSONAS	8/20 (40%)	11/20 (55%)	10/20 (50%)	7/20 (35%)
ALIANZAS Y RECURSOS	6/16 (38%)	8/16 (50%)	8/16 (50%)	5/16 (31%)
PROCESOS	3/12 (25%)	5/12(42%)	5/12 (42%)	3/12 (25%)
CALIDAD DE VIDA	65	80	70	65

Fuente: Elaboración propia con base en encuesta a trabajadores y residentes de las estancias gerontológicas permanentes (2018).

Gestión con atención centrada en la persona

En este componente se evaluaron los dos pilares fundamentales de la atención centrada en la persona; la individualización del manejo y el principio de autonomía en los planes de acompañamiento.

Es poco lo que se conoce sobre este componente de la gestión en México por lo que se presenta como un área de oportunidad en las organizaciones. De la puntuación máxima de 65, la puntuación más alta fue de 29 (44.61%), en la estancia privada “A”, lo cual nos refleja una escasa permeación de estas características de gestión en la muestra estudiada.

Lo anterior cobra una importancia relevante si consideramos que la atención en salud debe ser individualizada y con respeto a la autodeterminación en los cuatro tipos de cuidados contemplados en la Ley General de Salud: preventivos, curativos, rehabilitatorios y paliativos (cuadro 4.5).

Cuadro 4.5 Puntuación y porcentajes de la gestión con atención centrada en la persona por estancia

Gestión con Atención Centrada en la Persona				
	PRIVADA "A"	JUNTA DE ASISTENCIA PRIVADA-C	JUNTA DE ASISTENCIA A PRIVADA-E	GUBERNA MENTAL "M"
Puntuación	29	27	19	16
Porcentaje	56%	52%	37%	31%

Fuente: Elaboración propia con base en encuesta a personal de las estancias.

Una vez analizada comparativamente la dimensión de Gestión con Atención Centrada en la Persona, se analizaron individualmente cada una de las dos variables que componen esta dimensión (individualización y autonomía) y se observa que la autonomía de los adultos mayores obtiene el porcentaje más alto de cumplimiento en tres de las cuatro estancias, excepto en la estancia gubernamental "M" (cuadro 4.6).

Cuadro 4.6 Porcentajes de cumplimiento de las variables de gestión con atención centrada en la persona

Dimensiones Atención Centrada en la Persona				
	PRIVADA- A	JUNTA DE ASISTENCIA PRIVADA-C	JUNTA DE ASISTENCIA A PRIVADA-E	GUBERNA MENTAL-M
Individualización	5/12(42%)	6/12 (50%)	4/12 (30%)	4/12 (30%)
Autonomía	25/40 (63%)	21/40 (53%)	15/40 (38%)	12/40 (30%)

Fuente: Elaboración propia con base en encuesta a personal de las estancias.

Gestión de riesgos

La gestión de riesgos en salud se aplica para reducir los riesgos que conlleva la atención médica por sí misma, más allá de los riesgos inherentes a la enfermedad que se está tratando o en este caso, a la atención que se está proporcionando. Estos riesgos pueden estar relacionados con la estructura de las instalaciones o con

los procesos de la atención. De acuerdo con el protocolo de Londres se agrupan en cuatro bloques:

- 1) De organización y cultura, en el que se incluye todo lo que hace la organización desde el punto de vista de los procesos organizacionales y decisiones gerenciales para evitar riesgos al paciente.
- 2) Factores contributivos, en el que se incluyen todos los factores del paciente que pueden propiciar los riesgos como problemas de equilibrio, deterioro en la visión, en la fuerza muscular, etc. Se incluyen también factores del personal, del equipo no humano con el que se trabaja, la tecnología con la que se cuenta y el ambiente de trabajo.
- 3) El bloque de las acciones seguras se refiere a todos los actos u omisiones que pueden favorecer un riesgo.
- 4) El bloque de las barreras y defensas, que son el conjunto de elementos físicos, administrativos, humanos y naturales que previenen el riesgo.

Todos estos factores de riesgo que eventualmente pueden contribuir al deterioro de la salud física, mental y social del adulto mayor, los podemos encontrar en las estancias gerontológicas permanentes y es necesario identificarlos y establecer las barreras necesarias para evitarlos, prevenirlos o minimizar el daño que pudieran producir.

Evidentemente que al aumentar la vulnerabilidad del adulto por una disminución de sus funciones propias del proceso de envejecimiento se incrementan los riesgos a los que se encuentra expuesto.

En los sujetos de la muestra de estudio, se tiene identificado el principal riesgo que se reconoce en la literatura mundial para el adulto mayor, que es el riesgo de caídas y que se constituye como la principal causa de accidentes en el adulto mayor institucionalizado o no institucionalizado, dando cuenta del 30% de las causas de muerte en personas de 65 años y más (Hernández et al., 2008). El porcentaje de caídas en adultos mayores no institucionalizados es del 30%, pero se eleva al 50% en ancianos institucionalizados.

La puntuación total obtenida en la gestión de riesgos fue de dos puntos en cada una de las organizaciones del total de 80 puntos, sin encontrar diferencias en ninguna de las estancias de la muestra. Esto constituye el 2.5% del total de la puntuación, por lo que la gestión de riesgos se constituye como un área de oportunidad en la gestión de las estancias gerontológicas permanentes (cuadro 4.7).

Cuadro 4.7 Porcentaje de cumplimiento de variables de gestión de riesgos.

Gestión de riesgos				
	PRIVADA "A"	JUNTA DE ASISTEN CIA PRIVADA "C"	JUNTA DE ASISTEN CIA PRIVADA "E"	GUBERNA- MENTAL "M"
PUNTUACIÓN	2	2	2	2
PORCENTAJE	2.50%	2.50%	2.50%	2.50%

Fuente: Elaboración propia con base en encuesta estructurada (2018).

El hecho de que solo se hayan alcanzado 2 del total de 88 puntos máximos alcanzables en la gestión de riesgos, nos evidencia el escaso compromiso que existe en las estancias gerontológicas permanentes con este elemento explorado.

Para que el adulto mayor pueda desempeñarse con autonomía, uno de los preceptos enfatizados por la Organización Mundial de la Salud es reducir, con elementos de gestión, los riesgos a los que inevitablemente se expone en mayor grado el residente adulto mayor, al tener mayor libertad en su actuar y en la toma de decisiones.

Deben entonces, integrarse ambos grupos de elementos de gestión para mejorar la percepción de calidad de vida de los adultos; tanto la gestión con atención centrada en la persona y gestión de riesgos.

Sin embargo, es un terreno prácticamente sin trabajar en la gestión de las organizaciones, como se evidencia en los resultados obtenidos. En este apartado se exploró si las organizaciones tienen identificados los riesgos clínicos a los que está expuesto el adulto mayor, si se están rediseñando los procesos en los que se identificaron riesgos prevenibles, si se está capacitando al personal en la prevención, etc.

Los 20 ítems explorados en las encuestas buscan identificar si las organizaciones gerontológicas estudiadas cuentan con una metodología que, de manera colegiada mediante un Comité de expertos, identifiquen, prioricen y les den tratamiento a los riesgos presentes en las organizaciones. Este manejo de los riesgos debe formar parte de programas de mejora continua y, por lo tanto, están sujetos a un monitoreo mediante indicadores que permitan el control administrativo de los mismos.

4.4.2 Análisis comparativo de la percepción de Calidad de Vida.

Enseguida, se analiza la información obtenida sobre la variable calidad de vida, misma que se obtiene a partir de la encuesta estructurada aplicada a los 123 adultos mayores de las cuatro estancias.

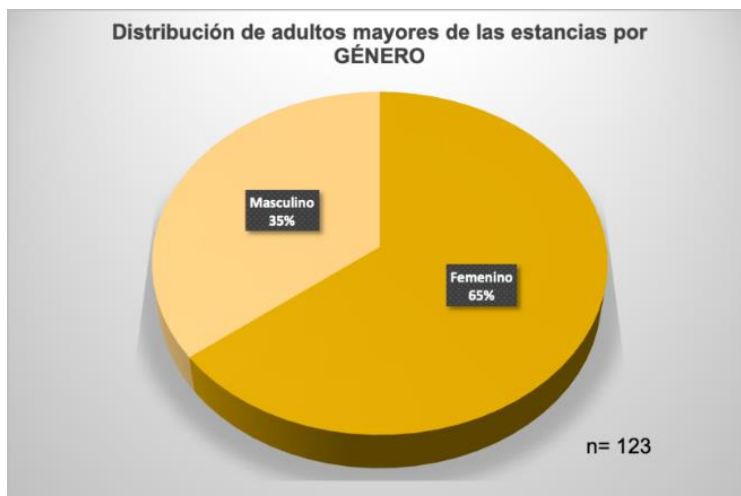
Se inicia por analizar el perfil sociodemográfico de los adultos mayores participantes para, posteriormente, entrar de lleno al análisis de la propia variable calidad de vida.

Al aplicar los criterios de exclusión definidos en la fase de planeación del estudio, solo el 52% de los residentes de las estancias participaron en la encuesta debido a que se excluyeron aquellos adultos mayores con deterioro cognitivo severo,

aquellos que se encontraban fuera de la estancia por estar de vacaciones con sus familiares o que habiéndose explicado la naturaleza del estudio desistieron de participar.

Por cuanto, a las características sociodemográficas de los adultos mayores participantes, en forma general predominan los adultos mayores del género femenino en un 65% (figura 4.15).

Figura 4.15 Distribución por género de los adultos mayores residentes en las cuatro estancias.



Fuente: Elaboración propia con base en encuesta a adultos mayores residentes (2018).

La edad mínima de los adultos mayores en la muestra es de 57 años y la máxima de 100 años. Por grupos de edad, la mayor proporción con el 47% se encuentra en el grupo comprendido entre 80 años y 90 años.

Por cuanto al tiempo de permanencia en las estancias, el mínimo es de 0.5 meses y el máximo de 336 meses (28 años) con un tiempo promedio de 50 meses (4.16 años). El 58% que es la mayor proporción han permanecido entre 0 y 50 meses.

El 52% de los adultos mayores residentes participaron en el estudio (cuadro 4.8)

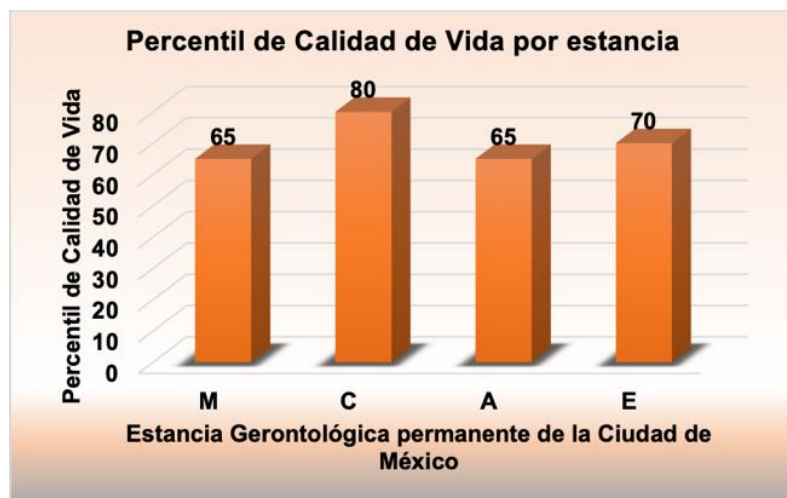
Cuadro 4.8 Características sociodemográficas de los adultos mayores

Características socio-demográficas de los adultos mayores participantes		
Género	Masculino	35%
	Femenino	65%
Grupos de edad	50 a 60 años	21%
	60 a 70 años	10%
	70 a 80 años	21%
	80 a 90 años	47%
Tiempo de permanencia en la estancia	0 a 50 meses	58%
	51 a 100 meses	30%
	Mas de 100 meses	12%
Residentes	participantes en el estudio	52%
	No participantes	52%

Fuente: Elaboración propia con base en encuesta a adultos mayores residentes (2018).

Al analizar la calidad de vida, se inicia por ubicar el percentil en el que se localiza la percepción de calidad de vida en cada una de las estancias (figura 4.16).

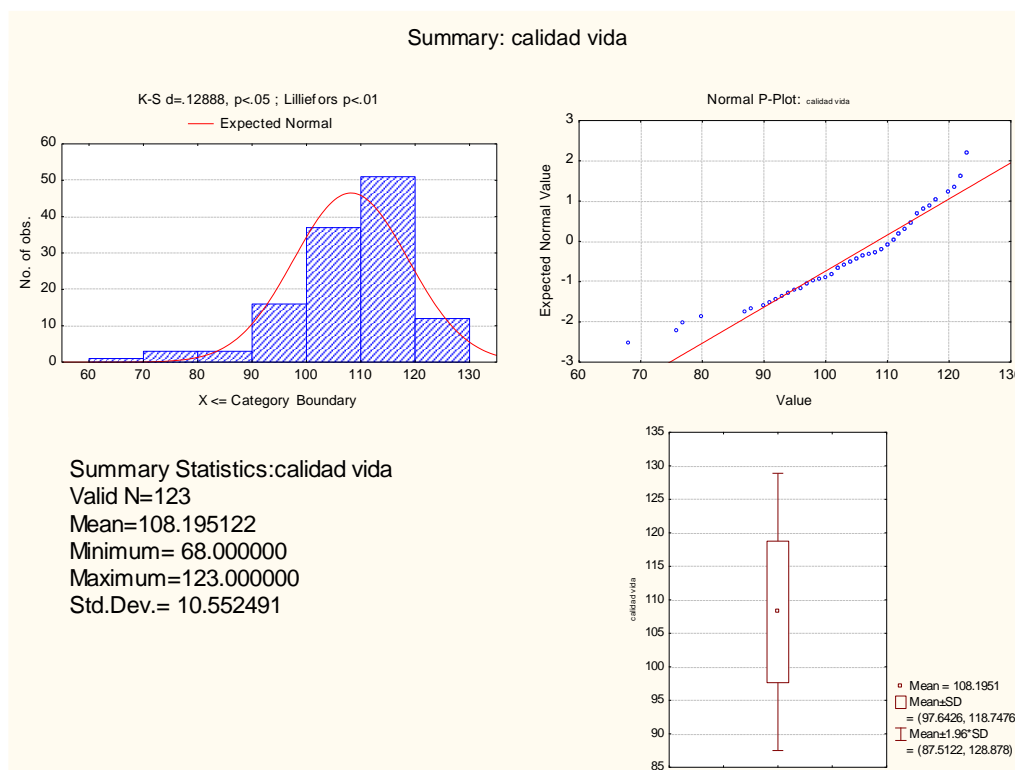
Figura 4.16 Percentiles de calidad de vida en las estancias permanentes de la muestra



Fuente: Elaboración propia con base en encuesta a adultos mayores residentes (2018).

Posteriormente, se realizó el análisis estadístico básico de esta información y se observa que la variable “calidad de vida” tiene un comportamiento normal tanto en los gráficos como en la prueba de Lilliefors < 0.01 , por lo que se procede a continuar el análisis estadístico (figura 4.17).

Figura 4.17 Resumen estadístico de los datos de la encuesta de calidad de vida de los adultos mayores de las estancias.



Fuente: Encuesta de calidad de vida en cuatro estancias gerontológicas permanentes (2018) y Castañeda, M., Cabrera, A., Navarro, Y. & Vries, W. (2010). Procesamiento de datos y análisis estadísticos utilizando SPSS.

En seguida, se analizó la diferencia de la percepción de calidad de vida de los adultos mayores en las cuatro estancias y se corrobora la información obtenida al analizar las puntuaciones totales, es decir, que la media aritmética más alta de la percepción de calidad de vida corresponde a la estancia de la Junta de Asistencia Privada “C”, con tres puntos por arriba de la media general, y con un comportamiento similar en las otras dos medidas de posición representadas en la tabla; es decir, la moda y la mediana.

Analizando las medidas de dispersión, es la misma estancia “C” la que presenta la menor varianza y desviación estándar lo que significa que las opiniones de los adultos mayores tienen la menor variabilidad comparados con las otras tres estancias de la muestra. En concordancia, es en esta estancia “C” donde se presenta el coeficiente de variación más bajo de 0.0795 comparado con el coeficiente de variación general de 0.0975 (cuadro 4.9).

Cuadro 4.9 Tabla comparativa de medidas de tendencia central y dispersión de la variable calidad de vida.

Estancia	Media	Mediana	Moda	Varianza	Desv Estándar	Coefficiente de variación	Rango
Junta de Asistencia Privada E	107.19	110	112	116.08	10.77	0.1005	47
Gubernamental	106.21	108	114	88.79	9.42	0.0887	36
Junta de Asistencia Privada C	111.04	113	122	8.82	8.82	0.0795	34
Privada A	104.64	109.5	110	206.7	14.37	0.1373	47
Todas	108.19	111	114	111.35	10.5	0.0975	55

Fuente: Elaboración propia con base en encuesta de percepción de calidad de vida de adultos mayores 2018.

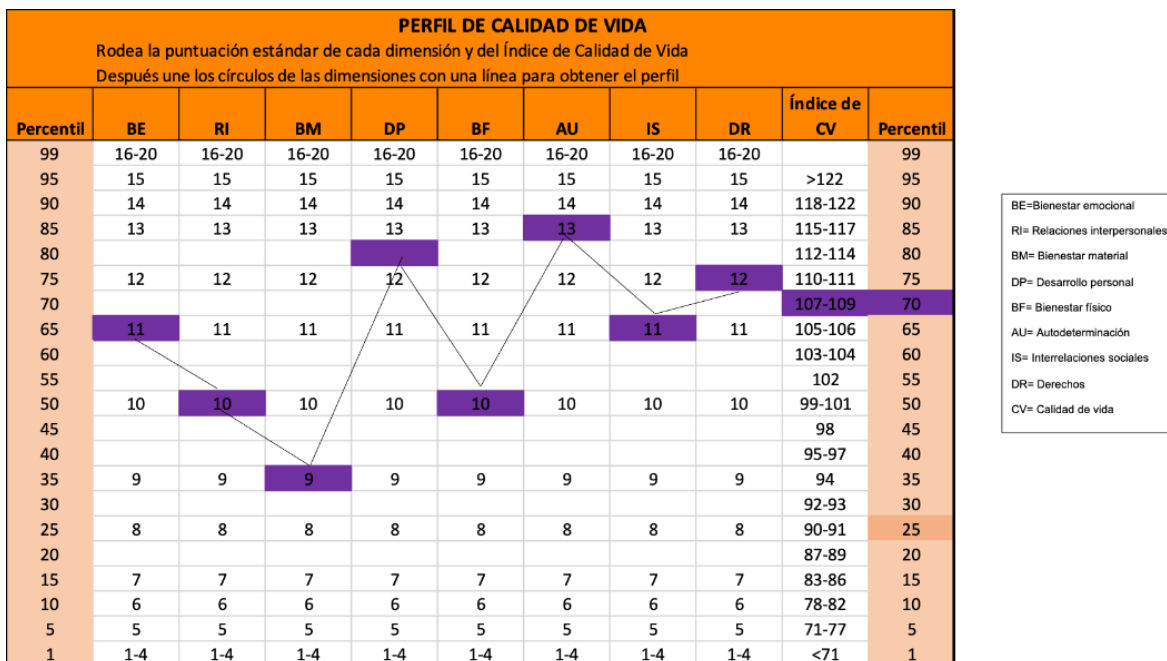
La calidad vida tiene una puntuación máxima de acuerdo con la escala FUMAT de 122 puntos para ubicarse en el percentilo 95 a 99. La puntuación media obtenida en las cuatro estancias fue de 111 con una mínima de 106 (percentil 65) y máxima de 112 (percentil 80). De acuerdo con estas evaluaciones las ubican entre buena y muy buena percepción de calidad de vida de acuerdo con la percepción de los adultos mayores.

Cabe hacer mención que durante la aplicación de las escalas cerca del 8% de los adultos refirieron tener miedo a represalias por lo que dijeron en la encuesta por lo que fue necesario decirles que la información se manejaría de manera anónima. Aunque los cuestionarios de percepción de calidad de vida han sido validados en consistencia interna, se habló con los encuestados para sensibilizarlos sobre la importancia de sus respuestas tratando de reducir el temor de los adultos mayores, como factor de sesgo en sus respuestas (Arias Galicia, 2007).

Cuando se analizaron cada una de las variables que constituyen la calidad de vida de la muestra de acuerdo con el modelo de Schalock y Verdugo, se encontró que, de manera global, la puntuación estándar más alta la otorgan los adultos mayores a la percepción de autodeterminación (AU) con 13 puntos totales y ubicada en el percentil 85.

La puntuación estándar más baja se obtiene también en forma general, en la variable bienestar material (BM) con 9 puntos totales ubicándose en el percentil 35 (figura 4.18).

Figura 4.18 Percentiles de las ocho variables de la calidad de vida



Fuente: Elaboración propia con base en encuesta de calidad de vida de adultos mayores 2018 de acuerdo con el modelo de Schalock y Verdugo.

