

## Cobertura y eficiencia en atención a las principales enfermedades de adultos mayores de Hidalgo, México

### Coverage and efficiency in attention to the main diseases of older adults in Hidalgo, Mexico

**Recibido:** 5 de diciembre del 2016

**Aceptado:** 2 de febrero del 2017

**Publicado:** 1° de agosto del 2018

#### Cómo citar:

Guzmán-Olea, E., Maya-Pérez, E., López-Romero, D., Torres-Poveda, K., Bermúdez-Morales, V. H., Madrid-Marina, V., Pimentel-Pérez, B. M., & Agis-Juárez, R. A. (2018). Cobertura y eficiencia en atención a las principales enfermedades de adultos mayores de Hidalgo, México. *Acta Universitaria*, 28(3), 33-39. doi: 10.15174/au.2018.1704

Eduardo Guzmán-Olea\*<sup>o</sup>, Eloy Maya-Pérez\*\*\*\*, David López-Romero\*\*, Kirvis Torres-Poveda\*\*\*, Víctor Hugo Bermúdez-Morales\*\*\*, Vicente Madrid-Marina\*\*\*, Bertha Maribel Pimentel-Pérez\*\*, Raúl Azael Agis-Juárez\*\*.

\* Catedrático Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT). Área Académica de Gerontología, Instituto de Ciencias de la Salud (ICSA), Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (UAEH). Circuito Ex Hacienda La Concepción S/N Carretera Pachuca Actopan, San Agustín Tlaxiaca, Hidalgo, México; C.P. 42160. Teléfono: 52 (771) 7172000 Ext. 4314. Correo electrónico: eguzmanol@conacyt.mx.  
\*\* Área Académica de Gerontología, Instituto de Ciencias de la Salud (ICSA), Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (UAEH).  
\*\*\* Centro de Investigación Sobre Enfermedades Infecciosas, Instituto Nacional de Salud Pública (INSP).  
\*\*\*\* Profesor-Investigador, Licenciatura en Psicología Clínica. Campus Celaya-Salvatierra, Universidad de Guanajuato.  
<sup>o</sup> Autor de correspondencia.

#### Palabras Clave:

Cobertura en salud; atención médica; adultos mayores.

#### Keywords:

Health coverage; medical care; older adults.

## RESUMEN

El objetivo es analizar la cobertura y la eficiencia de atención a las enfermedades más prevalentes en adultos mayores (AM) del estado de Hidalgo por las instituciones de seguridad social del Estado. Se trata del estudio descriptivo transversal constituido por 2503 AM, participantes de la encuesta Salud Bienestar y Envejecimiento Hidalgo 2014. Aparte, se realizó un muestreo aleatorio en residencias particulares de áreas urbanas y rurales del estado. Los resultados son el 95.6% de los AM cuenta con cobertura en salud. Las enfermedades con mayor prevalencia son: hipertensión arterial, diabetes mellitus y enfermedad articular; sin embargo, el 17.09%, 13.29% y 48.38% respectivamente, no reciben tratamiento contra su enfermedad; además el 68% no percibe mejoría en su estado de salud después de ser tratados en el último año. Las conclusiones indican que, aunque existen avances importantes en cobertura de salud, aún se perciben deficiencias significativas en calidad de atención, abastecimiento y accesibilidad a las instituciones de salud, lo que se traduce en abandono terapéutico e insatisfacción de los usuarios.

## ABSTRACT

The objective is to analyze the coverage and efficiency of attention by the state social security institutions to the most prevalent diseases in older adults (AM) from Hidalgo, Mexico. This is a transversal-descriptive study constituted by 2503 AM participants of the Health and Wellbeing Survey Hidalgo 2014. A random sampling was conducted in private residences of urban and rural areas of the state. The results show that 95.6% of AMs have health coverage. The most prevalent diseases are: arterial hypertension, diabetes mellitus and joint disease; however, 17.09%, 13.29% and 48.38% of AMs, respectively, do not receive treatment against these diseases. In addition to this, 68% of participants do not perceive improvement in their state of health after being treated in the last year. Conclusions indicate that although there are important advances in health coverage, significant deficiencies are still seen in the quality of care, supply and accessibility to health institutions, which translates into therapeutic abandonment and user dissatisfaction.

## INTRODUCCIÓN

La protección a la salud es un derecho concedido a la población mexicana y formalizado a partir de las reformas hechas a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en la década de los ochentas. Estas reformas apuntan en varias direcciones; sin embargo, destacan dos aspectos importantes de estas: la búsqueda de la cobertura en materia de salud hacia la población y un paulatino, pero progresivo proceso de privatización del sector salud. Además de los interesantes estudios sobre cómo han operado las políticas públicas en la búsqueda de la cobertura universal en salud en nuestro país (Knaul *et al.*, 2013; Uribe-Gómez & Abrantes Pego, 2013), son vigentes las discusiones acerca de la realidad de dicha cobertura de los servicios de salud. Mismas que han derivado en la búsqueda de indicadores mediante los que se logre conocer –y en el mejor de los casos determinar– los niveles de cobertura o bien las condiciones de esta a nivel regional, local y estatal. Ambos puntos dejan al descubierto la existencia de desigualdades en salud tanto en materia de cobertura como de acceso, atención y calidad en los servicios en general y en lo que respecta a este trabajo, específicamente en relación con los adultos mayores (AM).

A partir de las recomendaciones hechas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), y de las propias necesidades detectadas por el sistema, se propuso la protección social como eje para la cobertura universal en salud para los mexicanos, un sistema efectivo de cobertura y de calidad en el proceso de atención, utilización de servicios y mejora en las condiciones de salud (Urquieta-Salomón & Villareal, 2015). Adicionalmente, y a pesar de la implementación de recomendaciones, hasta el año 2012 el 48.49% de la población mexicana no tenía acceso efectivo a los servicios de salud (Gutiérrez, García-Saisó, Fajardo-Dolci & Hernández-Ávila, 2014), de acuerdo a los datos de las encuestas nacionales de salud de los años 2000, 2006 y 2012, la población sin cobertura se concentra entre los 15 y 30 años de edad (Gutiérrez & Hernández-Ávila, 2013). Sin embargo, aunque los estudios realizan una estimación global de la población en México, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) recomienda la metodología empleada en la Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (Sabe) para evaluar –entre otros aspectos– la cobertura eficiente para la protección en salud de los adultos mayores en Latinoamérica (Albala *et al.*, 2005), debido a que la problemática sigue constituyendo un gran desafío para el sistema de salud debido a la heterogeneidad significativa que se presenta en términos presupuestarios, por entidad federativa, nivel socioeconómico y sexo (Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD], 2016).

En este sentido, el acceso a los servicios de salud y la eficacia de la atención reflejada en la percepción de mejoría

en el estado de salud de los AM es un punto relevante dentro de la problemática descrita. Por lo tanto, el objetivo del presente trabajo es analizar la cobertura y la eficiencia de atención a las enfermedades más prevalentes en adultos mayores (AM) del estado de Hidalgo por las Instituciones de Seguridad Social en Salud (ISSS) del estado.

## MATERIAL Y MÉTODOS

El presente trabajo consiste en un estudio de campo descriptivo y transversal basado en la información obtenida a partir de la encuesta Sabe Hidalgo 2014, la cual cuenta con representatividad estatal y validez estadística (Agis-Juárez *et al.*, 2016).

El análisis se realizó a partir de la información correspondiente a los apartados: características sociodemográficas, protección en salud, auto-reporte de padecimientos, consumo de medicamentos y percepción del estado de salud. Los sujetos que constituyen la muestra corresponden a un grupo aleatorio de adultos de 60 años y más, residentes de hogares particulares de áreas urbanas y rurales del estado de Hidalgo. La muestra estuvo constituida por 2503 AM quienes respondieron la encuesta integrada por 11 secciones que suman un total de 486 reactivos. La recolección de la información fue realizada por parejas de entrevistadores del Área Académica de Gerontología, de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (UAEH), que previamente fueron capacitados por el Área de Atención al Envejecimiento del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (Cenaprece) de la Secretaría de Salud (Ssa), de acuerdo a la metodología de la encuesta Sabe México; misma que ha sido validada y descrita previamente (Lozano *et al.*, 2011).