Una vez realizado el análisis básico de la variable “y”, calidad de vida, se empieza por un análisis tendiente a encontrar alguna correlación entre dicha variable y la variable “x”, sobre las características de gestión.

La variable que presenta la puntuación más alta en la percepción de calidad de vida es la estancia “C” que corresponde al sector privado sin fines de lucro y con un percentil de 80, seguida por la estancia “E” que corresponde al mismo sector con un percentil de 70.

En la estancia “C”, que es donde se encuentra el percentil más alto en la percepción de calidad de vida, se encuentra que se presenta la puntuación más alta en la gestión por calidad total.

Cuando se realiza la sumatoria de las puntuaciones de los tres elementos de gestión evaluados, la puntuación más alta corresponde a la estancia “C”, privada sin fines de lucro, que es en donde se encuentra el percentil más alto en la percepción de calidad de vida de sus adultos mayores. Esta puntuación en la gestión integral se obtiene a expensas de la alta puntuación en el componente Gestión por Calidad Total de la gestión integral con un porcentaje de cumplimiento de 47%. El mínimo porcentaje se obtuvo en la estancia correspondiente al sector gubernamental “M” con 32% de cumplimiento de los criterios (cuadro 4.10).

Por lo anterior, si se encuentra correlación entre la puntuación más alta en los elementos de gestión evaluados y la percepción de calidad de vida de los adultos mayores residentes, en particular a expensas de la Gestión por Calidad Total.

Cuadro 4.10 Promedio de puntuaciones de las tres dimensiones de gestión y de percepción de calidad de vida de los residentes.

Estancia	Gubernamental	Junta de asistencia privada-C	Privada con fines de lucro	Junta de asistencia privada ligada a hospital-E
Gestión por calidad total	28/88 (32%)	41/88 (47%)	31/88 (35%)	36/88 (41%)
Gestión con atención centrada en la persona	16/52 (31%)	27/52 (52%)	29/52 (56%)	19/52 (37%)
Gestión de riesgos	2/80 (2.5%)	2/80 (2.5%)	2/80 (2.5%)	2/80 (2.5%)
Calidad de vida (percentiles)	65	80	65	70

Fuente: Elaboración propia con base en encuesta a trabajadores y residentes de las estancias gerontológicas permanentes (2018).

Posteriormente se profundiza en el análisis de cada una de las tres dimensiones incluidas en la gestión integral y su probable correlación con la percepción de calidad de vida.

Al analizar las diferencias encontradas en las cuatro estancias exclusivamente en la dimensión gestión por calidad total; se observa que en la estancia “C” Junta de Asistencia Privada, se encuentran los porcentajes más altos de cumplimiento en cuatro de las cinco variables que conforman esta dimensión: liderazgo con 54% de cumplimiento (mínimo obtenido 38%), personas 55% (mínimo 35%), alianzas 50% (mínimo 31%) y procesos 42% (mínimo observado 25%). Solo en la variable estrategias, la estancia en cuestión obtuvo igual puntuación que las restantes tres estancias de la muestra con un 25% de cumplimiento de criterios.

Como se puede observar en la tabla 4.10, es en esta estancia en donde se encuentra también el percentil más alto de percepción de calidad de vida (cuadro 4.11).

Cuadro 4.11 Variables de la dimensión gestión por calidad total y percepción de calidad de vida.

ESTANCIA	PRIVADA "A"	JUNTA DE ASISTENCIA PRIVADA-C	JUNTA DE ASISTENCIA PRIVADA-E	GUBERNA MENTAL "M"
LIDERAZGO	10/24 (41%)	13/24 (54%)	9/24 (38%)	9/24 (38%)
POLÍTICA Y ESTRATEGIA	4/16 (25%)	4/16(25%)	4/16(25%)	4/16 (25%)
PERSONAS	8/20 (40%)	11/20 (55%)	10/20 (50%)	7/20 (35%)
ALIANZAS Y RECURSOS	6/16 (38%)	8/16 (50%)	8/16 (50%)	5/16 (31%)
PROCESOS	3/12 (25%)	5/12(42%)	5/12 (42%)	3/12 (25%)
CALIDAD DE VIDA	65	80	70	65

Fuente: Elaboración propia con base en encuesta a trabajadores y residentes de las estancias gerontológicas permanentes (2018).

En cuanto a las variables de la segunda dimensión; gestión con atención centrada en la persona, se exploraron dos variables: individualización y autonomía. La puntuación más alta en la variable individualización, se encuentra en la estancia de la Junta de Asistencia Privada "C" en donde se ubicó la mayor percepción de calidad de vida. La puntuación más alta en autonomía en la estancia privada con fines de lucro "A" (cuadro 4-12).

Cuadro 4.12 Puntuaciones y porcentajes de las variables de gestión con atención centrada en la persona y percepción de calidad de vida.

	PRIVADA- A	JUNTA DE ASISTENCIA PRIVADA-C	JUNTA DE ASISTENCIA PRIVADA-E	GUBERNA MENTAL-M
Individualización	5/12(42%)	6/12 (50%)	4/12 (30%)	4/12 (30%)
Autonomía	25/40 (63%)	21/40 (53%)	15/40 (38%)	12/40 (30%)
Calidad de Vida	65	80	70	65

Fuente: Elaboración propia con base en encuesta a trabajadores y residentes de las estancias gerontológicas permanentes (2018).

No se encuentran diferencias en cuanto a la gestión de riesgos en ninguna de las cuatro estancias estudiadas, debido a la escasa importancia que se da a estas variables en la gestión de las estancias gerontológicas permanentes de la muestra.

4.4.3 Diferencias en percepción de calidad de vida entre estancias

Se realiza una prueba de hipótesis relativa a una de las preguntas de investigación que plantea: ¿Existe diferencia en el índice de percepción de calidad de vida de los adultos mayores en las estancias gerontológicas permanentes de la Ciudad de México relacionado con el sector al que pertenecen público, social o privado en 2018-2019?

Por lo tanto, se plantea la siguiente hipótesis estadística:

H1: Los adultos mayores de las estancias gerontológicas permanentes del sector público en Ciudad de México tienen índices más altos de percepción de calidad de vida que las del sector privado.

H0: No existen diferencias estadísticamente significativas en la percepción de calidad de vida de los residentes adultos mayores de las estancias permanentes de los sectores público y privado en la Ciudad de México.

H0: $\mu_1=\mu_2=\mu_3=\mu_4$

H1: $\mu_1\neq\mu_2\neq\mu_3\neq\mu_4$

Nivel de significancia= 0.05

Prueba realizada: T *student*

Cuadro 4.13 Estadística básica de los datos de percepción de calidad de vida de la muestra

Estadísticas de grupo					
	Sector	N	Media	Desv. Desviación	Desv. Error promedio
Calidad de vida	Gubernamental	14	106.21	9.423	2.518
	Privado	109	108.45	10.702	1.025

Fuente: Elaboración propia con base en encuesta de percepción de calidad de vida de adultos mayores 2018 y Garza, J, Morales, B. & González, B. (2013). Análisis estadístico multivariante. Un enfoque teórico y práctico. Mc Graw Hill. México.

Cuadro 4.14 Prueba de hipótesis sobre diferencias en percepción de calidad de vida de estancia gubernamental y privadas.

		Prueba de Levene de igualdad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
Calidad de vida	Se asumen varianzas iguales	.660	.418	-	121	.458	-2.235	3.001	-8.177	3.707

Fuente: Elaboración propia con base en encuesta de percepción de calidad de vida de adultos mayores 2018.

Resultados: Con una significancia de 0.05%, se observa que, aunque existe diferencia en la media de la percepción de calidad de vida entre las estancias gubernamental y las estancias privadas (cuadro 4.13), el valor de p es = 0.458 por lo que no es estadísticamente significativa y se aprueba la hipótesis nula, es decir, se concluye que no existe diferencia estadísticamente significativa en la percepción de calidad de vida de los residentes adultos mayores de las estancias de los sectores público y privado de la muestra analizada (cuadro 4.14)(De la Garza Garcia, Morales Serrano, & González Cavazos, 2013).

Se realiza una prueba de significancia ahora entre cada una de las estancias, sin agruparlas por sector al que pertenecen y se encuentra una $p=0.199$, superior al 0.05 permitido para considerarse significativo (cuadro 4.15). Por lo que se concluye que, desde el punto de vista estadístico, no existe diferencia en la percepción de calidad de vida de los adultos mayores de las estancias de la muestra.

Cuadro 4.15 Diferencias en la percepción de calidad de vida de los adultos mayores entre las estancias.

Univariate Tests of Significance for CV (CV-ESTANCIAS) Sigma-restricted parameterization Effective hypothesis decomposition					
Effect	SS	Degr. of Freedom	MS	F	p
Intercept	701113.2	1	701113.2	5555.09	0.000000
ESTANCIA	595.5	3	198.5	1.573	0.19956
Error	15019.1	119	126.2		

Fuente: Elaboración propia con base en encuesta de percepción de calidad de vida de adultos mayores 2018. Garza, J, Morales, B. & González, B. (2013). Análisis estadístico multivariante. Un enfoque teórico y práctico.

Se analizan otros posibles factores relacionados con las diferencias encontradas en la percepción de calidad de vida de los residentes adultos mayores, analizando la prevalencia de discapacidad en cada una de las estancias de manera comparativa. El mayor porcentaje de discapacidad se encuentra en la estancia privada "A", con un 85.71 de su población adulta mayor con problemas de discapacidad y en la que se encuentra uno de los percentiles más bajos de percepción de calidad de vida de 65 (cuadro 4.16).

Cuadro 4.16 Porcentaje de adultos mayores con discapacidad por estancia

Recuento		Discapacidad		
		No	Si	Total
ESTANCIA	Estancia M	7 (50%)	7 (50%)	14 (100%)
	Estancia C	10 (23.25%)	33 (76.74%)	43 (100%)
	estancia A	2 (14.28%)	12 (85.71%)	14 (100%)
	Estancia E	17 (32.69%)	35 (67.30%)	52 (100%)
Total		36	87	123

Fuente: Elaboración propia con base en encuesta de percepción de calidad de vida de adultos mayores 2018.

En seguida se analizan las puntuaciones promedio de las ocho variables de la dimensión calidad de vida en cada una de las estancias y se encuentra que en la privada con fines de lucro "A" se encuentran las puntuaciones promedio más altas en las dimensiones de bienestar material y respeto a sus derechos.

En las estancias privadas sin fines de lucro; “C” y “E”, las dimensiones mejor evaluadas por los adultos mayores fueron: bienestar emocional, relaciones interpersonales, inclusión social y autodeterminación, recordando que es en estas estancias en donde se encuentran los percentiles más altos de percepción de calidad de vida de sus adultos.

En la estancia gubernamental las dimensiones con medias más altas en la puntuación fueron bienestar físico y desarrollo personal.

Los resultados de la mayor percepción de calidad de vida en los adultos mayores de la estancia “C”, de la Junta de Asistencia Privada, son a expensas de las variables: bienestar emocional, autodeterminación e inclusión social.

Las variables de gestión que se encontraron con puntuaciones más elevadas en esta estancia son: liderazgo, personas, alianzas, procesos e individualización (cuadro 4.17).

Cuadro 4.17 Diferencias en las ocho variables de calidad de vida entre estancias.

Variables de Calidad de Vida	Privada A	Junta de Asistencia Privada C	Gubernamental M	Junta de Asistencia Privada E
BIENESTAR EMOCIONAL	11.07 (34%)	12.05 (37.65%)	11.14 (34.5%)	10.81 (33.78%)
RELACIONES INTERPERSONALES	10.5 (43.75%)	10.93 (45.54%)	10.14 (42.25%)	11.21 (46.70%)
BIENESTAR MATERIAL	9.86 (35.21%)	9.33 (33.32%)	7.14 (25.5%)	9.62 (34.35%)
DESARROLLO PERSONAL	12.21 (38.15%)	12.91 (40.34%)	13.29 (41.53%)	12.63 (39.46%)
BIENESTAR FÍSICO	9.5 (39.58%)	10.74 (44.75%)	11.14 (46.41%)	10.56 (44%)
AUTODETERMINACIÓN	12.36 (38.62%)	12.88 (40.25%)	12.71 (39.71%)	12.71 (39.71%)
INCLUSIÓN SOCIAL	9.64 (26.77)	11.44 (31.77%)	11.21 (31.13%)	11.4 (31.66%)
DERECHOS	13.21 (66.05%)	13.74 (68.7%)	10.93 (54.65%)	11.65 (58.25%)

Fuente: Elaboración propia con base en encuesta de percepción de de adultos mayores 2018. Castañeda, M., Cabrera, A., Navarro, Y. & Vries, W. (2010). Procesamiento de datos y análisis estadísticos utilizando SPSS.

Se busca profundizar en los resultados para lo cual se realiza una prueba de análisis de varianza (ANOVA) con cada una de las 57 preguntas del cuestionario percepción de Calidad de Vida, encontrándose diferencia entre las cuatro estancias con significancia estadística en 12 de ellas (24.56%) (Castañeda, Cabrera, Navarro, & Vries, 2010)

En la estancia de la Junta de Asistencia Privada “C”, las preguntas que marcaron la diferencia a favor de esta estancia fueron: en general, ¿se muestra satisfecho con su vida presente? ¿manifiesta sentirse querido por las personas importantes para él o para ella? ¿es responsable de la toma de su medicación? ¿recibe información adecuada y suficiente sobre los tratamientos e intervenciones que recibe? ¿cuenta con asistencia legal y/o acceso a servicios de asesoría legal? Y ¿disfruta de todos sus derechos legales?

Específicamente en relación con la pregunta ¿se muestra satisfecho con su vida presente?, se encuentra una diferencia estadísticamente significativa al compararse con la respuesta obtenida en las otras tres estancias con una $p=0.04$, por lo que, podemos decir que el adulto mayor de la estancia “C” de la Junta de Asistencia Privada (JAP) si se muestra más satisfecho con su vida presente si se compara con el adulto mayor de las otras estancias (cuadro 4.18).

Cuadro 4.18 Prueba de ANOVA para la pregunta ¿se muestra satisfecho con su vida presente? por estancia.

Univariate Tests of Significance for SATISFACCION PRESE					
Sigma-restricted parameterization					
Effective hypothesis decomposition					
Effect	SS	Degr. of Freedom	MS	F	p
Intercept	909.9293	1	909.9293	1024.856	0.000000
ESTANCIA	7.3852	3	2.4617	2.773	0.044515
Error	105.6554	119	0.8879		

Fuente: Elaboración propia con base en encuesta de percepción de calidad de vida de residentes adultos mayores. Castañeda, M., Cabrera, A., Navarro, Y. & Vries, W. (2010). Procesamiento de datos y análisis estadísticos utilizando SPSS.

En la estancia de la Junta de Asistencia Privada “E”, las preguntas que marcaron la diferencia fueron: ¿las áreas comunes tienen barreras arquitectónicas que impiden o dificultan alguna de sus actividades? ¿el lugar donde vive necesita reformas para adaptarse a sus necesidades? Y ¿hace planes sobre su futuro?

En la estancia privada con fines de lucro “A”, la pregunta que destacó a su favor fue ¿dispone de las cosas materiales que necesita?

En la estancia gubernamental, las preguntas que muestran diferencia estadísticamente significativa diferenciándola de las otras tres estancias fueron: ¿participa en actividades de ocio cuando le interesan? Y en la casa hogar, ¿le proporcionan información sobre cuestiones que le interesan?

En la siguiente tabla se resumen las preguntas que mostraron alguna diferencia estadísticamente significativa cuando se comparan entre sí las cuatro estancias (Lind, Marchal, Wathen, Obón León, & León Cárdenas, 2012)(cuadro 4.19).

Cuadro 4.19 Preguntas sobre percepción de calidad de vida en las que se encontró diferencia estadísticamente significativa entre las cuatro estancias.

Estancia	Gubernamental	Junta de Asistencia Privada-C	Privada A	Junta de Asistencia Privada-E	p
Dimensión	Pregunta				
Bienestar emocional	En general, ¿se muestra satisfecho con su vida presente?				
	3	3.6	3.2	3.09	0.00021
Relaciones interpersonales	¿Manifiesta sentirse querido por las personas importantes para él o ella?				
	2.85	3.69	3.5	3.67	0.00731
Bienestar material	Las áreas comunes tienen barreras arquitectónicas que impiden o dificultan alguna de sus actividades				
	1.66	2.5	1.87	3.03	0.000136
	¿Dispone de las cosas materiales que necesita?				
	3.07	3.58	3.85	3.75	0.00333
	¿El lugar donde vive necesita reformas para adaptarse a sus necesidades?				
	3	3.62	3.57	3.69	0.016
Desarrollo personal	¿Es responsable de la toma de su medicación?				
Autodeterminación	2.5	2.76	1.42	2.26	0.01398
	¿Hace planes sobre su futuro?				
	1.85	1.93	1.42	2.6	0.001478
Inclusión social	¿Participa en actividades de ocio cuando le interesan?				
	3.5	2.72	2.21	2.61	0.03156
Derechos	En la casa-hogar, ¿le proporcionan información sobre cuestiones que le interesan?				
	3.7	2.79	2.71	3.15	0.01456
	Recibe información adecuada y suficiente sobre los tratamientos e intervenciones que recibe				
	3.14	3.83	3.78	3.53	0.01951
	Cuenta con asistencia legal y/o acceso a servicios de asesoría legal				
	2.14	3.97	3.57	2.42	0.000001
	¿Disfruta de todos sus derechos legales?				
	2.78	3.97	3.92	2.8	0.00246

Fuente: Elaboración propia con base en encuesta de percepción de calidad de vida de adultos mayores. 2018.

4.5 Correlación entre variables

Posterior al análisis descriptivo y comparativo, se procede a buscar relaciones entre las diferentes variables criterio (independientes) y variables predictivas (dependientes) para, de esta manera responder a las preguntas de investigación.

Se elige el análisis de correlación canónica que es una prueba multivariada de regresión múltiple entre k variables independientes y m variables dependientes, por ser la prueba que nos permite correlacionar dos grupos de variables de naturaleza no métrica ya que de acuerdo con la pregunta general de investigación se busca responder a la interrogante sobre la relación entre el grupo de variables de la gestión

de las organizaciones y el grupo de variables de la calidad de vida de los adultos mayores residentes (Kerlinger, 1992; Namakforoosh, 2017).

Dos de los objetivos de esta prueba son:

- A) probar si dos conjuntos de variables están correlacionados y
- B) buscar en cada conjunto las variables que hagan la mayor contribución.

El coeficiente de correlación es la medida de la fuerza de la asociación lineal entre dos variables (Lind et al., 2012). Entre más cercano a +1 o a -1 es el resultado es mas fuerte la asociación entre variables. El valor negativo nos habla de una relación inversa, es decir, mientras una variable muestra una tendencia ascendente, su contraparte muestra una tendencia descendente. Por el contrario, el valor positivo nos habla de la variación en el mismo sentido de ambas variables.

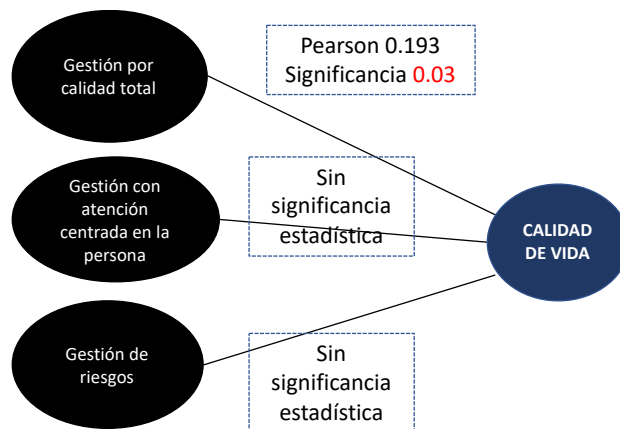
Para el análisis de los datos se utiliza el programa SPSS, versión 25.

Al buscar correlación entre la gestión por calidad total y la percepción de calidad de vida de los adultos mayores se encuentra un coeficiente de Pearson de 0.193 con una significancia de 0.03 y un coeficiente de Wilkis de 0.827 a una significancia de 0.005 (Castañeda et al., 2010).

No se encontró relación estadísticamente significativa entre la gestión con atención centrada en la persona como dimensión y la percepción de calidad de vida, por lo que se procedió a buscar alguna correlación entre cada una de las variables que la integran (individualización y autonomía) y la percepción de calidad de vida. Los resultados se muestran más adelante.

Con la información obtenida no fué posible establecer alguna relación entre la dimensión gestión de riesgos y percepción de calidad de vida, en virtud de que no existe diferencia en las puntuaciones obtenidas en gestión de riesgos en cada una de las estancias estudiadas (figura 4.19).

Figura 4.19. Relación entre dimensiones de gestión y percepción de calidad de vida



Fuente: Elaboración propia con base en encuesta de gestión integral. Castañeda, M., Cabrera, A., Navarro, Y. & Vries, W. (2010). Procesamiento de datos y análisis estadísticos utilizando SPSS.

Se procedió a analizar cada una de las variables que constituyen la gestión por calidad total con las variables que conforman la calidad de vida y se obtienen los siguientes resultados:

La variable liderazgo tiene una relación estadísticamente significativa con la percepción de calidad de vida de los adultos mayores residentes con una significancia de 0.04.

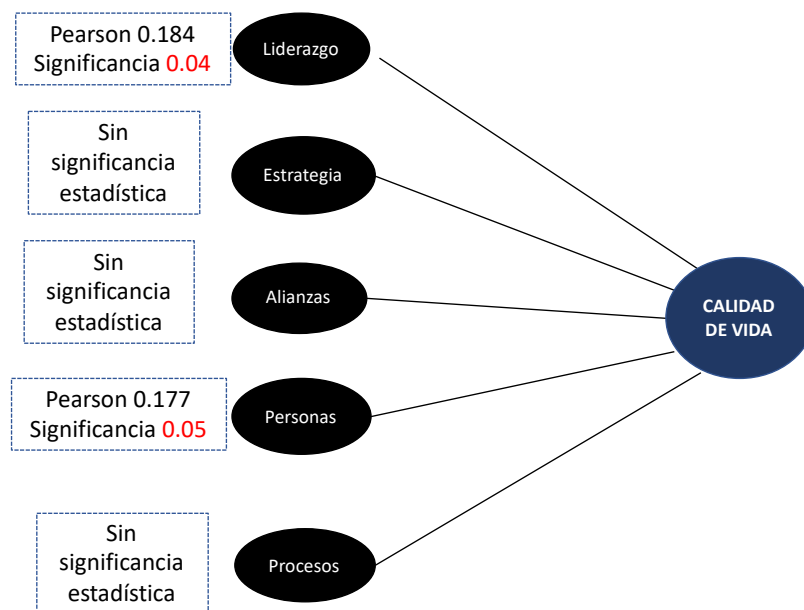
La otra variable que se encuentra con una relación estadísticamente significativa con la percepción de calidad de vida es la variable personas con una significancia de 0.05.

Estas dos variables de la gestión por calidad total; **liderazgo y personas**, se identifican como los dos elementos más importantes a gestionar, en esta dimensión de la gestión, en las estancias gerontológicas permanentes para mejorar la percepción de calidad de vida de los adultos mayores residentes.

Por lo tanto, de acuerdo con estos hallazgos, cualquier modelo de gestión de las estancias gerontológicas en la Ciudad de México, debe incluir estas dos variables. Mas adelante se hablará de las otras dos dimensiones de la gestión investigadas y sus variables correspondientes y su relación con la percepción de calidad de vida.

Las variables estrategia y planeación, alianzas y recursos y procesos, aunque se encuentra alguna relación no son estadísticamente significativas (figura 4.20).

Figura 4.20 Relación entre las variables de gestión por calidad total y percepción de calidad de vida



Fuente: Elaboración propia con base en encuesta de gestión integral (2018). Castañeda, M., Cabrera, A., Navarro, Y. & Vries, W. (2010). Procesamiento de datos y análisis estadísticos utilizando SPSS.

En seguida, se desglosan las ocho variables de la calidad de vida y se busca alguna relación entre la variable gestión por calidad total y cada una de las variables de calidad de vida.

Como resultado de este análisis se encuentra significancia estadística en la relación entre gestión por calidad total y bienestar emocional, bienestar material, desarrollo personal, autodeterminación, inclusión social y derechos (figura 4.21).

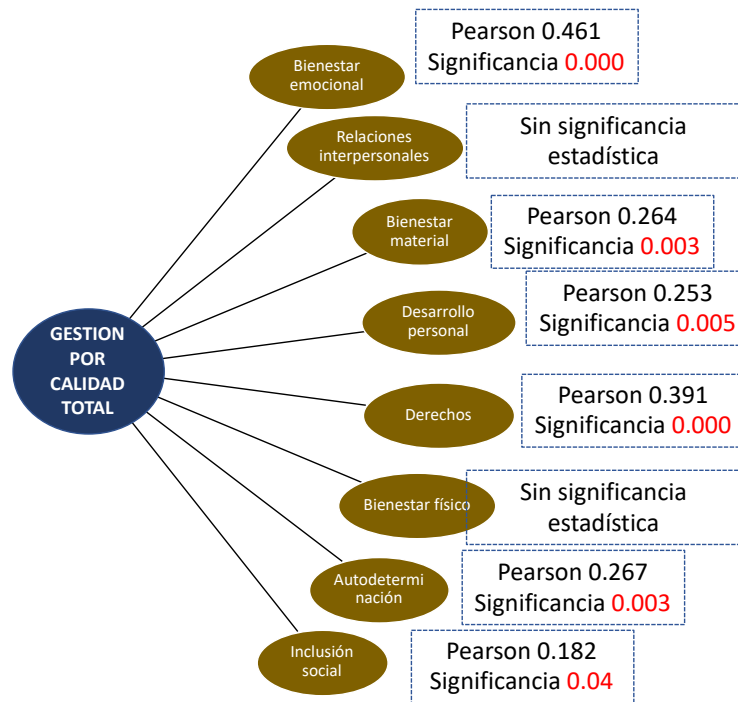
Por lo anterior, se puede concluir que al incluir las variables de gestión liderazgo y personas como dos de los elementos de gestión, se van a tener mejoras en la percepción del bienestar emocional, bienestar material, desarrollo personal, derechos, autodeterminación e inclusión social.

Cuando se habla de la inclusión del **liderazgo** en la gestión, se refiere a que se deben **desarrollar la misión, la visión, los valores, animar al personal operativo a implementar acciones de mejora en la organización, reconocer sus esfuerzos, favorecer sus relaciones armoniosas, esforzarse por lograr el cumplimiento de los propósitos de la organización y la mejora del desempeño de los trabajadores.**

En la variable **personas**, se hace referencia a **definir las funciones de los trabajadores, contar con un plan de formación y herramientas para medir su desempeño.**

Si estas dos variables son incluidas en la gestión de las organizaciones sujeto de estudio, se mejorará la percepción de calidad de vida de sus residentes.

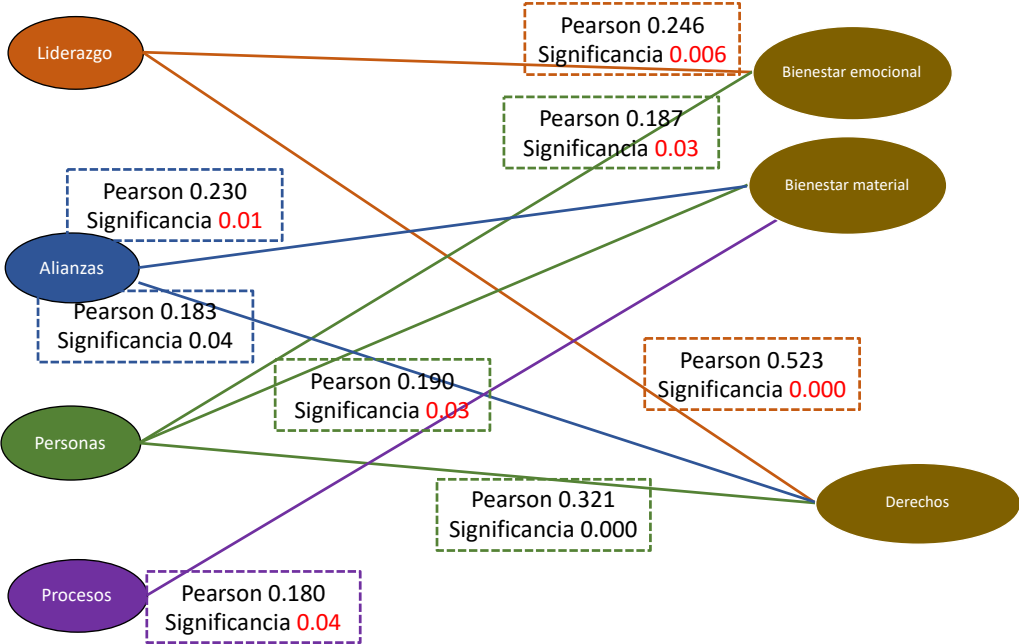
Figura 4.21 Relación entre gestión por calidad total y variables de calidad de vida



Fuente: Elaboración propia con base en encuesta de gestión integral y de percepción de calidad de vida (2018). Castañeda, M., Cabrera, A., Navarro, Y. & Vries, W. (2010). Procesamiento de datos y análisis estadísticos utilizando SPSS.

A continuación, se analiza la relación entre cada una de las variables de gestión por calidad total y las variables de calidad de vida en particular encontrando los siguientes resultados (figura 4.22).

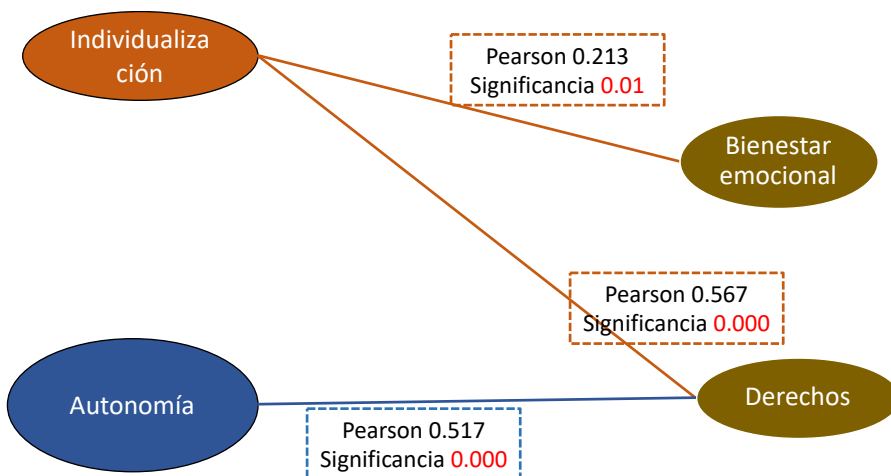
Figura 4.22 Relación entre variables de gestión por calidad total y variables de calidad de vida con significancia estadística



Fuente: Elaboración propia con base en encuesta de gestión integral y percepción de (2018). Montgomery, D. (2004). Diseño y análisis de experimentos.

Analizando las variables del componente gestión con atención centrada en la persona, se encuentra que la variable individualización tiene una relación estadísticamente significativa con el bienestar emocional y la percepción de respeto a sus derechos por el residente adulto mayor. Igual fenómeno se encuentra entre autonomía y derechos (Montgomery, 2005) (figura 4.23).

Figura 4.23. Relación entre variables de gestión con atención centrada en la persona y variables de calidad de vida con significancia estadística



Fuente: Elaboración propia con base en encuesta de gestión integral y calidad de vida(2018). Castañeda, M., Cabrera, A., Navarro, Y. & Vries, W. (2010). Procesamiento de datos y análisis estadísticos utilizando SPSS.

4.6 Análisis e interpretación de resultados

El presente estudio buscó identificar las características de gestión de estancias gerontológicas permanentes en la Ciudad de México, que podrían contribuir a mejorar la percepción de calidad de vida de sus adultos mayores.

En las cuatro estancias gerontológicas permanentes incluidas en la muestra, son muchos los esfuerzos que se están haciendo por mejorar la percepción de calidad de vida de sus residentes, algunos de estos esfuerzos con resultados motivadores y otros más con resultados frustrantes por no haber conseguido los objetivos esperados.

Esto los ha llevado a la búsqueda continua de la mejora en la calidad y a la aceptación en participar en el presente trabajo que busca, como ellos lo hacen cada día, mejorar la percepción de calidad de vida de sus residentes.

Mediante la comparación de los hallazgos en las cuatro estancias se busca identificar fortalezas y debilidades que puedan explicar las diferencias en los elementos de gestión y su probable relación con la percepción de calidad de vida de sus adultos mayores y, de esta manera, se identificaron nueve variables de gestión relacionadas con mayor percepción de calidad de vida.

4.6.1 Síntesis de los resultados

Para el momento del estudio, la estancia C, estancia privada sin fines de lucro, de tamaño mediano por el número de trabajadores; destaca por la formación académica de su líder en administración gerontológica.

Cuenta con una misión y visión desarrolladas, aunque al analizarlas se observan poco motivadoras. Su estructura organizacional contempla un área administrativa y un área de servicios integrales al residente. Tiene algunos

documentos gerenciales ya desarrollados y una infraestructura en la que se contempla el modelo *housing* en algunas áreas. Se tienen alianzas con instituciones educativas y altruistas que aportan donativos para el sostenimiento de la estancia y que piden transparencia en el ejercicio del presupuesto.

Esto se puede explicar por la presencia de normativas internas que establece los requisitos mínimos de funcionamiento de las estancias gerontológicas que forman parte de la Junta de Asistencia Privada; así como, por la existencia de normas que rigen la transparencia en el ejercicio de los recursos económicos.

En contraparte, la estancia M, gubernamental; destaca en el extremo del espectro por no contar con documentos gerenciales, no contar con un organigrama interno ni una misión y visión establecidas. Una infraestructura poco adaptada a las necesidades del adulto mayor y la ausencia de alianzas con otras organizaciones. Lo anterior puede explicarse por la falta de una normativa que establezca los mínimos que debe tener una estancia para asegurar un servicio de calidad por parte de las estancias, así como la falta de un programa de acreditación de estas (cuadro 4.20).

Cuadro 4.20 Comparativo de las características generales de las estancias

Estancia	C	M	E	A
Cualificación del Líder	Formación académica: especialidad en administración gerontológica. 2 años en el puesto. Cuenta con documentos gerenciales: manual de organización y plan estratégico.	Formación académica: médico general. 4 años en el puesto. No documentos gerenciales	Jefe de área con formación académica especialidad de geriatría. 18 meses en el puesto. No se tienen documentos gerenciales.	Directivo con formación de Médico General. Tiempo en el puesto 18 meses. No se tienen documentos gerenciales
Estructura organizacional	Organigrama con 2 áreas funcionales: administrativa y servicios integrales al residente. El área administrativa es robusta e incluye el departamento	No se cuenta con organigrama	Cuenta con 4 áreas funcionales: Médico, psicología, nutrición y gerontología. Los servicios administrativos dependen del	Organigrama con 2 áreas funcionales que incluyen un área médica y una administrativa.

	de finanzas, recursos humanos y recursos materiales.		hospital del cual depende.	
Misión y visión	Confusas en conceptos de misión y visión. Visión poco motivadora	No se cuenta	No se cuenta con visión	Cuenta con visión que no contempla al cliente interno. No cuenta con misión
Estructura física	Amplias áreas comunes, habitaciones individuales con concepto <i>housing</i> , área para enfermos sin privacidad	Casa adaptada con apoyos insuficientes al adulto mayor	Amplias áreas con apoyos para el adulto mayor. Una de las seis salas con modelo <i>housing</i>	Amplias áreas comunes con algunos apoyos para el adulto.
Personal	Ratio 1.04	Ratio 0.75	Se ignora	Ratio 1.88
Políticas y estrategia	Falta difundir y aplicar a las áreas el plan estratégico	No se cuenta con plan estratégico	No se cuenta con plan estratégico	No se cuenta con plan estratégico
Procesos	Pendiente identificar procesos clave, redactarlo, difundirlos y aplicarlos por el personal	Sin definir	Definidos solo procesos de enfermería, que se conocen y se aplican. Sin definir el resto de los procesos.	Aún por definir
Alianzas	Se tienen alianzas con organizaciones educativas y altruistas	No se tienen	Alianzas con diversas instituciones educativas y organizaciones altruistas.	Alianza con una Fundación que recibe los adultos abandonados.

Fuente: Observación y entrevista abierta al personal de las estancias gerontológicas de la muestra (2018).

4.6.1.1 Confrontación de las hipótesis

Derivado de los resultados obtenidos en los análisis cualitativo y cuantitativo del presente estudio, se realizan las siguientes interpretaciones:

Hipótesis General: Las estancias gerontológicas permanentes de la Ciudad de México que incorporan una gestión que incluya el enfoque en la calidad total, la atención centrada en la persona y la prevención de riesgos clínicos, mejoran la percepción de calidad de vida de sus adultos mayores residentes.

Al analizar las variables de Gestión por Calidad Total en las estancias, se tiene que, las estancias correspondientes a la Junta de Asistencia Privada, es decir, privadas sin fines de lucro, son las que han logrado incorporar mayores elementos de este tipo de gestión, por lo que obtuvieron una puntuación más alta.

Al buscar la correlación entre incorporación de gestión por calidad total y percepción de calidad de vida, se encontró que la estancia en donde se incluyen estos elementos a su gestión, específicamente en las variables liderazgo, alianzas y recursos y procesos; se percibe una mayor percepción de calidad de vida por sus adultos mayores residentes.

Cuando se correlacionan gestión con atención centrada en la persona y percepción de calidad de vida, se encontró que las estancias que incluyen estos elementos, muestran mayores índices de percepción de calidad de vida en sus residentes adultos mayores.

Con base en lo anterior se puede decir que, se confirma parcialmente la hipótesis general de trabajo dado que, las estancias gerontológicas permanentes de la Ciudad de México que incorporan una gestión que incluya el enfoque en la calidad total y de atención centrada en la persona, mejoran la percepción de calidad de vida de sus adultos mayores residentes.

A continuación, se muestra la significancia estadística encontrada entre las diversas variables de gestión y la percepción de calidad de vida de los adultos mayores, así como las pruebas estadísticas utilizadas y las respuestas a las preguntas de investigación (cuadro 4.21).

Cuadro 4.21 Resumen de las pruebas estadísticas utilizadas por pregunta de investigación

Pregunta de investigación	Prueba estadística	Tipo de análisis	Resultado de la prueba			Interpretación	Hipótesis
			Variables	Pearson	Significancia		
¿Cómo se relaciona la gestión de las estancias gerontológicas permanentes en la Ciudad de México con la percepción de calidad de vida de los adultos mayores residentes?	Correlación canónica Coeficiente de correlación de Pearson Rho de Spearman	Estadística Inferencial	Liderazgo y bienestar emocional	0.246	0.006	Las estancias donde los directivos desarrollan una misión, visión y valores, animan al personal operativo a implementar acciones de mejora y reconocen sus esfuerzos, favorecen relaciones armoniosas, se esfuerzan por lograr el cumplimiento de los propósitos de la organización y la mejora del desempeño de los trabajadores se asocian a un mayor bienestar emocional y respeto a los derechos de los adultos mayores residentes.	General Las estancias gerontológicas permanentes de la Ciudad de México que incorporan una gestión que incluya el enfoque en la calidad total, la atención centrada en la persona y la
			Liderazgo y derechos	0.523	0.000		
			Personas y bienestar emocional	0.187	0.03		
			Personas y bienestar material	0.190	0.03		
			Personas y derechos	0.443	0.000		

			Alianzas y recursos y bienestar material	0.230	0.01	Cuando se tienen definidas las funciones de los trabajadores, se cuenta con un plan de formación, herramientas para medir el desempeño; se asocia a mayor bienestar material y de respeto de derechos de los residentes adultos mayores. Las alianzas y recursos con otras organizaciones y la presencia de sistemas informáticos ayudan a mejorar el bienestar material y los derechos de los adultos mayores. La documentación de los procesos, la definición de responsables y la utilización de indicadores de seguimiento se asocia a un mayor bienestar material de los residentes.	prevención de riesgos clínicos, mejoran la percepción de calidad de vida de sus adultos mayores residentes.
		Alianzas y recursos y derechos	0.183	0.04			
		Procesos y bienestar material	0.180	0.04			
			Individualización y bienestar emocional	0.213	0.01	Cuando se respetan los deseos y expectativas de la persona adulta mayor y se individualiza la atención atendiendo a sus necesidades de salud, se encuentra mayor percepción de bienestar emocional y de respeto a sus derechos.	
			Individualización y derechos	0.567	0.000		
			Autonomía y derechos	0.517	0.000		
¿Cuales son las características de gestión de las estancias gerontológicas permanentes de la Ciudad de México en 2018-2019?	Análisis cualitativo	Análisis cualitativo	NA			Algunos elementos de gestión por procesos. Otros elementos de gestión reactiva.	La gestión reactiva es la más frecuentemente utilizada en las estancias gerontológicas permanentes de la Ciudad de México en 2018-2019
¿Cuál es la diferencia en el índice de percepción de calidad de vida de los adultos mayores residentes en las estancias gerontológicas permanentes de la Ciudad de México relacionado con el sector al que pertenecen público o privado en 2018-2019?	Prueba de hipótesis Prueba de ANOVA	Estadística inferencial	Dimensión	F	sig	Existe diferencia en la percepción de calidad de vida de los adultos mayores dependiendo del sector al que correspondan sus estancias, encontrándose una mejor percepción de calidad de vida en las residencias que pertenecen a la Junta de Asistencia Privada, aunque sin significancia estadística. La dimensión en la que se encuentra diferencia estadísticamente significativa es Inclusión social, que es mayor en las estancias pertenecientes a la Junta de Asistencia Privada "C" y "E".	Específica
			Calidad de Vida:	0.660	0.422		Los adultos mayores residentes en las estancias gerontológicas permanentes del sector público en la Ciudad de México en 2018-2019, tienen índices más altos de percepción de calidad de vida comparado con las estancias del sector privado.
			Inclusión social:	10.020	.002		

Fuente: Elaboración propia con base en encuestas, entrevistas e investigación documental de las estancias permanentes participantes (2018).