### Definición de variables

#### Datos sociodemográficos

Se recolectó información referente a la edad, sexo, lugar de residencia, estado civil y grado de escolaridad (expresada como: haber concluido al menos la educación básica).

#### Cobertura en salud

Se definió de acuerdo al número de AM que manifestaron afiliación a alguna institución gubernamental de salud, considerando al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos (Pemex), Servicios de Salud al Personal Militar y sus Derechohabientes (Sedena) y Ssa.

## Cobertura efectiva en salud

Se consideraron únicamente a los AM que manifestaron afiliación algún sistema de salud y que refirieron diagnóstico médico de al menos alguno de los siguientes padecimientos: hipertensión arterial sistémica (HAS), diabetes mellitus (DM) y enfermedad articular (EA), las cuales constituyen los tres padecimientos con mayor frecuencia. Posteriormente, se evaluó si recibieron o no tratamiento médico institucional contra su padecimiento y la autopercepción de salud después recibir tratamiento en los últimos doce meses. Finalmente, se indagó sobre la institución de seguridad social a la que acuden cuando necesitan atención médica, y en caso de no acudir cuáles fueron las causas principales.

## Análisis estadístico

Se realizó el análisis correspondiente a las características sociodemográficas, cobertura en salud, diagnóstico médico de las enfermedades evaluadas, suministro de medicamentos por padecimiento y autopercepción de su condición de salud, así como un análisis de comparación de proporciones entre sexos. El procesamiento y análisis de la información se realizó utilizando el paquete estadístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), Inc. Chicago (Illinois, EUA) versión 15.0 para *Windows* y se representaron mediante medias o proporciones considerando la desviación/error estándar. Los análisis se realizaron calculando una diferencia de proporciones al ajustar el diseño complejo de la muestra y fueron reportados por sexo (hombre/mujer) y lugar de residencia (urbano/rural), estratificando los grupos de edad de 60 años a 69 años, 70 años a 79 años y de 80 años o más. Para realizar la comparación de porcentajes sobre la presencia de alguna patología entre hombres y mujeres, se realizó la prueba de Z con un nivel de significancia ( $p$ ) 95% ( $< 0.05$ ).

Las encuestas fueron realizadas considerando todos los aspectos éticos y se solicitó el consentimiento informado de los participantes. El proyecto de investigación fue autorizado por la Comisión de Investigación del Área Académica de Gerontología de la UAEH.

## RESULTADOS

Referente a los datos sociodemográficos de la población de estudio, se recabó la información de 2503 adultos mayores desde 60 hasta 103 años de edad, de estos 1471 fueron residentes de áreas urbanas mientras que 1032 fueron de áreas rurales. Del total de los encuestados el 69.7% pertenecen al sexo femenino, lo cual concuerda con las tendencias nacionales de un predominio en el número de mujeres. Además del total de estas, el 72.49% manifestó haber terminado al menos la educación escolar básica (correspondientes a 6 años de estudios). Por otro lado, en cuanto al estado civil; el 74.7% de las mujeres y el 75.5% de los hombres, declararon estar casados al momento de la realización de la encuesta.

Al analizar la afiliación de los AM a alguna de las ISSS del Estado (IMSS, ISSSTE, Ssa, Pemex, Sedena), se determinó una cobertura al 95.6% de la población de estudio. Al realizar el análisis comparativo entre cobertura vs las variables sociodemográficas de la población, se determinaron diferencias estadísticamente significativas (valor  $p < 0.05$ ). El grupo poblacional de 60 años-69 años de edad presentó una mayor afiliación, mientras que en lo referente al sexo, se observó que las mujeres contaron con más acceso a las ISSS que los hombres (70.2% vs 29.8%). Así mismo, en cuanto al estado civil se observó la misma tendencia en los AM casados con respecto a los que presentaron otra condición (unión libre, separados, viudos o divorciados). Finalmente se determinó que los residentes de áreas urbanas presentaron más frecuencia de afiliación que los residentes de áreas rurales (tabla 1).

**Tabla 1** Características sociodemográficas y cobertura en salud en AM de Hidalgo

Características	Total (%)	Edad			Sexo		Estado civil		Lugar de residencia*	
		60-69 (%)	70-79 (%)	80 a más (%)	Hombre (%)	Mujer (%)	Casado (%)	otro† (%)	Urbano (%)	Rural (%)
	$n = 2,503$	1,167	969	367 (14.7)	758 (30.3)	1745 (69.7)	1875 (74.9)	628 (25.1)	1471 (58.8)	1032 (41.2)
	-100	-46.6	-38.7							
Cobertura en salud	$n = 2,392$ (95.6)	1,117 (46.7‡)	932	343	712	1,680 (70.2‡)	2,154 (90‡)	238 (-10)	1,403 (58.7‡)	989 (-41.3)

\* De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2011), se considera población rural cuando tiene menos de 2500 habitantes<sup>6</sup>

‡ Comprende AM en unión libre, separados, viudos o divorciados.

‡ Diferencia significativa entre los grupos, con valor  $p < 0.05$  ajustado por el diseño complejo de la muestra.

Fuente: Elaboración propia.

Respecto a la eficiencia en la atención a las enfermedades más prevalentes en los AM del estado de Hidalgo, la tabla 2 presenta el abastecimiento de medicamentos contra HAS, DM y EA así como la autopercepción en la condición de salud que guardan los AM que recibieron tratamiento en comparación con los no tratados durante los últimos 12 meses. De acuerdo con estos resultados, la enfermedad con mayor prevalencia fue la HAS presente en el 49.26% de la población de estudio y al analizar el abastecimiento de medicamentos contra dicho padecimiento, se observó que el 83.9% de los enfermos recibe terapia farmacológica. Además, al analizar la atención contra HAS por sexo, se determinó que existe mayor atención en las mujeres (58.6%), casadas (77.6%) residentes de áreas urbanas (49.1%) ( $p < 0.05$ ). Sin embargo, aunque el nivel de atención fue alto, las intervenciones no se manifestaron en la autopercepción de mejoría en el estado de salud de los enfermos, ya que el 53.3% de los AM atendidos declararon sentirse igual o peor durante el último año.

Para el caso de la DM, la prevalencia de la enfermedad se presentó en el 28% de la población de estudio. Del total de los AM que presentaron la patología, el 85.6% de ellos manifestó recibir tratamiento médico. De la misma forma, al analizar la atención contra el padecimiento con respecto al sexo, se observó que las mujeres fueron más atendidas (60%) con respecto a los hombres, se determinó que el mayor número de mujeres atendidas presentaron una

condición civil de estar casadas (77.3%) y que fueron residentes de áreas urbanas (50.2%) ( $Z = 2.0, p < 0.05$ ). No obstante la alta cobertura de atención, únicamente el 24.2% de los enfermos manifestó mejoría en su condición de salud durante el último año.

En relación con la prevalencia de EA, se encontró que el 16.2% de los encuestados refirió padecer la enfermedad, con predominio en el sexo femenino ( $Z = 2.8, p < 0.05$ ). En cuanto a la atención contra el padecimiento, el 48.4% de los enfermos no recibieron tratamiento contra la enfermedad, mientras que independientemente de estar recibiendo atención o no, el 81.6% de los enfermos declaró sentirse igual o peor en los últimos 12 meses.