Hipótesis de investigación 1: La gestión reactiva es la más frecuentemente utilizada en las estancias gerontológicas de la Ciudad de México en 2018-2019.

El análisis cualitativo de la información obtenida mediante la entrevista semi-estructurada al personal directivo y operativo de las estancias, así como la revisión de los documentos gerenciales, permitió identificar lo siguiente:

En la muestra de estancias estudiadas se observan elementos de gestión por procesos y de gestión reactiva, en proporción variable dependiendo de la estancia que se estudia.

En general, no se cuenta con un plan estratégico que se utilice como una guía para la gestión de las estancias.

En dos de las cuatro estancias de la muestra, no se cuenta con una declaración de misión, visión y valores; en una más se tiene, pero se desconoce por el personal. En ninguna de las cuatro se cuenta con estrategias definidas para el logro de los objetivos basadas en el análisis de la organización y su entorno.

Aquellas estancias que declararon gestionar por procesos, al revisar las documentales se encuentra que son escasos los procesos que se encuentran documentados.

En aquellos procesos documentados, al interrogar al personal, se encuentra que se desconocen por el personal operativo y que no se aplican, por lo que no se tiene una estandarización en el actuar del personal dentro de la organización especialmente en el nivel gerencial operativo.

Al no contar con un plan estratégico, un programa de trabajo en tres de las cuatro estancias de la muestra, ni objetivos y metas definidos; la mayor parte de las decisiones se toman de manera reactiva, constituyéndose en una oportunidad de mejora para las estancias.

Por lo anterior, se confirma la hipótesis específica de que la gestión reactiva es la más frecuentemente utilizada en las estancias gerontológicas permanentes de la Ciudad de México en 2018-2019.

Hipótesis de investigación 2. Los adultos mayores residentes en las estancias gerontológicas permanentes del sector público en la Ciudad de México en 2018-2019, tienen índices más altos de percepción de calidad de vida comparado con las estancias del sector privado.

Derivado del análisis cuantitativo de la información obtenida mediante las encuestas de percepción de calidad de vida a los adultos mayores residentes, se encuentra lo siguiente:

Existen diferencias en la percepción de calidad de vida entre las diferentes estancias dependiendo del sector al que corresponden observándose una percepción de mejor calidad de vida global en los adultos mayores residentes de estancias correspondientes a la Junta de Asistencia Privada, con lo que se confirma parcialmente la hipótesis dado que se encuentran mayores índices de percepción de calidad de vida en las estancias gerontológicas permanentes del sector privado sin fines de lucro.

4.6.1.2 Gestión desde la percepción del adulto mayor

Al analizar las opiniones respecto a la atención recibida en las estancias gerontológicas permanentes de la muestra se encuentra que, el 66% de las inconformidades, se encuentran relacionadas con problemas de salud que viven los residentes. Esto es de suma importancia ya que no podría ser detectado mediante el análisis cuantitativo por no ser exhaustivo el cuestionario en cuestiones de salud tan diversas como las manifestadas en la entrevista abierta y que, por la magnitud de su presentación, deberá ser uno de los elementos de la gestión a incluirse para impactar positivamente en los resultados de la percepción de calidad de vida.

Este factor detectado, relacionado con la salud de los adultos mayores destaca de manera crucial la importancia del componente salud que, de manera independiente de los servicios asistenciales impacta en la percepción de calidad de vida de los residentes adultos mayores. Dentro de este componente salud es necesario considerar la prevención de riesgos clínicos manifestado en el número de caídas detectado en este estudio.

Dicho en otras palabras, aunque el adulto mayor estuviera satisfecho con los servicios recibidos de cuidados al interior de la estancia como alimentación, higiene, movilización y atenciones, si no se atiende el rubro correspondiente a la percepción de la salud por el adulto mayor, se tendrá poco avance en la mejora de la percepción de calidad de vida de estos usuarios.

El 33% manifestó inconformidades relacionadas con los servicios asistenciales recibidos y que pudieran estar relacionadas con el impacto en la percepción de calidad de vida. Las causas de inconformidad detectadas en el 80% de las inconformidades fueron en orden descendente: alimentos, personal de atención directa, elementos de infraestructura, relaciones interpersonales con sus compañeros, reglamentos internos de las estancias y actividades escasas o no incluyentes.

Tanto el componente salud como la satisfacción con los servicios asistenciales podrían constituirse en resultados intermedios susceptibles de monitorearse mediante indicadores y que podrían impactar en los resultados finales de percepción de calidad de vida identificados en el componente cuantitativo como: bienestar emocional, bienestar material, relaciones interpersonales y respeto a derechos.

Mediante esta metodología de monitoreo estaremos incluyendo al adulto mayor como elemento importante en la gestión de los servicios gerontológicos.

Cuando buscamos cuales son los atributos de la calidad en salud relacionados con las inconformidades manifiestas por los adultos mayores con los servicios recibidos; encontramos elementos que son factibles de monitorearse y controlarse desde el punto de vista administrativo y que podrían estar relacionados con los resultados finales de la percepción de calidad de vida. Así, por ejemplo, las inconformidades recibidas relativas a las condiciones de salud de los residentes tienen que ver con el ejercicio de los profesionales de la salud en apego al conocimiento científico

vigente y de acuerdo con los recursos disponibles redundando en la mejora del estado de salud y satisfacción de los usuarios.

La satisfacción con los alimentos se relaciona con la integralidad de los servicios que refleja una adecuada coordinación del área administrativa, nutriólogos, servicios generales, enfermería, marketing, finanzas y por supuesto las áreas directivas.

Las relaciones con el personal reflejan la comprensión y empatía que esperan los usuarios obtener del personal en su totalidad tanto los de trato directo como indirecto.

Por cuanto a las relaciones interpersonales con los otros adultos mayores reflejan el grado de comunicación eficiente entre ellos y favorecida por el personal en su conjunto.

La percepción de las condiciones estructurales de la estancia manifiesta el grado de adecuación a las necesidades del adulto mayor, incluidos los apoyos que requiere para su movilidad de manera satisfactoria y segura.

Por último, la presencia de eventos adversos tiene que ver con el atributo que se conoce como seguridad clínica y en el que se identifican todas las medidas que se realizan para identificar, tratar y controlar todos los riesgos existentes para la salud del adulto mayor residente (Cabadas, 2015) (cuadro 4.22).

Cuadro 4.22 Correspondencia entre inconformidades manifestadas por los adultos mayores y atributos de calidad

Inconformidad	Atributo de Calidad
Condiciones de Salud	Fiabilidad Técnica
Satisfacción con alimentos	Integralidad
Relaciones con el personal	Comprensión
Relaciones entre adultos mayores	Comunicación
Percepción de infraestructura	Adecuación
Eventos adversos	Seguridad clínica

Fuente: Elaboración propia con base en Avión, C. 2015, La Calidad Asistencial ¿de qué estamos hablando? Cir. May. Amb., 20(2); 79-82.

Una vez concluido el análisis de los resultados se busca integrar un modelo que represente aquellos hallazgos que, tanto desde el punto de vista teórico como empírico, guarden correlación en los dos grupos de variables analizadas; las variables independientes de gestión y las variables dependientes de la percepción de calidad de vida (Cordera Pastor, 1986).

4.7 Una propuesta de Modelo de Gestión Integral

El estudio de casos múltiples nos permitió identificar aquellas características de gestión que se relacionan positivamente con las variables de percepción de calidad de vida. Esto se traduce en un modelo que deberá ser probado y que permite establecer las directrices de gestión de las estancias gerontológicas permanentes.

El modelo que se genera corresponde al tipo fáctico-formal y representa un enfoque de sistemas de la gestión de las estancias gerontológicas permanentes de tipo abierto ya que está influenciado por los otros sistemas del entorno. De tipo probabilístico ya que sus resultados están influenciados por múltiples variables. Compuesto por entradas (*in puts*), procesos y salidas (*out puts*), estas últimas, participando en la retroalimentación del sistema mismo (Cordera Pastor, 1986; Martínez-González et al., 2008; Avedis Donabedian, 1992),

Se basa en la premisa de que el objetivo final de la gestión es favorecer la efectividad de las organizaciones para optimizar los recursos existentes y obtener de mejores resultados. La intención del modelo es enfatizar aquellos elementos del sistema que hoy por hoy en las estancias gerontológicas permanentes tendrán un mayor impacto positivo en la percepción de calidad de vida de los residentes adultos mayores.

El modelo está constituido por tres bloques:

- ◆ El de estructura y procesos de la organización, que contiene a su vez, dos componentes; uno central y otro periférico.
- ◆ El bloque de los atributos de calidad detectados mediante la percepción subjetiva del adulto mayor y que corresponde a los resultados absolutamente subjetivos y
- ◆ El tercero, de los elementos de impacto en la percepción de calidad de vida. Estos resultados cuantificables con las escalas actualmente disponibles y con una menor carga de subjetividad.

Los elementos encontrados en el primero y tercer bloque son aquellos que de manera diferenciada se presentan en las cuatro estancias de la muestra y que obtuvieron alguna diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$) al correlacionados con las variables de la calidad de vida de los adultos mayores.

Los elementos del segundo bloque son el resultado del análisis cualitativo de las percepciones de los adultos mayores residentes.

Como integrantes del primer bloque, se tiene un componente periférico y un componente central. En el componente periférico se encuentran los elementos de la estructura que dan soporte a los procesos de la organización y que son: liderazgo, alianzas, personas y estrategia y planeación. Se describen brevemente los elementos del componente periférico del primer bloque.

- El **liderazgo** como agente direccionador de la organización mediante el establecimiento de un plan estratégico, pero también como agente de motivación a los subordinados al reconocer los esfuerzos y como agente

comunicador en los sentidos ascendente, descendente y transversal de la organización.

- Las **alianzas** con organizaciones que apoyen a la estancia al cumplimiento de los objetivos y la existencia de sistemas informáticos que ayuden a mejorar el bienestar material y la percepción de respeto a sus derechos por parte de los adultos mayores.
- Las **personas** integrantes de la organización como elemento importante en las entradas del sistema; lo anterior incluye contar con un plan de formación en todos los niveles y herramientas para medir el desempeño.
- Los **procesos**, que se refiere a la importancia de la documentación de los procesos identificados como fundamentales para la organización, así como la definición de sus responsables y el establecimiento de indicadores de seguimiento.

En el componente central del primer bloque, se encuentran desglosadas las características fundamentales de los **procesos** de la organización que deben incluir:

- **Individualización**, considerando las necesidades muy particulares de cada adulto mayor.
- Respeto a la **autonomía**, que se refiere a las decisiones que debe tomar el propio adulto con base a la información tanto en lo cotidiano como en las decisiones críticas.
- Prevención de **riesgos clínicos**, que implica considerar en todos los procesos el mayor riesgo clínico al que están expuestos todos los adultos mayores en diferentes grados y la consecuente adecuación de los procesos para reducir dichos riesgos. Esta variable debe necesariamente ser incluida a la par que la autonomía en virtud del incremento en los riesgos clínicos identificados en las estancias que incorporan la atención centrada en la persona.

En el segundo bloque se incluyen los atributos de calidad que, desde la percepción subjetiva del usuario final adulto mayor deben incluir los resultados, que se alcanzan con los elementos del primer bloque y que son:

- **Fiabilidad técnica**, manifiesta a través de las condiciones de salud del usuario en cuestión.
- **Integralidad**, expresada a través de la satisfacción con los servicios de alimentación como un resultado transversal a todos los procesos.
- **Comunicación**, que se detecta con la calidad de las relaciones entre el personal y los usuarios adultos mayores.
- **Comprensión**, identificada a través de las interrelaciones entre los propios residentes adultos mayores.
- **Adecuación**, que manifiesta las características estructurales adaptadas a las necesidades del adulto mayor y percibidas directamente por éste.
- **Seguridad clínica**, manifiesta por la presentación de eventos adversos cuyos resultados recaen sobre el residente.

Los elementos del segundo bloque conducirán al tercer bloque que son los elementos de la calidad de vida relacionados con los atributos percibidos por el adulto mayor y que con producto de los elementos del primer bloque.

En este se incluyen:

- **Bienestar emocional**, componente de la calidad de vida relacionado con aspectos como el autoconcepto, la satisfacción y la ausencia de stress de acuerdo con el modelo de calidad de vida de Shalock y Verdugo.
- **Relaciones interpersonales**, dimensión relacionada con el proceso de comunicación, interacción y sociabilización con otras personas, sean o no familiares.
- **Bienestar material**, esta dimensión hace referencia a los aspectos arquitectónicos, económicos y materiales que posibilitan una forma de vida confortable y saludable.
- **Derechos**, contempla los derechos humanos y legales de la persona desde los principios de autonomía, participación, integridad, individualidad, inclusión social, independencia, continuidad de atención, privacidad, dignidad y respeto (figura 4.24).

Figura 4.24 Propuesta de Modelo de Gestión Integral para las estancias gerontológicas permanentes en la Ciudad de México



Fuente: Elaboración propia con base en Cordera, A., (1986) Modelos de Sistemas de Atención Médica, Salud Pública México; 28: 230-242. Modelo de Evaluación de la Calidad de los Servicios de Avedis Donabedian (Donabedian, A.,2001, Revista de Calidad Asistencial, 16: S11-S27)

4.8 Discusión

Con base en los resultados obtenidos en nuestro estudio, es indispensable la generación del modelo de gestión integral para las estancias gerontológicas como el que estamos proponiendo, con el fin de mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

Al realizar el análisis comparativo de la variable **liderazgo** de la dimensión de gestión por calidad total de acuerdo con el modelo EFQM, se encuentra que la falta de una misión y visión cohesiva, falta de definición de los valores de la organización, de reconocimiento a los esfuerzos y logros del personal, así como de motivación para que el personal inicie acciones de mejora; se relaciona con una menor percepción de calidad de vida de los adultos mayores residentes lo cual concuerda con los hallazgos de otros autores como Vaughn y cols (2019) y Kvale (2018) quienes encuentran resultados similares en las organizaciones de salud y en organizaciones gerontológicas respectivamente (Vaughn et al., 2019; Havig & Hollister, 2018).

Lo anterior muy probablemente relacionado con la falta de identificación de la razón de ser de las organizaciones gerontológicas y la definición de “hacia dónde quieren llegar”. Esto permitiría el despliegue de esa visión motivadora hacia los objetivos y metas que buscarían mejorar la percepción de calidad de vida de sus residentes. Aunque son múltiples los factores que determinan la percepción de calidad de vida dentro y fuera de la organización, de acuerdo con la literatura y los hallazgos empíricos del presente trabajo, el liderazgo es una de las variables que se deben priorizar en las estancias gerontológicas de la Ciudad de México.

Si se va a trabajar para mejorar la percepción de calidad de vida en las estancias gerontológicas en la Ciudad de México, uno de los factores a priorizar de acuerdo con estos hallazgos, es el liderazgo entendido de acuerdo con el modelo adoptado en el presente trabajo, en donde no se establece el tipo de interacción con los seguidores y que sería motivo de nuevas investigaciones sino, con la identificación de la misión, visión y valores de la organización, el favorecimiento de acciones de mejora y el reconocimiento a los logros de sus trabajadores.

Por otro lado, se encontró una correlación estadísticamente significativa en la variable **personas**, como componente de la gestión por calidad total sobre la percepción de calidad de vida de los adultos mayores, específicamente con las variables bienestar emocional ($p=0.03$), bienestar material ($p= 0.03$) y derechos ($p= 0.00$). Estos hallazgos concuerdan con lo encontrado en los estudios de White et al (2019), Jarrin (2017), Rajamohan (2019), Lee (2015), Backhaus (2017) y Zúñiga (2014). El componente – personas- hace referencia a la gestión y el desarrollo de las personas que trabajan en la organización, así como la preocupación, comunicación y recompensas que hace la organización hacia sus trabajadores para motivarlas y lograr su compromiso (White, E., Aiken, L., Sloane, D & McHugh, 2010; Rajamohan et al., 2019; Jarrin et al., 2017; Lee et al., 2015; Backhaus et al., 2017; Zúñiga et al., 2014).

El compromiso con el bienestar de los adultos mayores por parte de los trabajadores explicaría la percepción de bienestar emocional y el respeto de sus derechos como

personas. Es muy probable que el bienestar material no cambie sino, el componente subjetivo de dicho bienestar, es decir, la percepción que el residente tiene de su estilo de vida.

La variable **alianzas y recursos** es entendida en el modelo de Gestión por Calidad Total, como la gestión de las alianzas externas de la organización y su relación con proveedores y recursos internos, para apoyar sus políticas y estrategias para desempeñar sus procesos. Se encuentra una relación estadísticamente significativa ($p= 0.01$) con la percepción de calidad de vida en sus variables bienestar material y derechos. No se han encontrado estudios que apoyen la relación entre estas variables que, sin embargo, pueden explicarse por la presencia de apoyos por parte de las organizaciones con las que se establecen alianzas y que permiten una percepción de bienestar material por parte de los residentes adultos mayores.

Otra variable que se encontró con una relación estadísticamente significativa ($p= 0.04$), es la variable **procesos**, específicamente con la variable bienestar material de la calidad de vida del adulto. La optimización de los recursos es uno de los beneficios que se encuentran al aplicar la gestión por procesos como lo reporta Chacón (2018), en el ámbito sanitario. A nivel de las organizaciones gerontológicas Hernández (2018), reporta beneficios de este tipo de gestión sobre la calidad de vida de los adultos mayores residentes (Chacón, J., 2017; Hernández et al., 2018).

Muy probablemente la identificación y estandarización de los procesos contribuya a la optimización de los recursos identificados en el presente trabajo en la variable bienestar material.

Al evaluar la relación de la gestión con atención centrada en la persona con la percepción de calidad de vida, se encuentra que ambas variables tienen una correlación estadísticamente significativa con algunas variables de la calidad de vida como bienestar emocional y derechos, esto concuerda con lo referido en la literatura a partir de un trabajo experimental que incluyó a 119 residentes adultos mayores (Díaz-Veiga, 2014), sobre los efectos positivos de la implementación del modelo de atención centrada en la persona y una mejor percepción de calidad de vida en los residentes (Díaz-Veiga et al., 2014).

Es esperable que al sentirse respetados en sus decisiones y tratados de manera particular, el adulto mayor percibe un mayor bienestar emocional y un mayor respeto a sus derechos como persona.

Las variables incluidas dentro de la dimensión gestión con atención centrada en la persona se analizaron separadamente y se encontró una relación estadísticamente significativa entre la variable **individualización** y bienestar emocional ($p= 0.01$) y derechos ($p= 0.00$), así como entre la variable **autonomía** y derechos ($p= 0.000$). Lo anterior es semejante a lo reportado por Díaz-Veiga (2014)(Díaz-Veiga et al., 2014).

Con respecto a la **gestión de riesgos** y su relación con la calidad de vida no ha sido posible mediante esta metodología, encontrar alguna correlación, muy probablemente relacionado con el hecho de que las variables incluidas en la dimensión gestión de riesgos en el presente estudio no se están considerando como parte de la gestión de las organizaciones estudiadas (presencia de un plan y un

comité de seguridad). En las estancias de la muestra, la gestión de riesgos se encuentra aún en un nivel en donde solo se acepta la existencia de factores de riesgos clínicos, sin llegar al nivel de identificación de estos, su priorización y tratamiento. Es deseable que las estancias gerontológicas desarrollen una mayor cultura de prevención de riesgos clínicos en su gestión.

Lo anterior no significa que no exista correlación entre gestión de riesgos clínicos y percepción de calidad de vida de los adultos mayores, sino que, como lo reporta Gartshore (2017) en su revisión de 24 estudios, aún hay escasa permeación de la cultura de seguridad en este sector, lo cual coloca a las cuatro estancias de la muestra en el mismo bajo nivel de gestión de riesgos y torna imposible establecer diferencias entre ellas y por tanto, dificulta la comparación en este punto.

Molony (2018), en un trabajo de revisión realizado en adultos mayores con Alzheimer, reporta los hallazgos de Chen & Simon (2014), sobre la presencia de un mayor riesgo de errores en el manejo de las finanzas, Wucherer et al (2016), el mayor riesgo de eventos adversos relacionados con la medicación, Rapoport, Cameron Sanford & Nagli (2017) el mayor riesgo de caídas, De ruter, et al (2017), mayor riesgo de fuga y extravío. Por lo anterior se puede decir que la gestión de riesgos para los adultos mayores es fundamental para lograr la reducción de incidencia de los mismos, sin embargo, son necesarios trabajos aplicados a población adulta mayor sin demencia (Molony, Kolanowski, Van Haitsma, & Rooney, 2018).