La tabla 3 presenta la institución a la que recurrieron los AM cuando necesitaron atención médica contra los padecimientos reportados. De acuerdo a lo referido, independientemente de la patología que presentaron, más del 70% de los AM enfermos acudió a alguna de las ISSS del Estado, seguido de las personas que decidieron no acudir a ninguna institución y finalmente los que recurrieron a algún servicio privado. Al analizar la asistencia al lugar de atención por lugar de residencia, los AM que padecieron DM y EA de áreas rurales acudieron menos a las ISSS que los residentes de áreas urbanas. Adicionalmente, para el caso de los AM que padecieron EA, se observó una mayor proporción en no acudir a consulta, aunque lo necesitaban (46.8%) independientemente del área de residencia.

**Tabla 2** Abastecimiento terapéutico institucional y autopercepción de salud en AM con HAS, DM y EA según sexo, estado civil y lugar de residencia

Características	HAS (n = 1233)			DM (n = 701)			EA (n = 401)		
	% Tratados	%		% Tratados	%		% Tratados	%	
		No tratados	% Total		No tratados	% Total		No tratados	% Total
Sexo									
Masculino	25.3	4.7‡	30	25.6	3.7‡	29.3	11.4	13‡	24.4
Femenino	58.6‡	11.4	70	60‡	10.7	70.7	40.1‡	35.4	75.6
Total (%)	83.9	16.1	100	85.6	14.4	100	51.6	48.4	100
Estado civil									
Casado	77.6‡	6.2	83.8	77.3‡	12.7	90	45.4‡	44.1	89.5
Otro	13.9	2.3‡	16.2	8.3	1.7‡	10	6.2	4.2‡	10.5
Total (%)	91.5	8.5	100	85.6	14.4	100	51.5	48.3	100
Residencia									
Urbano	49.1‡	7.9	57	50.2‡	7	57.2	31.7	29.1	60.8
Rural	34.8	8.2	43	35.7	7.1	42.8	20	19.2	39.2
Total (%)	83.9	16.1	100	85.9	14.1	100	51.7	48.3	100
Autopercepción de salud									
Mejor	29.8	4.1	33.9	24.2	4.6	28.8	12.2	5.7	18
Igual o peor	53.3‡	12.7‡	66	61.3‡	9.8‡	71.2	39‡	42.6‡	82

\* De acuerdo con el INEGI (2011), se considera población rural cuando tiene menos de 2500 habitantes<sup>6</sup>.

‡ Comprende AM en unión libre, separados, viudos o divorciados.

‡ Diferencia significativa entre los grupos, con valor  $p < 0.05$  ajustado por el diseño complejo de la muestra.

Fuente: Elaboración propia.

**Tabla 3** Lugar de recurrencia para atención médica en AM con HAS, DM Y EA según sexo y lugar de residencia

	HAS			DM			EA		
	Consulta ISSS	Privada	No acude	Consulta ISSS	Privada	No acude	Consulta ISSS	Privada	No acude
Características									
Sexo									
Masculino	21.2	3	5.7	20.8	3.6	4.9	17	2.8	4.5
	(n = 260)	(n = 37)	(n = 69)	(n = 145)	(n = 25)	(n = 34)	(n = 68)	(n = 11)	(n = 18)
Femenino	50.1	8.9	11.1	51.6	6.7	12.4	54.4	7	14.3
	(n = 613)	(n = 108)	(n = 136)	(n = 359)	(n = 47)	(n = 86)	(n = 217)	(n = 28)	(n = 57)
Total (%)	71.3	11.9	16.8	72.4	10.3	17.3	71.4	9.8	18.8
Residencia									
Urbano	40.8	7.5	9	31.1	12.7	14	29.9	8.2	20.5
	(n = 503)	(n = 92)	(n = 111)	(n = 213)	(n = 87)	(n = 96)	(n = 117)	(n = 32)	(n = 80)
Rural	31	4.1	7.6	19.2‡	11.1	11.9	12.5‡	2.6	26.3
	(n = 382)	(n = 51)	(n = 94)	(n = 131)	(n = 76)	(n = 81)	(n = 49)	(n = 10)	(n = 103)
Total (%)	71.8	11.6	16.6	50.3	23.8	25.9	42.4	10.8	46.8

\* De acuerdo con el INEGI (2011), se considera población rural cuando tiene menos de 2500 habitantes<sup>6</sup>

§ Comprende AM en unión libre, separados, viudos o divorciados.