Por último, la satisfacción del adulto mayor ha sido estudiada en algunas estancias gerontológicas como el estudio realizado en Bangkok (Pourprasert, 2018) aunque los resultados difieren en cuanto a la percepción de los servicios recibidos ya que los 108 entrevistados en el estudio refiere un alto nivel de satisfacción con los servicios cotidianos recibidos como la alimentación, la ayuda para retirarse la ropa, ayuda para usar el baño, ayuda para bañarse y el empoderamiento para la autoayuda del adulto (Pourprasert, 2018).

4.9 Conclusiones

Existe correlación positiva directa entre algunos elementos de gestión y la percepción de calidad de vida de los adultos mayores residentes en las estancias gerontológicas permanentes en la Ciudad de México. Estos elementos de gestión incluyen componentes de la gestión por calidad total y gestión con atención centrada en la persona.

El tipo de gestión que predomina en las estancias gerontológicas estudiadas es de tipo reactivo, aunque cada vez hay mayor interés por incorporar una gestión por procesos.

Hay una mayor percepción de calidad de vida en los adultos mayores de las estancias privadas sin fines de lucro en comparación con las gubernamentales y privadas con fines de lucro.

La estancia privada sin fines de lucro, donde los directivos participan activamente en la elaboración de la misión, visión y valores de la estancia, animan a su personal

operativo a implementar acciones de mejora, reconocen sus esfuerzos, favorecen relaciones armoniosas, se esfuerzan por lograr el cumplimiento de los propósitos de la organización y la mejora del desempeño de los trabajadores; tiende a una mayor percepción de la calidad de vida de los residentes adultos mayores, en particular en su bienestar emocional y la percepción de respeto a sus derechos.

En este mismo componente de gestión por calidad total, las alianzas con otras organizaciones y la presencia de sistemas informáticos también se relacionan positivamente con la percepción de calidad de vida de los residentes en particular en el bienestar material que perciben y de respeto a sus derechos.

Cuando las estancias gerontológicas tienen definidas las funciones de los trabajadores, se cuenta con un plan de formación y herramientas para medir el desempeño; se relaciona con una mejor percepción de calidad de vida específicamente en cuanto a la percepción del bienestar emocional, bienestar material y respeto a sus derechos.

Se encontró que la documentación de los procesos, la definición de responsables y la utilización de indicadores de seguimiento, se asocia a una mayor percepción de bienestar material por parte de los adultos mayores.

La estancia que incorpora una gestión centrada en la persona, tanto en lo que se refiere a individualizar sus planes de acompañamiento como en el aspecto de respetar su autonomía; tiene una correlación positiva con la percepción de calidad de vida en sus variables bienestar emocional y derechos.

Una atención individualizada y favoreciendo las decisiones del adulto mayor, se asocian a una mayor percepción de bienestar emocional, autonomía y respeto a sus derechos.

Con relación a la gestión de riesgos clínicos y su relación con la percepción de calidad de vida de los adultos mayores residentes, no fue posible encontrar alguna correlación mediante esta metodología, básicamente debido a que aún no incorporan en su gestión, elementos de prevención de riesgos, las estancias gerontológicas permanentes de la muestra.

Limitaciones

Por tratarse de un estudio de casos múltiples, el tamaño de la muestra torna difícil la generalización de los resultados obtenidos, siendo necesaria la realización de estudios que utilicen muestras representativas de la población analizada.

La imposibilidad para demostrar correlación entre la gestión de riesgos clínicos y la percepción de calidad de vida de los residentes adultos mayores.

Otra limitante del estudio es la probabilidad de sesgo debido al temor en las represalias al aplicar los cuestionarios a los residentes adultos mayores.

Por último, debido a la situación de pandemia mundial por SARS-COV-2 que se ha vivido desde finales del año 2019 y que ha afectado a México desde principios del 2020, ha resultado imposible la aplicación del modelo propuesto por lo que queda como otra limitante del estudio.

Recomendaciones

Promover un sistema de evaluación y acreditación de las estancias gerontológicas permanentes para el cumplimiento de estándares mínimos de calidad tanto en estructura como en procesos de acuerdo con la normatividad vigente en nuestro país y en la Ciudad de México.

Incluir en la gestión de las estancias gerontológicas permanentes elementos de planeación estratégica que en el modelo EFQM se denominan liderazgo y personas, considerando la atención centrada en la persona y la prevención de riesgos clínicos como elementos transversales de la gestión gerontológica.

Se debe tomar en cuenta la opinión de los adultos mayores como elemento de retroalimentación del sistema de mejora de la calidad de los servicios, iniciando con aquellas variables que, de acuerdo con cada organización, demuestren el mayor rezago en su avance en la calidad.

Difundir el modelo de gestión integral para las organizaciones gerontológicas permanentes en México.

Líneas de investigación

En nuestro medio, son escasos los estudios que buscan identificar aquellos elementos que se deben considerar al gestionar estas organizaciones para mejorar la percepción de calidad de vida de sus adultos mayores.

El modelo propuesto parte de los hallazgos de un estudio exhaustivo tanto bibliográfico como empírico, sin embargo, la correlación entre gestión de riesgos y mejora de la percepción de calidad de vida surge como una línea de investigación a implementar.

Otra línea de investigación derivada del modelo propuesto se debe dirigir hacia establecer la correlación entre *out puts* intermedios y finales. Se entienden como resultados intermedios (*out puts* intermedios) para este modelo, los percibidos por el adulto mayor y son: fiabilidad técnica, integralidad, comprensión, comunicación, adecuación y seguridad clínica.

Todos estos atributos, en teoría deben contribuir a una mejor percepción de calidad de vida, específicamente en sus variables: bienestar emocional, bienestar material y percepción de respeto a sus derechos. Sin embargo, es necesaria la evidencia empírica de que esta correlación existe.

Referencias bibliográficas

Bibliografía

- Aguilar, J. M., Álvarez, J., & Jose Javier Lorenzo. (2011). Factores que determinan la calidad de vida de las personas mayores. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 4, 481–492.
- Amonkar, P., Mankar, M. J., Thatkar, P., Sawardekar, P., Goel, R., & Anjenaya, S. (2018). A comparative study of health status and quality of life of elderly people living in old age homes and within family setup in Raigad District, Maharashtra. *Indian Journal of Community Medicine: Official Publication of Indian Association of Preventive & Social Medicine*, 43(1), 10.
- Arbós, L. C., & Babón, J. G. (2017). *Gestión integral de la calidad: implantación, control y certificación*. Barcelona: Profit Editorial.
- Arguello, N. (n.d.). El envejecimiento de la población mundial. Transición demográfica. mundial. Recuperado de: http://achc.org.co/hospital360/contextos/demografico/Envejecimiento/Envejecimiento_de_la_poblacion_mundial.pdf
- Arias Galicia, L. F. (2007). *Metodología de la investigación*. (Trillas, Ed.). México: Editorial Trillas.
- Asamblea Legislativa del Distrito Federal, V. L. Ley de albergues privados para personas adultas mayores del Distrito Federal (2015). Recuperado de <http://aldf.gob.mx/archivo-c3c84deb4108970eaae0851d7bed9198.pdf>
- Asilo Nuestra Señora del Camino (2018). *Manual de Organización*. Ciudad de México.
- Asilo de la Sociedad de Beneficencia Española (2018). *Manual de organización*. Ciudad de México.
- Backhaus, R., Rossum, E. Van, Verbeek, H., Halfens, R. J. G., Tan, F. E. S., Capezuti, E., & Hamers, J. P. H. (2017). International Journal of Nursing Studies Work environment characteristics associated with quality of care in Dutch nursing homes: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 66, 15–22.
- Banco Interamericano de Desarrollo. (2018). Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe. *Banco Interamericano de Desarrollo*, 96. <https://doi.org/10.18235/0000984>
- Bangerter, L. R., Heid, A. R., Abbott, K., & Van Haitsma, K. (2017). Honoring the everyday preferences of nursing home residents: Perceived choice and satisfaction with care. *The Gerontologist*, 57(3), 479–486.
- Bass, B. M. (1985). Leadership and Performance Beyond Expectations. In F. Press (Ed.), *Leadership and academic librarians* (pp. 66–82).
- Bayter, L. O., & Ramos, F. S. (2016). El contexto y el centro residencial para las personas adultos mayores en Colombia y España. La empresa social una alternativa para el bienestar. *REVESCO. Revista de Estudios Cooperativos*, (121), 205–227.
- Becerra, N. (2009). Prevención de accidentes en adultos mayores. *Universitas Medica*, 50(2), 194–208.
- Bernal, C. A. (2011). *Metodología de la investigación: administración, economía, humanidades y ciencias sociales*. Pearson Educación de México, SA de CV.
- Bernal-Moreno, D. M. (2014). *Importancia del cliente interno y externo en las*

- organizaciones*. Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá D C. Recuperado de [https://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/handle/10654/6330/trabajo de grado 0101487.pdf](https://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/handle/10654/6330/trabajo_de_grado_0101487.pdf)
- Bernal-Torres, C. A. (2016). *Metodología de la investigación: administración, economía, humanidades y ciencias sociales*. (Pearson, Ed.) (Cuarta edi). Colombia: Pearson educación.
- Bobes, J., González, P., Mousoño, M., & Saiz, P. A. (1996). Desarrollo Histórico del Concepto de Calidad de Vida. *Revista de Medicina de La Universidad de Navarra*, 5(6), 6–8. Recuperado de <file:///C:/Users/salpi/OneDrive/Escritorio/Calidad de vida y psiquiatría.pdf>
- Bölenius, K., Lämås, K., Sandman, P.-O., Lindkvist, M., & Edvardsson, D. (2019a). Perceptions of self-determination and quality of life among Swedish home care recipients-a cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 19(1), 142.
- Bölenius, K., Lämås, K., Sandman, P. O., Lindkvist, M., & Edvardsson, D. (2019b). Perceptions of self-determination and quality of life among Swedish home care recipients - A cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 19(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1145-8>
- Brodtkorb, K., & Skaar, R. (2019). The importance of leadership in innovation processes in nursing homes : An integrative review. *Nordic Journal of Nursing Research*, 39(3), 127–136. <https://doi.org/10.1177/2057158519828140>
- Cabadas, R. (2015). La calidad asistencial: ¿ de qué estamos hablando? *Cir. Mayor Ambul*, 20(2), 79–82.
- Cámara de Diputados (2020). *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. Recuperado de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Constitucion_Politica.pdf
- Carlos, A.-V. Plan Nacional de Salud (2019). México: Secretaría de Salud. Recuperado de https://hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/dirgral/Plan_Nacional_Salud_2019_2024.pdf
- Carlyle, T., & Emerson, R. W. (2016). *De los héroes: Hombres representativos*. México: Conaculta-Océano.
- Castañeda, L. (2018). *Factores críticos de éxito para la implementación del Gobierno de Tecnologías de la información, Comunicación ren las Universidades Públicas de México*. Tesis doctoral. Facultad de Contaduría y Administración de la UNAM.
- Castañeda, M. B., Cabrera, A. F., Navarro, Y., & Vries, W. (2010). *Procesamiento de datos y análisis estadísticos utilizando SPSS: Un libro práctico para investigadores y administradores educativos*. Porto Alegre: Edipucrs.
- Castle, N. G., & Decker, F. H. (2011). Top Management Leadership Style and Quality of Care in Nursing Homes. *The Gerontologist*, 51(5), 630–642. <https://doi.org/10.1093/geront/gnr064>
- Caviedes, R. 2019. *Como entender el sistema de Salud Chileno: Mas allá de lo Público y lo Privado* Recuperado de: <https://lyd.org/wp-content/uploads/2019/06/siso-177-como-entender-el-sistema-de-salud-chileno-mas-alla-de-lo-publico-y-lo-privado-mayo2019.pdf>
- Centro RS, 2019. ¿Cómo funciona la salud en Colombia? Recuperado de: <http://centrors.org/funciona-la-salud-colombia/>

- CEPAL. (2010). *Acercamiento conceptual a la situación del Adulto mayor en América Latina*.
- CEPAL. (2000). *Panorama Social*. Panorama. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Chandrupatla, T. R. (2009). Quality concepts. *Quality and Reliability in Engineering*. Cambridge University Press. Retirado de *Quality Concepts*. Cambridge University Press. Retirado de Http://Assets.Cambridge.Org/97805215/15221/Excerpt/9780521515221_excerpt.Pdf (Acedido Em Maio de 2012).
- Chávez, M. (2001). *Modelos de Liderazgo: Teorías de Liderazgo Situacional de Hersey y Blanchard*. Recuperado de: <https://docplayer.es/8909540-Pontificia-universidad-catolica-de-chile-sede-regional-villarrica-administracion-educacional-teoria-de-liderazgo-situacional-de-hersey-y-blanchard.html>
- Chávez, V. (2014). *Identificación de Riesgos Asociados a la Atención en el Servicio de Urgencias de un Hospital de Segundo Nivel del ISSSTE. Una Propuesta de Mejora*. Tesis de Maestría. Facultad de Contaduría y Administración de la UNAM.
- Chiavenato, I., & Sacristán, P. M. (2014). *Introducción a la teoría general de la administración*. México: McGraw-Hill/Interamericana.
- Choi, S. P. P., Yeung, C. C. Y., & Lee, J. K. L. (2020). A Phenomenological Study of the Work Environment in Long-Term Care Facilities for the Older Adults. *Journal of Applied Gerontology*, 39(6), 651–659.
- Cole, G. A. (Gerald A. . (2015). *Management : theory and practice*. (Continuum, Ed.). New York, N Y.
- CONAPO. (2000). El envejecimiento de la población en México, 19–44.
- Congreso de la Union. (2012). Ley de los derechos de las personas adultas mayores. *Diario Oficial de La Federación, DOF 25-04*, 1–26. Retrieved from <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/245.pdf>
- Consulting, A. (2014). *Análisis del Mercado Residencial para las personas mayores en España , Francia , Alemania , Reino Unido y Suecia : Perspectivas para el Mercado Español Informe*.
- Cook, T. D., & Reichardt, C. S. (1986). *Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa*. Morata Madrid.
- Corazzini, K., Twersky, J., White, H. K., Buhr, G. T., Mcconnell, E. S., Weiner, M., & Colón-Emeric, C. S. (2015). Implementing culture change in nursing homes: An adaptive leadership framework. *Gerontologist*, 55(4), 616–627. <https://doi.org/10.1093/geront/gnt170>
- Cordera Pastor, A. (1986). Modelos de sistemas de atención médica. *Salud Pública de México*, 28(3), 230–242.
- Creswell, J. (2017). *Research Design*. (SAGE, Ed.), *Journal of Chemical Information and Modeling* (Tercera, Vol. 53). United States of America. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Creswell, J. W. (1994). *Diseño de investigación. Aproximaciones cualitativas y cuantitativas*. Sage. Buenos Aires.
- Crosby, P. B. (1996). Thinking about excellence: Service is a product. *The Journal for Quality and Participation*, 19(6), 70.

- Crowe, S., Cresswell, K., Robertson, A., Huby, G., Avery, A., & Sheikh, A. (2011). The case study approach. *Medical Research Methodology*, (11), 1–9.
- Da Silva, G. C., & Cavalcante Neto, J. L. (2019). Quality of life and functional capability of elderly Brazilian women. *Work*, 62(1), 97–106.
- De Arcaya Vitoria, M. Á. (2007). Calidad asistencial en centros gerontológicos. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 42(Supl 1), 75–85. Recuperado de [https://doi.org/10.1016/S0211-139X\(07\)73590-4](https://doi.org/10.1016/S0211-139X(07)73590-4)
- de Franco, C., & Josefina, Y. (2009). Validez y confiabilidad de los instrumentos de investigación para la recolección de datos. *Revista Ciencias de La Educación*, 228–247. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/302415291_Validez_y_confiabilidad_de_los_instrumentos_de_investigacion_para_la_recoleccion_de_datos
- De La Federación, D. O. Acuerdo por el que se establece la estratificación de las micro, pequeñas y medianas empresas, Recuperado de http://dof.gob.mx/nota_detalle.php § (2009). México.
- De la Garza García, J., Morales Serrano, B. N., & González Cavazos, B. A. (2013). *Análisis estadístico multivariante*. México: McGraw Hill.
- Deming, W. E., & Medina, J. N. (1989). *Calidad, productividad y competitividad: la salida de la crisis*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Departamento de Salud Pública, 2015. *La Salud como Derecho Social. El Sistema de Salud en Argentina*. Recuperado de: <https://sites.google.com/site/lasaludcomoderechosocial/el-sistema-de-salud-en-argentina>
- DENUE-INEGI. 2019. *Censos económicos*. Recuperado de: <https://www.inegi.org.mx/app/saic/default.html> Instituto Nacional de Estadística y Geografía. *Censo de Alojamiento de Asistencia Social CAAS*. Recuperado de: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/caas/2015/doc/caas_resultados.pdf.
- Dewar, B., Barrie, K., Sharp, C., & Meyer, J. (2019). Implementation of a Complex Intervention to Support Leadership Development in Nursing Homes: A Multimethod Participatory Study. *Journal of Applied Gerontology*, 38(7), 931–958. <https://doi.org/10.1177/0733464817705957>
- Díaz-Veiga, P., Sancho, M., García, Á., Rivas, E., Abad, E., Suárez, N., ... Yanguas, J. (2014). Efectos del Modelo de Atención Centrada en la Persona en la calidad de vida de personas con deterioro cognitivo de centros gerontológicos. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 49(6), 266–271. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2014.06.003>
- Díaz Veiga, P., & Sancho, M. (2012). “Unidades de Convivencia. Alojamiento de personas mayores para “vivir como en casa””. *Informes Portal Mayores*, (nº 132.), 1–15. Recuperado de <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/diaz-unidades-01.pdf>
- Díez-Villanueva, P., Arizá-Solé, A., Vidán, M. T., Bonanad, C., Formiga, F., Sanchis, J., ... Bueno, H. (2019). Recommendations of the geriatric cardiology section of the Spanish Society of Cardiology for the assessment of frailty in elderly patients with heart disease. *Revista Española de Cardiología (English Edition)*, 72(1),

63–71.

- Donabedian, A. (1988). The quality of care. How can it be assessed? *Comentario. Jama*, 260(12), 1743–1748. Recuperado de <https://doi.org/10.1001/jama.260.12.1743>
- Donabedian, A. (1984a). La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación. In *La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación*.
- Donabedian, A. (1984b). La calidad de la atención médica. Prensa Médica Mexicana.
- Donabedian, A. (1992). Evaluación de la calidad de la atención médica. *Investigaciones Sobre Servicios de Salud: Una Antología*. Washington DC: OPS/OMS, 404.
- Eisenhardt, K. M. (1989). Building theories from case study research. *Academy of Management Review*, 14(4), 532–550.
- Elderly, F. A. T. (n.d.). *The history of nursing homes*. Sacramento, CA. Recuperado de <https://www.4fate.org/history.pdf>
- Elizabeth, V., & Chaves, J. (2012). El estudio de caso y su implementación en la investigación. *Rev Int Investig Cien Soc*, 8, 141–150.
- Emilio, C. M. (2001). Calidad de la Atención Médica: ¿Paciente o cliente? *Rev Med Hered*, 12(3), 97.
- Escobar-Pérez, J., & Cuervo-Martínez, Á. (2008). Validez De Contenido Y Juicio De Expertos: Una Aproximación a Su Utilización. *Avances En Medición*, 6, 27–36.
- España, E. N. (2017). Tesis Doctoral: Calidad Integrada: Análisis.
- Española, R. A., & Madrid, E. (1970). *Diccionario de la lengua española* (Vol. 19). Espasa-Calpe.
- Essays, UK. November 2018. *A History of Total quality management*. Recuperado de <https://www.ukessays.com/essays/management/a-history-of-total-quality-management-management-essay.php?vref=1> El procedimiento cualitativo. <http://www.catedras.fsoc.uba.ar/ginfestad/biblio/1.2.%20Creswell.%20A%20qualit....pdf>
- Estrada Restrepo, A., Cardona Arango, D., Cardona Segura, Á. M., Ordóñez Molina, J., Osorio Gómez, J. J., & Chavarriaga Maya, L. M. (2013). Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados. *Universitas Psychologica*, 12(1), 81–94. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64728729009>
- Fassio, A. N. (2018). Ensayo Reflections about Qualitative Methodology for Organizational Studies. *Ciencias Administrativas*, 6(12), 73–84. Retrieved from <http://revistas.unlp.edu.ar/CADM>
- Fernández-Ballesteros, R. (1997). Calidad de vida en la vejez: condiciones diferenciales. *Anuario de Psicología*, (73), 89–104.
- Fernández Domínguez, A. O., & Gómez Hernández, D. (2019). El bienestar de la población de los estados de México bajo un enfoque de multidimensionalidad. *Revista CEPAL*, 183–206. Recuperado de https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/44742/RVE128_Fernandez.pdf
- Fernández Garrido, J. J. (2009). *Determinantes de la calidad de vida percibida por los ancianos de una residencia de tercera edad en dos contextos*

- socioculturales diferentes, España y Cuba.*
- Ford, H. (2013). Calidad y su evolución : una revisión *. *Dimens Empres*, 10(2), 100–107.
- Fundación de Ayuda a la Ancianidad IAP (2018). *Acerca de nosotros*. Recuperado de: <https://fundacionaa.com.mx>
- Gable, G. G. (1994). Integrating case study and survey research methods: an example in information systems. *European Journal of Information Systems*, 3(2), 112–126.
- Gartshore, E., Waring, J., & Timmons, S. (2017a). Patient safety culture in care homes for older people: A scoping review. *BMC Health Services Research*, 17(1), 1–11. Recuperado de <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2713-2>
- Gartshore, E., Waring, J., & Timmons, S. (2017b). Patient safety culture in care homes for older people: A scoping review. *BMC Health Services Research*, 17(1), 1–11. Recuperado de <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2713-2>
- Gascón, S., Redondo, N., & CEPAL, C. E. para A. L. y el C.-. (2015). Calidad de los servicios de largo plazo para personas adultas mayores con dependencia, 63. Recuperado de http://www.cepal.org/es/publicaciones/36948-calidad-de-los-servicios-de-largo-plazo-para-personas-adultas-mayores-con%5Cnhttp://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/36948/S1420237_es.pdf?sequence=1%5Cnhttp://repositorio.cepal.org/handle/11362/3694
- Giroto, L. M., & Horacio, M. G. (2015). Un análisis de las capacidades estatales para mejorar la Gestión Pública. In E. en G. Pública (Ed.), *Estudios sobre Gestión Pública* (Primera ed, pp. 11–35). Buenos Aires.
- Gobernación, S. de. PROYECTO NOM-167-SSA1-1997 Proyecto de Norma Oficial Mexicana, para la Prestación de Servicios de Asistencia Social para Menores y Adultos Mayores (1997). México. Recuperado de http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4956386&fecha=17/11/1999
- Gobernación, S. de. NOM-031-SSA3-2012, Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad (2012). México. Recuperado de [http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5267965&fecha=13/09/2012#:~:text=NORMA Oficial Mexicana NOM-031,situación de riesgo y vulnerabilidad.](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5267965&fecha=13/09/2012#:~:text=NORMA%20Oficial%20Mexicana%20NOM-031,situaci%C3%B3n%20de%20riesgo%20y%20vulnerabilidad)
- Gobernación, S. de. PROYECTO de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-031-SSA3-2018, Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad. Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Un (2019). México. Recuperado de https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5573764&fecha=27/09/2019
- Gobierno de México. 2019 a. *Asilos: Una Alternativa para el Cuidado y Atención de los Adultos Mayores*. Recuperado de: [https://www.gob.mx/profeco/documentos/asilos-una-alternativa-para-el-cuidado-y-atencion-de-los-adultos mayores?state=published](https://www.gob.mx/profeco/documentos/asilos-una-alternativa-para-el-cuidado-y-atencion-de-los-adultos-mayores?state=published)
- Gobierno de México, 2019 b. *Programa para el Bienestar de las Personas Adultas Mayores*. Recuperado de: <https://www.gob.mx/bienestar/acciones-y-programas/programa-para-el-bienestar-de-las-personas-adultas-mayores>
- Godoy, L. A., Escaudar, C., Rossana, J., & Pinto, F. (2009). Revisión crítica de algunas teorías de accidentes asociadas a la infraestructura. *Rev. Int. de*

- Desastres Naturales, Accidentes e Infraestructura Civil*, (July 2014), 314–316.
- Gomez, M, Miguel A; Deslauriers Jean-Pierre; Alzate P, M. V. (2010). *Como hacer tesis de maestría y doctorado. Investigación, escritura y publicación*. (E. Ediciones, Ed.). Bogotá.
- González, C. (2018). Las prácticas de gestión de tecnología en empresas mexicanas productoras de mezcal artesanal en el Estado de Oaxaca. Tesis Doctoral. Facultad de Contaduría y Administración de la UNAM.
- Grossi, G., Lanzarotti, R., Napoletano, P., Noceti, N., & Odone, F. (2020). Positive technology for elderly well-being: A review. *Pattern Recognition Letters*, 137, 61–70.
- Gutiérrez-Robledo, L. M., García-Peña, C., Medina-Campos, R., Parra-Rodriguez, L., Lopez-Ortega, M., & Gonzalez-Meljem, J. M. (2018). Estudio de carga de la enfermedad en personas adultas mayores: un reto para México.[Internet].[Acceso 3 oct 2018]. *Ciudad de México: Secretaria de Salud, Instituto Nacional de Geriátria*.
- Gutiérrez-Robledo, L., Reyes-Ortega, G., Rocabado-Quevedo, F y López-Franchino, J. (2017). ANCIANOS EN EL DISTRITO FEDERAL . UNA VISIÓN CRÍTICA .** Estudio efectuado gracias al financiamiento de la Oficina Sanitaria Panamericana en su sede de la Ciudad de. *Salud Pública de México*, (1).
- Gutiérrez, J., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Villalpando-Hernández, S., & Cuenas-Nasú, L. (2012). *Encuesta nacional de salud y nutrición*. Cuernavaca, Morelos.
- Harrington, C., Schnelle, J. F., McGregor, M., & Simmons, S. F. (2016). The need for higher minimum staffing standards in US nursing homes. *Health Services Insights*, 9, HSI-S38994.
- Havig, A. K., & Hollister, B. (2018). How Does Leadership Influence Quality of Care ? Towards a Model of Leadership and the Organization of Work in Nursing Homes. *Ageing Int*, (43), 366–389.
- Heras-Saizarbitoria, I. H. (2013). *Shedding light on Total Quality Management: some research findings*. (P. S. U. of the B. Country, Ed.). Bilbao. Recuperado de <https://web-argitalpena.adm.ehu.es/listaproductos.asp?IdProducts=UWLGEC8519&titulo=Shedding light on TQM: some research findings>
- Heras, I., Cilleruelo, E., & Iradi, J. (2008). ISO 9001 and residential homes for the elderly: A Delphi study. *Managing Service Quality*, 18(3), 272–288. Recuperado de <https://doi.org/10.1108/09604520810871883>
- Hernández-Sampieri, Roberto, Fernández-Collado, Carlos. & Baptista-Lucio, P. (2010). *Metodología de la investigación*. McGraw Hill (Quinta). México.
- Hernández, A. D. C., Nariño, H., Arango, I. E. M., Arango, N. M., Alberto, I. I. C., León, M., & Dianelys, I. I. C. (2018). La gestión por procesos , una vía para mejorar la calidad de vida en un hogar de ancianos Management per processes , a way to improve life quality in an elderly nursing home. *Rev Med Electron*, 40(2), 258–269.
- Hernández, L. 2016 a, *Sin pensión 75% de adultos mayores*. Recuperado de: [Recuperado de https://www.excelsior.com.mx/nacional/2016/03/05/1078967](https://www.excelsior.com.mx/nacional/2016/03/05/1078967)
- Hernández, L 2019 b. *50% de las personas mayores en la CdMx carece de seguridad social*. Recuperado de:

- <https://www.excelsior.com.mx/comunidad/el-50-de-las-personas-mayores-en-la-cdmx-carece-de-seguridad-social/1333203>
- Hernández, S., González, E., González, G., Gasca, J. M., García, H., García, O., ... Monroy, E. (2008). Resumen de Evidencias y Recomendaciones Prevención de Caídas en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención GPC Guía de práctica clínica. Recuperado de http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/134_ISSST_E_08_caidas_adultomayor/EyR_ISSSTE_134_08.pdf
- Hernandis, P., & Sánchez Martínez, M. (2005). *Gerontología: actualización, innovación y propuestas*. (J. L. Posadas, Ed.). Madrid: Pearson Prentice Hall.
- Hersey, P., Blanchard, K. & Natemeyer, W. (1979). Situational leadership, perception and the impact of power. *Group and Organization Studies*. 4(4). 418-428.
- Honorable Asamblea Legislativa del Distrito Federal (2018), *Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores del Distrito Federal*. Recuperado de: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Estatal/Ciudad%20de%20Mexico/wo27395.pdf>
- Hospital Español (2018). *Asilos*. Recuperado de: <https://www.hespanol.com/index.php/asilos/31-sbe>
- Howell, R. T., Kern, M. L., & Lyubomirsky, S. (2007). Health benefits: Meta-analytically determining the impact of well-being on objective health outcomes. *Health Psychology Review*, 1(1), 83–136.
- Huenchan-Navarro, S. & Rodríguez-Velazquez, R. I. (2015). Necesidades de cuidado de las personas mayores en la Ciudad de México. *Comisión Económica para América Latina y El Caribe (CEPAL)*, 17-31.
- Huergo, J. (2015). *Los procesos de la gestión*. Recuperado de <http://servicios.abc.gov.ar/lainstitucion/univpedagogica/especializaciones/seminario/materialesparadescargar/seminario4/huergo3.pdf>
- IMSS, 2019, *Atención médica y quirúrgica especializada que no requiere hospitalización*, Recuperado de: <http://www.imss.gob.mx/tramites/imss03022>
- INEGI (2014) a. *Perfil sociodemográfico de adultos mayores*. Instituto Nacional De Estadística Y Geografía (Vol. 1). México DF. Recuperado de http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/perfil_socio/adultos/702825056643.pdf
- INEGI (2019) b. *Censo de Alojamientos de Asistencia Social CAAS*. Recuperado de: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/caas/2015/doc/caas_resultados.pdf
- Ishikawa, K. (1994). *Introducción al control de calidad*. Madrid: Diaz de Santos,.
- Jarri, O. F., Kang, Y., & Aiken, L. H. (2017). Pathway to better patient care and nurse workforce outcomes in home care. *Nursing Outlook*, 65, 671–678.
- Johannessen, T., Ree, E., Strømme, T., Aase, I., & Bal, R. (2019). Designing and pilot testing of a leadership intervention to improve quality and safety in nursing homes and home care (the SAFE-LEAD intervention). *BMJ*, 1–11. Recuperado de <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-027790>
- Juran, J. M. (1990). *Juran y el liderazgo para la calidad: manual para ejecutivos*.

- Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Kajonius, P. J., & Kazemi, A. (2016). Structure and process quality as predictors of satisfaction with elderly care. *Health and Social Care in the Community*, 24(6), 699–707. Recuperado de <https://doi.org/10.1111/hsc.12230>
- Kekäläinen, T., Wilska, T & Kokko, K. (2017). Leisure Consumption And Well-Being among older adults; Does age or life situation matter? *Applied Research Quality of Life*, 12, 671–691.
- Kerlinger, F. N. (1992). *Investigación del comportamiento* (cuarta edi). México DF: McGraw-Hill,.
- Kleinsorge, I. K., & Koenig, H. F. (1991). The silent customers: Measuring customer satisfaction in nursing homes. *Journal of Health Care Marketing*, 11(4), 2–13.
- Kloos, N., Trompeter, H. R., Bohlmeijer, E. T., & Westerhof, G. J. (2019). Longitudinal associations of autonomy, relatedness, and competence with the well-being of nursing home residents. *The Gerontologist*, 59(4), 635–643.
- Koontz, H. (1965). Challenges for intellectual leadership in management. *California Management Review*, 7(4), 11–18.
- Koontz, H. (2000). Revisión de la jungla de la teoría administrativa. *Revista de Contaduría y Administración*, 119, 55–74.
- Ku, P., Fox, K. R., & Chen, L. (2016). Leisure-Time Physical Activity , Sedentary Behaviors and Subjective Well-Being in Older Adults : *Soc Indic Res*, 16(127), 1349–1361. Recuperado de <https://doi.org/10.1007/s11205-015-1005-7>
- Lacayo, M. y Juárez, J. 2018, *Apuntes de la materia seminario de investigación en ciencias de la administración*, FCA UNAM.
- Lares Comunidad Valenciana, 2020 a. *Residencias de ancianos precios y cómo pagarla*. Recuperado de: <https://www.larescvalenciana.org/residencia-ancianos-precios/>
- Lares Comunidad Valenciana, 2020 b. *Renta Vitalicia versus Hipoteca Inversa ¿Qué son y para qué sirven?* Recuperado de: <https://www.larescvalenciana.org/vivienda-residencia-renta-vitalicia/>
- Larios, J. (2010). *El Capital Intelectual como Generador de Valor y Ventaja Competitiva en los Inicios del Nuevo Milenio*. (Tesis Doctoral, Universidad Nacional Autónoma de México). Recuperado de <http://132.248.9.195/ptb2010/octubre/0663751/Index.html>
- Leavell, H. R., & Clark, E. G. (1958). Preventive Medicine for the Doctor in his Community. An Epidemiologic Approach. *Preventive Medicine for the Doctor in His Community. An Epidemiologic Approach*.
- Lee, H. Y., Shin, J. H., & Harrington, C. (2015). Comparing the nurse staffing in Korean and U.S. nursinghomes. *Nursing Outlook*, 63(2), 137–143. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2014.08.005>
- Legislatura, A. L. del D. F. V. Ley de Asistencia Privada para el Distrito Federal, 14 Gaceta Oficial del Distrito Federal § (1943). México. Recuperado de <http://aldf.gob.mx/archivo-956917130e21b29d90acb247ab5df8d5.pdf>
- Lewin, K., & Lippitt, R. (1938). An experimental approach to the study of autocracy and democracy: A preliminary note. *Sociometry*, 1(3/4), 292–300.
- Lind, D. A., Marchal, W. G., Wathen, S. A., Obón León, M. del P., & León Cárdenas, J. (2012). *Estadística aplicada a los negocios y la economía*. (McGraw-Hill/Interamericana, Ed.). México: México: McGraw-Hill/Interamericana

Editores.

- López, A., Marin, A. I. &, & De la parte, J. M. . (2004). La planificación centrada en la persona, una metodología coherente con el respeto al derecho de autodeterminación *. *Revista Española Sobre Discapacidad Intelectual*, 35(210), 45–55.
- López Enciso, S. E., Castillo Ávila, D. F., Carrazco Cermeño, S. Y., Medina Meza, A. C., & Ley-wong, L. E. (2014). Comparación de calidad de vida en ancianos institucionalizado institucionalizados en asilos y no institucionalizados. Tepic. Nayarit. *Publicación Periódica de Gerontología y Geriátría*, 9(2). Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/geroinfo/ger-2014/ger142c.pdf>
- López, P. &, & Arévalo, A. (2010). Hacia una evolución en el campo del conocimiento de la disciplina administrativa: de la administración de empresas a la gestión de organizaciones. *Rev. Fac. Cienc. Econ.*, XVIII(2).
- Magolda, P. M. (2007). *Doing Case Study Research: A Practical Guide for Beginning Researchers. Journal of College Student Development* (Vol. 48). Recuperado de <https://doi.org/10.1353/csd.2007.0003>
- Malatest, Program evaluation & Market research 2014. *Long-term care resident satisfaction survey*. Recuperado de: <https://www.peelregion.ca/ltc/pdfs/2014-Survey.pdf>
- Malhotra, N. K. (2004). *Investigación de mercados: un enfoque aplicado*. (P. P. Hall, Ed.) (Quinta edi). Madrid: Pearson educación.
- Malley, J., Amico, F. D., & Fernandez, J. (2019). What is the relationship between the quality of care experience and quality of life outcomes ? Some evidence from long-term home care in England. *Social Science & Medicine*, (May), 1–10.
- María, Á., Marcela, L., Julián, J., Estrada, A., Cardona, D., Segura, Á. M., & Chavarriaga, L. M. (2011). Calidad de vida de los adultos mayores de Medellín. *Biomédica*, 31(4), 492–502.
- Martínez-González, A., López-Bárcena, J., Herrera Saint-Leu, P., Ocampo-Martínez, J., Petra, I., Uribe-Martínez, G., ... Morales-López, S. (2008). Modelo de competencias del profesor de medicina. *Educación Médica*, 11(3), 157–167.
- Martínez-López, F. J., & Ruiz-Ortega, J. M. (2001). *Manual de gestión de riesgos sanitarios*. (E. D. De Santos, Ed.). Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Martínez, B. (2008). Calidad . ¿ Qué es el modelo EFQM (European Foundation for Quality Management)?, 6(5), 315–320.
- Martínez, C. (2006). El método de estudio de caso: Estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento y Gestión: Revista de La División de Ciencias Administrativas de La Universidad Del Norte*, (20), 165–193.
- Martínez, F. R. (2017). *La Calidad Integrada : Análisis de la implantación de sistemas de gestión de la calidad en residencias de personas mayores en España*. Universidad Pablo de Olavide. Sevilla.
- Martínez, J., Petra, I., Uribe-Martínez, G., ... Morales-López, S. (2008). Modelo de competencias del profesor de medicina. *Educación Médica*, 11(3), 157–167.
- Martínez Rodríguez, T, Díaz Veiga, P., Rodríguez Rodríguez, P., & Sancho Castiello, M. (2015). Modelos de atención centrada en la persona. Presentación de los cuadernos prácticos. *Informes Envejecimiento En Red*, 12, 25. Recuperado de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-modeloatencioncuadernosmatia.pdf>

- Martínez Rodríguez, Teresa. (2011). *La Atención Gerontológica Centrada En La Persona (Guía para la intervención profesional en los centros y servicios de atención a personas mayores en situación e fragilidad o dependencia)*. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Bilbao.
- Martínez Rodríguez, Teresa. (2013). La Atención Centrada En La Persona. Algunas Claves Para Avanzar En Los Servicios Gerontológicos. *Actas de La Dependencia*, 8, 25-47, 1–23. Recuperado de <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/ACPMartinezActasdependencia.pdf>
- Martínez, T. (2017). Evaluación de los servicios gerontológicos: un nuevo modelo basado en la Atención Centrada en la Persona. *Arg. de Gerontología y Geriatría*, 31(3), 83–89. Recuperado de <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/evaluacionACPRAGG.pdf>
- Martínez Teresa, Díaz-Veiga Pura, S. M. y R. P. (n.d.). Gobierno Vasco-Matía-cuaderno3-06-2015.pdf.
- Martínez, Teresa, Díaz-Veiga, P., Sancho, M., & Rodríguez, P. (2014). *Modelo de atención centrado en la persona. Cuadernos prácticos*. País Vasco: Matía Fundazioa. Recuperado de <https://www.matiainstituto.net/es/publicaciones/cuadernos-practicos-modelo-de-atencion-centrado-en-la-persona-1-en-que-consiste-este>
- Martínez, Teresa, Díaz-Veiga, P., Sancho, M., & Rodríguez, P. (2010). Cuaderno1. Atención centrada en la persona. En que consiste este modelo.pdf.
- McCarthy, D., Fader, P., Peterson, E. G., Alexander, P. A., Powell, M. G., Hull, D. M., ... Barricelli, B. R. (2020). How to value a Company by analyzing its customers. *Harvard Business Review*. Jan/Feb2020, 98(1), 3.
- Mead, N., & Bower, P. (2002). Patient-centred consultations and outcomes in primary care: a review of the literature. *Patient Education and Counseling*, 48(1), 51–61.
- Melitón, F. (2017). *Personas Adultas Mayores en Residenciales: ¿Acompañadas o en Soledad?* Udelar. FP.
- Membrado Martínez, J. (2002). *Innovación y mejora continua según el modelo EFQM de excelencia*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Menéndez, J., Guevara, A., Arcia, N., León, E. M., Marín, C., & Alfonso, J. C. (2005). Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Publica /Public Health*, 17(5/6), 353–361. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S1020-49892005000500007>
- Mesgari, I., Kamali Miab, A., & Sadeghi, M. J. (2017). Causal structure of the EFQM excellence model among healthcare sector: a case study in Iran. *Total Quality Management & Business Excellence*, 28(5–6), 663–677.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Protocolo de Londres. *Repositorio Institucional Digital*, 10. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/PROTOCOLO_DE_LONDRES_INCIDENTES_CLINICOS.pdf
- Ministerio de salud y protección social, 2018. *La Salud es de Todos Rendición de Cuentas Informe de Gestión 2018*. Recuperado de:

- <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/rendicion-cuentas-informe-gestion-2018.pdf>
- Ministerio de Sanidad, P. S. e I. (2011). *Estudio EARCAS. Eventos Adversos en Residencias y Centros Asistenciales Sociosanitarios*. Madrid. Recuperado de <https://www.seguridadelpaciente.es/resources/documentos/earcas.pdf>
- Mintzberg, H. (1979). The structuring of organizations. In *Readings in strategic management* (McGill Pre, pp. 322–352). Montreal: Springer. Recuperado de <https://www.nrc.gov/docs/ML0907/ML090710600.pdf>
- Miqueleiz, E., Lostao, L., Reques, L., Giráldez-García, C., & Regidor, E. (2016). Desigualdades en mortalidad prematura según indicadores de bienestar material en Navarra: estudio poblacional de seguimiento 2001-2008. *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra*, 39(1), 59–68. Recuperado de <https://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/23794/MiqueleizDesigualdadesMortalidad.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Miralles, J. D. (2007). Comparativa de tres modelos de gestión de calidad:EFQM, ISO, JCAHO. *FMC*, 14(6), 304–308.
- Moilanen, T., Kangasniemi, M., Papinaho, O., Mynttinen, M., Siipi, H., Suominen, S., & Suhonen, R. (2020). Older people's perceived autonomy in residential care: An integrative review. *Nursing Ethics*, 0969733020948115.
- Molony, S. L., Kolanowski, A., Van Haitsma, K., & Rooney, K. E. (2018). Person-centered assessment and care planning. *The Gerontologist*, 58(suppl_1), S32–S47.
- Montgomery, D. C. (2005). *Diseño y análisis de experimentos*. (Limusa-Wiley, Ed.) (Segunda ed). México DF: Limusa Wiley.
- Montoya Arce, J., & Montes de Oca Vargas, H. (2006). Envejecimiento poblacional en el Estado de México: situación actual y perspectivas futuras. *Papeles de Población*, 12(50), 117–146.
- Muñoz-Hernández, R. (2011). Las políticas públicas de la vejez en México. *Iztapalapa Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, (71), 35–60.
- Namakforoosh, M. N. (2017). *Metodología de la investigación*. México DF: Editorial Limusa.
- Narro-Robles, J., & Ancer-Rodríguez, J. (2015). Modelo de seguridad del paciente del consejo de salubridad general, 1–348. Recuperado de <https://doi.org/10.14076/j.issn.1006-2025.2015.04.03>
- Okuda Benavides, Mayumi Gómez Restrepo, C. (2005). Metodología de Investigación y Lectura Crítica de Estudios. *Revista Colombiana de Psiquiatria*, 34(1), 118–124.
- Organización Mundial de la Salud. (1996). La gente y la salud. *Foro Mundial de La Salud*, 17, 385–387. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/55264/WHF_1996_17_n4_p385-387_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Organización Mundial de la Salud. (2015). Envejecimiento y salud.
- Organización de las Naciones Unidas. (1982). *Plan de acción internacional de Viena sobre el envejecimiento*. Viena, Austria. Recuperado de https://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Plan_Viena_sobre_Envejecimiento_1982.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015). Informe mundial sobre el

- envejecimiento y la salud. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699. Recuperado de <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- OPS-OMS (s.f.). La esperanza de vida en las Américas aumenta a 75 años.
- Ortum, V. (1965). *Gestión clínica y sanitaria. De la práctica diaria a la academia ida y vuelta*. (E. Masson, Ed.), *The British Journal of Psychiatry* (Vol. 111). Barcelona. <https://doi.org/10.1192/bjp.111.479.1009-a>
- Osorio, L., & Salinas, F. (2016). El contexto y el centro residencial para las personas adultos mayores en Colombia y España. La empresa social una alternativa para el bienestar. *REVESCO Revista de Estudios Cooperativos*, 121, 205–227. Recuperado de <https://doi.org/10.5209/revREVE.2016.v121.51307>
- Özen, B. (2019). Frailty and Quality Of Life in the Elderly Living in Nursing Home. *Erciyes Medical Journal*, 41(4), 414–420. Recuperado de <https://doi.org/10.14744/etd.2019.52814>
- Palomares Vaughan, F. J. (1987). *Gestión , administración y ciencia*. Morelia. Recuperado de https://www.academia.edu/26199098/Gestión_administración_y_ciencia
- Pardo, R., Jara, A., Menchen, B., Padilla, D., Martín, J., Hernández, J., ... Caro, P. (2005). Puesta en marcha de una unidad de gestión de riesgos clínicos hospitalaria. *Revista de Calidad Asistencial*, 20(4), 211–215.
- Paul, H., & Kenneth, B. (2000). Liderazgo situacional. *Instituto Latinoamericano de Liderazgo, México DF*.
- Pedrosa, I., Suárez-Álvarez, J., & García-Cueto, E. (2014). Evidencias sobre la Validez de Contenido: Avances Teóricos y Métodos para su Estimación [Content Validity Evidences: Theoretical Advances and Estimation Methods]. *Acción Psicológica*, 10(2), 3. Recuperado de <https://doi.org/10.5944/ap.10.2.11820>
- Peiró, M. (2006). Alianzas estratégicas. *Rev. Calidad Asistencial*, 21(6), 279–280. Retrieved from file:///C:/Users/salpi/Downloads/13094976.pdf
- Pérez-López, C. (2004). *Técnicas de análisis multivariante de datos*. Madrid: Pearson Educación.
- Pérez López, C. (2008). *Técnicas de Análisis Multivariante de Datos. Aplicaciones con SPSS*. (P. P. Hall, Ed.). Madrid.
- Pfeffer, J., & Jeffrey, P. (1998). *The human equation: Building profits by putting people first*. Harvard Business Press.
- Poey, J. L., Hermer, L., Cornelison, L., Kaup, M. L., Drake, P., Stone, R. I., & Doll, G. (2017). Does Person-Centered Care Improve Residents' Satisfaction With Nursing Home Quality? *Journal of the American Medical Directors Association*, 18(11), 974–979. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2017.06.007>
- Porrás, A. A., & San Miguel, E. (2016). *Análisis de la satisfacción de los usuarios de una residencia para personas mayores*. Facultad del País Vasco.
- Pourprasert, N. (2018). The study of customer satisfaction towards the services of elderly cares business in Bang Khun Thian District, Bangkok. In *2018 5th International Conference on Business and Industrial Research (ICBIR)* (pp. 451–454). IEEE.
- Quezada, R. A. G. (2011). Identificación de los stakeholders de las universidades. *Revista de Ciencias Sociales*, 17(3), 486–499.
- Rajamohan, S., Porock, D., & Chang, Y. (2019). Understanding the Relationship

- Between Staff and Job Satisfaction, Stress, Turnover, and Staff Outcomes in the Person-Centered Care Nursing Home Arena. *Journal of Nursing Scholarship*, 2030, 560–568. Recuperado de <https://doi.org/10.1111/jnu.12488>
- Read, S., Grundy, E., & Foverskov, E. (2016). Socio-economic position and subjective health and well-being among older people in Europe: A systematic narrative review. *Aging and Mental Health*, 20(5), 529–542. Recuperado de <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1023766>
- Reason, J. (2000). Human error: Models and management. *British Medical Journal*, 320(7237), 768–770.
- Ren, Q., & Treiman, D. J. (2015). Living arrangements of the elderly in China and consequences for their emotional well-being. *Chinese Sociological Review*, 47(3), 255–286.
- Retamozo, M. (2012). Constructivismo: epistemología y metodología en las ciencias sociales. In *Tratado de metodología de las ciencias sociales: Perspectivas actuales*. DF (México): Fondo de Cultura Económica. México, DF: Fondo de Cultura Económica. Recuperado de <https://www.aacademica.org/martin.retamozo/20>
- Reyes Ponce, A. (1985). Administración de empresas: Teoría y práctica. Primera y segunda partes. Limusa.
- Robbins, S. P. (2005). *administración*. Pearson educación.
- Robledo-Gutiérrez, L. M., García-Peña, M. del C., Lopera-Arango, V., & Pérez-Zepeda, M. U. (2012). *Geriatría para el médico familiar*. (E. M. Moderno, Ed.).
- Rodríguez-Abrego, G., Escobedo de la Peña, J., Zurita, B., & Ramirez, T. D. J. (2006). Esperanza de vida saludable en la población mexicana con seguridad social. *Perinatol Reprod Hum*, 20(1), 4–18.
- Rodríguez-Martín, B., Martínez-Andrés, M., Cervera-Montegudo, B., Notario-Pacheco, B., & Martínez-Vizcaino, V. (2013). Perception of quality of care among residents of public nursing-homes in Spain: A grounded theory study. *BMC Geriatrics*, 13(1), 1–9. Recuperado de <https://doi.org/10.1186/1471-2318-13-65>
- Rodríguez, P. R., & Vilà, V. M. (2014). *Modelo de atención integral y centrada en la persona: teoría y práctica en ámbitos del envejecimiento y la discapacidad*. (E. Tecnos, Ed.). Madrid: Tecnos.
- Rodríguez, R. M. (2011). *Hacia un nuevo modelo de alojamientos: las residencias en las que queremos vivir*. Bilbao. Recuperado de https://www.fundacionpilares.org/docs/las_residencias_que_queremos.pdf
- Rodríguez Rodríguez, P. (2013). La atención integral y centrada en la persona. *Papeles de La Fundación Pilares Para La Autonomía Personal*. Recuperado de <http://www.fundacionpilares.org/docs/AICPweb.pdf>
- Rogers, Carl R. (1977). *Carl Rogers on personal power*. London: De la Corte Press.
- Rogers, Carl Ransom. (1989). *The Carl Rogers reader*. (H. M. Company, Ed.) (Primera ed). London: Houghton Mifflin Harcourt.
- Román Castillo, R. E., & Smida, A. (2017). Une réflexion ex post facto sur la conduite d'études de cas multiples pour la formulation de théories en sciences de la gestion. *Innovar*, 27(64), 129–144. Recuperado de <https://doi.org/10.15446/innovar.v27n64.62373>
- Roswiyani, R., Kwakkenbos, L., Spijker, J., & Witteman, C. L. M. (2019). The

- Effectiveness of Combining Visual Art Activities and Physical Exercise for Older Adults on Well-Being or Quality of Life and Mood: A Scoping Review. *Journal of Applied Gerontology*, 38(12), 1784–1804. Recuperado de <https://doi.org/10.1177/0733464817743332>
- Sacanell, E. (1995). El concepto de calidad en la gestión de los servicios sociales. *Revista de Servicios Sociales*, (26), 63–88. Recuperado de <file:///C:/Users/salpi/Downloads/Dialnet-ElConceptoDeCalidadEnLaGestionDeLosServiciosSocial-2699374.pdf>
- Sacanelle Berrueco, E. (2010). *Excelencia en la Gestión de Residencias en el Tercer Sector. Guía de Aplicación del Modelo EFQM*. (F. Z. Fundación Aspaldiko, Ed.). Recuperado de <https://cupdf.com/document/excelencia-en-la-gestion-de-residencias-del-tercer-sector.html>
- Saizarbitoria, I. H., Carrasco, E. C., & Arteaga, J. I. (2006). La normalización y certificación de sistemas de gestión en las residencias de mayores. *Zerbitzuan: Gizarte Zerbitzuetarako Aldizkaria= Revista de Servicios Sociales*, (40), 31–42.
- Sánchez, J. C., Estévez, I. N., & Alegre, N. P. (2014). Modelo de gestión por procesos en una residencia mixta para personas mayores: en busca de un servicio de calidad. *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology.*, 5(1), 61–72.
- Sangar, M. A., Kareem, F. A., Alireza, N. N., & Muaf, A. K. (2015). Old age satisfaction regarding geriatric home services in Erbil city. *Journal of Medicine and Life*, 8(Spec Iss 3), 195–198.
- Santa Bárbara, E. S., & Fernández, A. R. (2010). 40 Años de la teoría del liderazgo situacional: una revisión. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 42(1), 25–39.
- Saumeth, K. M. T., Afanador, T. S. R., Ospino, L. S., & Barraza, F. M. (2012). Calidad y su evolución: una revisión. *Dimensión Empresarial*, 10(2), 100–107.
- Shin, J. H. (2019). Nursing staff characteristics on resident outcomes in nursing homes. *The Journal of Nursing Research*, 27(1), 1.
- Shin, J. H., & Hyun, T. K. (2015). Nurse Staffing and Quality of Care of Nursing Home Residents in Korea. *Journal of Nursing Scholarship*, 47(6), 555–564. <https://doi.org/10.1111/jnu.12166>
- Silva, A. (2019). What is leadership? *Journal of Bussines Quarterly*. Recuperado de: <https://www.proquest.com/openview/da932f3ddd496ce36e7f30f9e133b141/1?pq-origsite=gscholar&cbl=1056382>
- SIIS, C. de documentación y estudios. (2011). 9. Atención comunitaria y atención centrada en la persona : revisión de estudios de coste-efectividad.
- Sonya, B., & Nancarrow, S. (2013). Effects of person-centered care on residents and staff in aged-care facilities : a systematic review Effects of person-centered care on residents and staff in aged-care facilities : a systematic review. *Dove Press Journal*, 8, 1–10.
- Stake, R. E. (1998). *Investigación con estudio de casos*. Ediciones Morata.
- Steers, R. M., Mowday, R. T., & Shapiro, D. L. (2004). Introduction to Special Topic Forum: The Future of Work Motivation Theory. *The Academy of Management Review*, 29(3), 379. Recuperado de <https://doi.org/10.2307/20159049>
- Suarez Redondo, E. M. (2017). *Análisis estructural del modelo EFQM de excelencia: el papel mediador de la gestión por procesos y la planificación estratégica*. Universidad de Sevilla.

- Sunkel, G., & Ullman, H. (2019). *Las personas mayores de América Latina en la era digital: superación de la brecha digital 1*. Recuperado de <http://hdl.handle.net/11362/44580>
- Taghian, M., Polonsky, M. J., & D'Souza, C. (2019). Volunteering in Retirement and Its Impact on Seniors Subjective Quality of Life Through Personal Outlook: A Study of Older Australians. *Voluntas*, 30(5), 1133–1147. Recuperado de <https://doi.org/10.1007/s11266-019-00167-8>
- Tardón del Cura, S. (2016). *Calidad de vida de las personas mayores en los centros residenciales*. Universidad de Valladolid. Recuperado de <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/18040>
- Tirado Román, I. I. (2011). *Elementos del modelo European Foundation for Quality Management de excelencia aplicables a los estándares de acreditación para IPS hospitalarias*. Facultad de Medicina, Medellín.
- Tobar, F. (2002). *Modelos de gestión en salud*. Buenos Aires. Recuperado de file:///C:/Users/salpi/Downloads/Modelos_de_Gestion_en_Salud.pdf
- Trejo Maturana, C. (2001). El Viejo En La Historia. *Acta Bioethica*, 7(1), 107–119. <https://doi.org/10.4067/S1726-569X2001000100008>
- Trinkoff, A. M., Lerner, N. B., Storr, C. L., Han, K., Johantgen, M. E., & Gartrell, K. (2015). Leadership education, certification and resident outcomes in US nursing homes: Cross-sectional secondary data analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), 334–344. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.10.002>
- Unidas, N. Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002). Madrid.
- Unión, C. de D. del H. C. de la. Ley de Asistencia Social (2004). México: Diario Oficial de la Federación. Recuperado de: [http://www.ordenjuridico](http://www.ordenjuridico....) Retrieved from http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/270_240418.pdf
- Unión, C. de D. del H. C. de la. Ley General de Salud, 166 Diario Oficial de la Federación § (2012). México. Recuperado de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_190221.pdf
- Urrutia Egaña, M., Barrios Araya, S., Gutiérrez Núñez, M., & Mayorga Camus, M. (2014). Métodos óptimos para determinar validez de contenido. *Educación Médica Superior*, 28(3), 547–558.
- Vaughn, V. M., Saint, S., Krein, S. L., Forman, J. H., Meddings, J., Ameling, J., ... Chopra, V. (2019). Characteristics of healthcare organisations struggling to improve quality: Results from a systematic review of qualitative studies. *BMJ Quality and Safety*, 28(1), 74–84. Recuperado de <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2017-007573>
- Verdugo Alonso, M. A., & Schalock, R. L. (2013). *Discapacidad e inclusión. Manual para la docencia*. (A. Ediciones, Ed.), Salamanca: Amarú. Salamanca. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/771/77153913007.pdf>
- Ventura-Días, 2019. *Familia, Mercado y Estado: servicios Sociales para los Ancianos en Brasil*. Recuperado de: <https://nuso.org/articulo/familia-mercado-y-estado-servicios-de-cuidado-para-los-ancianos-en-brasil/>
- Villarreal, O. (2017). ¿Se quiere, se debe y se puede investigar con estudios de casos? <https://doi.org/10.5295/cdg.140516ov>
- Vituri, W., Évora, M., & Dora, Y. (2015). Total Quality Management and hospital

- nursing: an integrative literature review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(5), 660–667.
- White, E., Aiken, L., Sloane, D & McHugh, M. (2010). Article in Press Article in Press. *Geriatric Nursing*, 1(1), 1–6.
- Wickström, G., Bendix, T., Scandinavian, S., & August, N. (2000). The " Hawthorne effect " — what did the original Hawthorne studies actually show ? Institute of Occupational Health , the Danish National Research Centre for the Working Environment , and the Norwegian National Institute of Occupational Health Stable URL , 26(4), 363–367.
- Wong, C. A., Cummings, G. G., & Ducharme, L. (2013). The relationship between nursing leadership and patient outcomes: A systematic review update. *Journal of Nursing Management*, 21(5), 709–724. Recuperado de <https://doi.org/10.1111/jonm.12116>
- Wong, R., Michaels-Obregon, A., & Palloni, A. (2017). Cohort Profile: The Mexican Health and Aging Study (MHAS). *International Journal of Epidemiology*, 46(2), e2. Recuperado de <https://doi.org/10.1093/ije/dyu263>
- Wróblewska, I., Talarska, D., Wróblewska, Z., Susło, R., & Drobnik, J. (2019). Pain and symptoms of depression: International comparative study on selected factors affecting the quality of life of elderly people residing in institutions in Europe. *BMC Geriatrics*, 19(1), 1–9. Recuperado de <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1164-5>
- Yang, L.-H., & Yeh, T.-J. (2018). How Transformational Leadership Contributes To Employees' Commitment To an Organization Via the Mediating Effect of Motivation Within Taiwan'S Nursing Homes. *International Journal of Organizational Innovation (Online)*, 11(2), 270–279. Recuperado de http://proxy.library.tamu.edu/login?url=https://search.proquest.com/docview/2126525611?accountid=7082%0Ahttp://linkresolver.tamu.edu:9003/tamu?url_ver=Z39.88-2004&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:journal&genre=article&sid=ProQ:ProQ%3Aabiglobal&atitle=HOW+
- Yeatts, D. E., Seckin, G., Shen, Y., Thompson, M., Auden, D., & Cready, C. M. (2018). Burnout among direct-care workers in nursing homes: Influences of organisational, workplace, interpersonal and personal characteristics. *Journal of Clinical Nursing*, 27(19–20), 3652–3665. Recuperado de <https://doi.org/10.1111/jocn.14267>
- Yin, R. (2014). Case study research- design and methods.pdf.
- Zimmerman, S., Cohen, L. W., Washington, T., Ward, K., & Giorgio, P. (2016). Evaluating measures and instruments for quality improvement in assisted living. *Annals of Long-Term Care*, 24(9), 15–24. Recuperado de <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85020652630&partnerID=40&md5=bbc0e1a3871445c41abd1e83a7de23ac>
- Schwendimann, R. (2014). The relationship of staffing and work environment with implicit rationing of nursing care in Swiss nursing homes - A cross- sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 52(9), 1463–1474. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.05.005>
- Zúñiga, F., Ausserhofer, D., Hamers, J. P. H., Engberg, S., Simon, M., & Schwendimann, R. (2014). The relationship of staffing and work environment

with implicit rationing of nursing care in Swiss nursing homes - A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 52(9), 1463–1474. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.05.005>

Anexos

Anexo 1. Glosario

Actividades Básicas de la Vida Diaria: Las tareas que permiten la supervivencia y el bienestar básicos, que están orientadas al autocuidado, incluyendo la alimentación, el uso del sanitario, bañarse, vestirse, moverse, así como la continencia urinaria y fecal; las personas que no son independientes para realizarlas requieren de la asistencia de alguien más (NOM-031, 2019).

Actividades Instrumentales de la Vida Diaria: Las tareas que permiten vivir independientemente en un entorno social, e implican mayor complejidad que las básicas, incluyen actividades como comunicarse con otros, la movilidad, la gestión de finanzas, el mantenimiento de la vivienda, la preparación de alimentos, las compras, entre otras (NOM 031, 2019).

Administración: Ciencia social, técnica y arte que se ocupa de la planificación, organización, dirección y control de los recursos (humanos, financieros, materiales, tecnológicos, de conocimiento, etc.) de la organización, con el fin de obtener el máximo beneficio posible; este beneficio puede ser económico o social, dependiendo de los fines que persiga la organización.

Adulto mayor: Persona que cuente con 60 años o más de edad (NOM 031, 2019).

Alianzas: Relaciones con otras organizaciones y personas con las que nos relacionamos para dar coherencia a nuestros objetivos estratégicos (Sacanelle).

Atención Centrada en la Persona: Enfoque de la atención donde la persona desde su autodeterminación en relación con su calidad de vida, es el eje central de las intervenciones profesionales (Teresa Martínez Rodríguez, 2011).

Autonomía: Capacidad de los sujetos de derecho para establecer reglas de conducta para sí mismos y en sus relaciones con los demás dentro de los límites que la ley señala.

Bienestar emocional: Componente de la calidad de vida relacionado con aspectos como el autoconcepto, la satisfacción y la ausencia de stress (Gómez, Verdugo y Arias, 2008).

Bienestar físico: Componente de la calidad de vida relacionado con la salud general, la movilidad, el acceso a ayudas técnicas y actividades de la vida diaria de la persona adulta mayor (Gómez, Verdugo y Arias, 2008).

Bienestar material: Componente de la calidad de vida relacionado con aspectos arquitectónicos, económicos y materiales que posibilitan una forma de vida confortable y saludable (Gómez, Verdugo y Arias, 2008).

Cliente: Destinatario de los servicios de una organización.

Cuidador: A la persona que proporciona apoyo a las Personas Adultas y Adultas Mayores en las Actividades Básicas, Instrumentales y Avanzadas de la Vida Diaria (NOM 031, 2019).

Derechos: Facultad de hacer o exigir todo aquello que la ley o la autoridad establece en nuestro favor o que el dueño de una cosa nos permite de ella (DRAE).

Escala FUMAT: Escala de evaluación de calidad de vida de la Fundación Matia.

Envejecimiento: Proceso gradual que se desarrolla durante el curso de vida y que conlleva cambios biológicos, fisiológicos, psicosociales y funcionales de variadas consecuencias, las cuales se asocian con interacciones dinámicas y permanentes entre el sujeto y su medio.

Estancia Gerontológica Permanente: Establecimiento que independientemente de su denominación o régimen jurídico otorga atención integral permanente para personas adultas mayores, donde se proporcionan servicios de prevención de riesgos, atención y rehabilitación e incluyen alojamiento, alimentación, vestido, atención médica, social y psicológica, actividades culturales, recreativas y ocupacionales (Propia con base en NOM 031-SSA3-2018).

Estrategia: El camino que tiene que recorrer una organización, coherente con su misión para alcanzar su visión, considerando necesidades y expectativas de sus grupos de interés (Sacanelle, 1995).

Evento adverso: Incidente que produce daño leve o moderado al paciente (Dirección de Seguridad del paciente, s.f.)

Gerontológica: Relativo a la vejez y fenómenos que la caracterizan (DRAE).

Gestión: Conjunto de decisiones y acciones para coordinar y motivar a las personas de una organización para el logro de los objetivos.

Gestión Gerontológica Integral: Modelo de gestión de las estancias gerontológicas permanentes enfocada a mejorar la percepción de calidad de vida y la satisfacción de los adultos mayores residentes, se realiza por procesos, requiere la participación de todos los elementos de la organización, se centra en la persona y gestiona los riesgos clínicos de la organización.

Gestión por Calidad Total: Modelo de gestión que se basa en la orientación a los resultados y está enfocada en el cliente, se realiza por procesos y requiere el compromiso y liderazgo de su dirección, pero también la participación de todos los miembros de la organización.

Gestión de Riesgos Clínicos: Al método sistemático para identificar, priorizar y manejar riesgos organizacionales para reducir la probabilidad de eventos adversos (F.J.M. López & Ortega, 2001).

Liderazgo: Capacidad de facilitar y estimular, con respeto, ética y eficacia, a individuos y equipos a dar lo mejor de sí mismos para alcanzar los objetivos y metas que la propia organización se ha marcado.

Organización gerontológica: Conjunto de personas constituido de forma deliberada que tiene por objetivo brindar servicios a las personas adultas mayores.

Permanente: Estar en algún sitio durante cierto tiempo

Personas: Individuos integrantes de la organización (Sacanelle).

Planeación: Definición de los objetivos de la organización y del mejor curso de acción para alcanzarlos (Chiavenato)

Procesos: Conjunto de actividades orientadas a generar un valor añadido sobre algo que recibimos para conseguir los resultados requeridos (Sacanelle)

Recursos: Elementos tanto materiales como no materiales que dan soporte a los procesos y actividades de una organización (Sacanelle).

Relaciones interpersonales: dimensión relacionada con el proceso de comunicación, interacción y sociabilización de los adultos mayores con otras personas, sean o no familiares (Shalock y Verdugo).

Riesgo: Contingencia o proximidad de un daño (RAE).

Riesgo clínico: Probabilidad de que se produzca un incidente en salud (Dirección de seguridad del paciente, s.f.).

Anexo 2. Escala FUMAT

FICHA DE IDENTIFICACIÓN		CALIDAD DE VIDA			
Nombre y apellidos					
Sexo:	Hombre		Mujer		
Fecha de nacimiento			Edad		
Fecha de aplicación					
Fecha de ingreso a la casa hogar		Tiene algún grado de discapacidad	si	no	
A continuación se presenta una serie de afirmaciones relativas a la calidad de vida de la persona que está evaluando. Por favor, marque la opción de respuesta que mejor describa a la persona y no deje ninguna pregunta en blanco.					
BIENESTAR EMOCIONAL		Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Casi nunca o nunca
1	En general, se muestra satisfecho(a) con su vida presente	4	3	2	1
2	Manifiesta sentirse inútil	1	2	3	4
3	Se muestra (o se siente) intranquilo(a) o nervioso(a)	1	2	3	4
4	Se muestra (o se siente) satisfecho(a) consigo mismo	4	3	2	1
5	Tiene problemas de comportamiento	1	2	3	4
6	Se muestra satisfecho(a) con los servicios y los apoyos que recibe	4	3	2	1
7	Manifiesta sentirse triste o deprimido(a)	1	2	3	4
8	Muestra sentimiento de incapacidad e inseguridad	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL					
RELACIONES INTERPERSONALES		Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Casi nunca o nunca
9	Realiza actividades que le gustan con otras personas	4	3	2	1
10	Mantiene una buena relación con los profesionales de la casa-hogar	4	3	2	1
11	Mantiene una buena relación con sus compañeros de la casa-hogar	4	3	2	1
12	Carece de familiares cercanos	1	2	3	4
13	Valora negativamente sus relaciones de amistad (vs Que tan importantes son sus amigos para usted)	1	2	3	4
14	Manifiesta sentirse querido por las personas importantes para él (ella)	4	3	2	1
Puntuación directa TOTAL					
BIENESTAR MATERIAL		Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Casi nunca o nunca
15	El lugar donde vive es cómodo	4	3	2	1
16	Manifiesta no estar satisfecho con su situación de jubilado (por haber dejado de percibir esos ingresos).	1	2	3	4
17	Se queja de sus ingresos económicos	1	2	3	4
18	Las áreas comunes tienen barreras arquitectónicas que impiden o dificultan alguna de sus actividades	1	2	3	4
19	Su habitación tiene barreras arquitectónicas que impide o dificulta alguna de sus actividades	1	2	3	4
20	Dispone de las cosas materiales que necesita	4	3	2	1
21	El lugar donde vive necesita reformas para adaptarse a sus necesidades	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL					
DESARROLLO PERSONAL		Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Casi nunca o nunca
22	Puede leer información básica para la vida cotidiana (carteles, periódico, etc)	4	3	2	1
23	Muestra dificultades para resolver con eficacia los problemas que se le plantean	1	2	3	4
24	Tiene dificultades para expresar información	1	2	3	4
25	En la casa-hogar, le proporcionan información sobre cuestiones que le interesan	4	3	2	1
26	Muestra dificultades para manejar conceptos matemáticos básicos útiles para la vida cotidiana	1	2	3	4
27	Tiene dificultades para comprender la información que recibe	1	2	3	4
28	Es responsable de la toma de su medicación	4	3	2	1
29	Muestra escasa flexibilidad mental (conducta adaptativa que haría si ya no pudiera vivir aquí)	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL					
BIENESTAR FÍSICO		Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Casi nunca o nunca
30	Tiene problemas de movilidad	1	2	3	4
31	Tiene problemas de continencia	1	2	3	4
32	Tiene dificultades para seguir una conversación porque oye mal	1	2	3	4
33	Su estado de salud le permite salir a la calle	4	3	2	1
34	Tiene problemas para recordar información importante para la vida cotidiana (caras, nombres, etc)	1	2	3	4
35	Tiene dificultades de visión que le impiden realizar sus tareas habituales	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL					
AUTODETERMINACIÓN		Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Casi nunca o nunca
36	Hace planes sobre su futuro	4	3	2	1
37	Muestra dificultades para manejar el dinero de forma autónoma	1	2	3	4
38	Otras personas organizan su vida	1	2	3	4
39	Elige como pasar su tiempo libre	4	3	2	1
40	Ha elegido el lugar donde vive actualmente	4	3	2	1
41	Su familia respeta sus decisiones	4	3	2	1
42	Toma decisiones sobre cuestiones cotidianas	4	3	2	1
43	Otras personas toman las decisiones que son importantes para su vida	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL					
INCLUSIÓN SOCIAL		Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Casi nunca o nunca
44	Participa en diversas actividades de ocio que le interesan	4	3	2	1
45	Esta excluido en la casa-hogar	1	2	3	4
46	En la casa-hogar tiene dificultad para encontrar apoyos cuando los necesita	1	2	3	4
47	Tiene amigos que le apoyan cuando los necesita	4	3	2	1
48	Tiene dificultades para relacionarse con otras personas de la casa-hogar	1	2	3	4
49	Está integrado con sus compañeros de la casa-hogar	4	3	2	1
50	Participa en forma voluntaria en algún programa o actividad de la casa-hogar	4	3	2	1
51	Su red de apoyos (amigos y familiares) no satisface sus necesidades	1	2	3	4
52	Tiene dificultades para participar en la casa-hogar	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL					
DERECHOS		Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Casi nunca o nunca
53	En la casa-hogar respetan y defienden sus derechos	4	3	2	1
54	Recibe información adecuada y suficiente sobre los tratamientos e intervenciones que recibe	4	3	2	1
55	Muestra dificultad para defender sus derechos cuando no son respetados (vs defiende sus derechos cuando no son respetados)	1	2	3	4
56	Cuenta con asistencia legal y/o acceso a servicios de asesoría legal	4	3	2	1
57	Disfruta de todos sus derechos legales (ciudadanía, voto, etc)	4	3	2	1
Puntuación directa TOTAL					

Fuente: Adaptada de Gómez (2008). Evaluación de la calidad de vida en personas mayores y con discapacidad: La escala FUMAT.

Anexo 3. Encuesta Gestión con Enfoque en la Calidad Total.

Nombre de la estancia:	Fecha de aplicación			
El siguiente cuestionario no es una evaluación, sino una forma de detectar áreas de oportunidad en la organización por lo que es importante que se conteste con el mayor apego posible al trabajo desarrollado. Marque con una "x" el recuadro que mejor describa la situación de la estancia. Si no se tiene ninguno (1), si ha empezado a implementarse (2), si está prácticamente concluido (3), si está totalmente completado (4).				
1. Instrumento para aplicar al personal gerente	Ningún avance	Cierto avance	Avance significativo	Aspecto logrado
	1	2	3	4
A. Liderazgo				
1. Los directivos han desarrollado y difunden la misión, visión y valores de la estancia				
2. Los directivos animan al personal operativo a iniciar cambios y acciones de mejora				
3. Los directivos reconocen los esfuerzos y logros del personal operativo de la estancia				
B. Estrategia y planeación				
4. Todas las áreas disponen de un documento de trabajo donde quedan reflejados los objetivos, así como los indicadores de medición				
5. Los objetivos han sido comunicados a las áreas operativas				
6. Ha existido participación de todos en la determinación de los objetivos				
7. Se realiza seguimiento del resultado de los objetivos y de los indicadores de medición				
C. Personas				
8. Se tienen definidas las funciones y tareas de los puestos de trabajo				
9. Se cuenta con un plan de formación del personal que incluye criterios de selección, análisis de necesidades formativas y formación.				
10. Se utiliza alguna herramienta para medir la satisfacción del personal				
11. La gerencia ayuda a conseguir los objetivos establecidos para mejorar el desempeño de los trabajadores				
D. Alianzas y recursos				
12. Se establecen alianzas para ofrecer mayor valor añadido y satisfacción a los usuarios				
13. Se cuenta con un sistema informático para contar con la información necesaria para la toma de decisiones				
14. Se han desarrollado aplicaciones informáticas para la estancia y se aprovechan porque están bien adaptadas y facilitan el trabajo.				
E. Procesos				
15. Se han identificado y documentado los procesos de la estancia				
16. Se ha nombrado responsables de cada proceso, así como indicadores y objetivos				
17. Se miden los indicadores de los procesos de forma periódica para conocer la marcha de la estancia.				
TOTAL				
Puntuación total: Min 17. Max 68				
Tiempo aproximado de respuesta: 20 minutos				
EVALUACION FINAL	Ningún avance	Cierto avance	Avance significativo	Aspecto logrado
Puntuación obtenida				
Porcentaje				

Fuente: Elaboración propia con base en Martínez, B. (2008). Hablemos de calidad. ¿que es el modelo EFQM (European Foundation for Quality Management. An Pediatr Contin. 6(5):315-

Anexo 4. Encuesta de Evaluación de Atención Centrada en la Persona. P-CAT

P-CAT		Herramienta para valorar involucramiento con la Atención Centrada en la Persona				
Instrucciones de uso: este cuestionario se enfoca en medir la extensión de los cuidados que son percibidos por el <i>staff</i> como centrados en la persona. El cuestionario consta de 13 ítems acerca de los cuidados. Usted decidirá que tanta aplicación hay de los ítems en su organización de acuerdo a su experiencia. Porfavor ponga una cruz en el recuadro que considere que describe mejor su experiencia. Es importante que responda todas las preguntas incluso si no está muy seguro eligiendo la respuesta que mas se acerque.						
		Completamente en desacuerdo	Desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Completamente de acuerdo
1	A menudo se discute como proporcionar atención centrada en la persona	1	2	3	4	5
2	Tenemos reuniones de equipo para analizar la atención a las personas usuarias	1	2	3	4	5
3	La historia de vida (biografía, modo de vida, preferencias, etc) de las personas usuarias está incluida en los planes personalizados de atención	1	2	3	4	5
4	Consideramos que la calidad de la interacción entre los profesionales y las personas usuarias es mas importante que la realización de las tareas	1	2	3	4	5
5	Tenemos libertad de alterar las rutinas de trabajo en función de las preferencias de las personas usuarias	1	2	3	4	5
6	A las personas usuarias se les ofrece la posibilidad de implicarse de modo individual en las actividades cotidianas del centro	1	2	3	4	5
7	Sencillamente no tengo tiempo de proporcionar atención centrada en la persona	5	4	3	2	1
8	El ambiente se percibe caótico	5	4	3	2	1
9	Tenemos que realizar nuestro trabajo antes de que podamos preocuparnos de conseguir un clima hogareño	5	4	3	2	1
10	La organización del trabajo me impide proporcionar una atención centrada en la persona	5	4	3	2	1
11	Tenemos en cuenta las necesidades de las personas usuarias a diario	1	2	3	4	5
12	Es difícil para las personas usuarias orientarse en este centro	5	4	3	2	1
13	Las personas usuarias pueden acceder a la parte exterior del centro cuando lo deseen	1	2	3	4	5
TOTAL						
OBSERVACIONES						

SUB-TOTAL: 13 a 65 puntos.

Fuente: Martínez, R. T. (2015). La atención Centrada en la Persona en los Servicios Gerontológicos: Modelos de Atención e Instrumentos de Evaluación. Tesis doctoral. Universidad de Oviedo. España.

Anexo 5. Encuesta Gestión con Enfoque en Prevención de Riesgos.

Estándar	Ningún avance	Cierto avance	Avance significativo	Aspecto logrado
Plan de seguridad				
1. ¿La organización tiene desarrollado un Plan de Seguridad para el adulto mayor?	1	2	3	4
2. ¿La elaboración del plan de seguridad se basa en una evaluación integral de riesgos de la organización?				
3. ¿El plan de seguridad incluye un sistema de notificación y análisis de eventos adversos, eventos centinela y cuasifallas*?				
4. ¿El plan de seguridad incluye implementación de protocolos de atención en caso de eventos adversos?				
5. ¿El plan de seguridad incluye la implementación de barreras de seguridad y sus mediciones (indicadores)?				
6. ¿El plan de seguridad incluye el rediseño de procesos de riesgo?				
7. ¿El plan de seguridad fue aprobado por el cuerpo de gobierno y directivos?				
8. ¿El plan de seguridad incluye por lo menos dos indicadores relacionados con los procesos de cuidados al adulto mayor?				
9. ¿El plan de seguridad incluye al menos dos indicadores relacionados con procesos de gestión?				
Comité de seguridad				
10. ¿Se tiene conformado un comité de seguridad?				
11. El Comité de seguridad, ¿define el plan, supervisa su implementación y da seguimiento a los acuerdos?				
12. ¿Se utilizan fuentes de información como evaluaciones de desempeño, información de quejas, notificación de eventos adversos, centinela y cuasifallas entre otros , para identificar riesgos?				
13. ¿La identificación de riesgos se realiza con la participación del personal involucrado en los procesos?				
14. ¿Los riesgos se priorizan con la metodología definida por la organización?				
15. ¿El comité de seguridad proporciona retroalimentación periódica a los directivos, responsables de áreas y personal involucrado?				
16. ¿Se identifican al menos una vez por año, los procesos de riesgo relacionados con la seguridad del adulto mayor?				
17. ¿Hay datos disponibles para demostrar que las mejoras son efectivas y sostenidas?				
18. ¿Se hacen cambios en la política a fin de planear, llevar a cabo y sostener la mejora?				
19. ¿Se documentan y difunden en toda la organización las mejoras exitosas?				
20. ¿Se ha definido un plan de capacitación para el personal acorde con su rol en el plan de seguridad para el adulto mayor?				
TIEMPO ESTIMADO DE APLICACIÓN: 15 minutos				
TOTAL				
MIN 20. MAX 80				

Fuente: Elaboración propia con base en Consejo de Salubridad General (2015).
Estándares para implementar el Modelo en Hospitales 2015. Mejora de la Calidad y seguridad del Paciente. QPS (Quality Improvement and Patient Safety)

Anexo 6. Guía de entrevista semiestructurada Gestión

Guía de entrevista

1. Identificación

- ¿Cual es el nombre de la estancia?
- ¿Cual es su ubicación geográfica?
- ¿En que año se fundó y cuales son sus antecedentes históricos?
- ¿Corresponde al sector público o privado?

2. Organización

- ¿Cuál es su estructura organizacional (organigrama)?
- ¿Cuentan con alguna certificación o acreditación?
- ¿Cuentan con algunos procesos escritos? (en caso afirmativo)
- ¿los conoce el personal?
- ¿los aplican?
- ¿Cuántos trabajadores hay en la organización?
- ¿Cómo están distribuidos?
- ¿Hay algún modelo definido de gestión? (asistencialista, reactivo, por procesos, algún otro?)
- ¿Cuáles son los servicios que otorgan?

3. Usuarios

- ¿cuales el numero de adultos mayores que albergan?
- ¿Cuál es el grado de autovalencia?
- ¿Se conoce el grado de deterioro cognitivo?
- ¿Cuáles son las enfermedades prevalentes?

4. Gestión

- ¿Cual es su misión, visión y valores y en que año se revisaron o elaboraron?
- ¿Cuál es su análisis FODA?
- ¿Cuál considera que es su mayor fortaleza?
- ¿Cuál es su mayor debilidad?
- ¿Cuánto tiempo lleva la actual jefa(jefe) de servicio?
- ¿Como definiría su tipo de liderazgo? (autocrático, democrático, *laisse-faire*)
- ¿Cuáles son los principales programas que tienen implementados?
- ¿Cuales son los indicadores que tienen implementados?
- ¿Cuáles son las organizaciones con las que tienen alianzas estratégicas?
- ¿Qué porcentaje del personal tiene capacitación en atención de adultos mayores? ¿cuentan con documento probatorio?
- ¿Cómo se obtienen los recursos económicos para su funcionamiento?
- ¿Se tienen identificados los riesgos para adultos mayores existentes?
- ¿Qué se sabe sobre la atención centrada en la persona?

Fuente: Elaboración propia con base en Chiavenato, I., Cacho de la Riva, I., Pérez, B. M., Narcia, C. C. y Osorio, G. J. (2019). Introducción a la teoría general de la administración. México. Mc Graw Hill. Robbins, S. P. y Coulter, M. (2014). Administración. México. Pearson.

Anexo 7. Carta de consentimiento informado.



Consentimiento Informado para Estudio de Calidad de Vida en el Adulto Mayor.

Lugar: _____

Fecha: _____

Yo, _____, manifiesto que estoy conforme con la intervención que se me ha propuesto, que he comprendido el objetivo de esta encuesta y que he podido preguntar y aclarar todas mis dudas. Me comprometo a responder las preguntas que se hagan de la forma más honesta posible y autorizo que sean utilizados los datos obtenidos para la sistematización y publicación del resultado final de la investigación.

También sé que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.

Firma Usuario

Firma Encuestador

☐