‡ Diferencia significativa entre los grupos, con valor  $p < 0.05$  ajustado por el diseño complejo de la muestra.

Fuente: Elaboración propia.

Al indagar sobre las principales razones de inasistencia a consulta a las ISSS en AM con HAS la principal razón fue la demora en la atención (28.6%), mientras que los enfermos de DM la mala atención fue la razón más referida con el 21.7%; por su parte el 64% de los que padecieron EA mencionaron la falta de acceso a especialistas como la principal causa de inasistencia a consulta médica a pesar de necesitarla. Al analizar de manera general la inasistencia a las ISSS, sin importar la enfermedad, la falta de acceso a especialistas fue considerada la principal razón con el 26.3%, seguido de la mala atención (19.3%) y la distancia a la institución y/o falta de transporte (18.3%).

## DISCUSIÓN

La cobertura universal en salud es uno de los principales retos en países desarrollados y en vías de desarrollo. En México, se han establecido políticas para la descentralización de los servicios de salud, manteniendo un eje rector a nivel federal que protege financieramente a las instituciones y permite el esquema de protección universal en salud (Knaul & Frenk, 2005). Sin embargo, la cobertura universal más allá de funcionar como un programa de afiliación, debe proporcionar servicios integrales, eficientes y de calidad que impacten en la salud poblacional y permitan alcanzar y sostener las diversas metas globales en salud pública. En este sentido, de acuerdo al Censo Nacional de Población y Vivienda 2010, en el estado de Hidalgo el 38.9% de los 211 000 AM no contaban con acceso a seguridad social en salud (Consejo Nacional de Población

[Conapop], 2010). Derivado de ello, se implementaron políticas nacionales y estatales para disminuir la brecha en el acceso a servicios de salud y, de acuerdo a lo reportado en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) 2012 (Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], 2012), la cobertura para los adultos del estado alcanzó el 52.3% en el año 2012 (INSP, 2012). Sin embargo, no se obtienen datos específicos para el grupo poblacional de los AM, por lo tanto el objetivo planteado en el presente estudio ha permitido reportar por primera vez los importantes avances en la cobertura en salud en el estado de Hidalgo, alcanzando al 95.6% de dicho grupo poblacional, cifra superior a la media nacional (Shamah-Levy et al., 2008). No obstante, las diferencias urbano-rurales reportadas en cuanto a cobertura muestran una tendencia similar a lo reportado hace casi una década (Wong & Díaz, 2007), observándose que los residentes de áreas urbanas tienen mayor acceso a los servicios de salud, se constata que las mujeres manifiestan mayor afiliación a una ISSS al igual que los AM casados, aunque queda por determinar si el aumento en la accesibilidad por estatus marital está influenciado por afiliación por parte del cónyuge, los hijos o el estado.

En cuanto a la prevalencia de las principales patologías que presentan los AM del estado de Hidalgo, los hallazgos aquí presentados mostraron un aumento para el caso de la HAS de lo reportado en la media nacional (49.26% [IC 95% 48.92% - 49.67%] vs 31.5%, respectivamente) (Campos-Nonato et al., 2013; INSP, 2012). La misma tendencia se observó para el caso de padecimiento de DM en AM, mientras que la media nacional se ha sido reportada en el 9.17% de la población, en el estado de Hidalgo se presentó en el 28% (IC 95%

27.62%-28.37%), (Hernández-Ávila, Gutiérrez & Reynoso-Noverón, 2013). Adicionalmente, para el caso de la EA el 16% de los AM encuestados manifestaron contar con diagnóstico médico, sin embargo, a nivel nacional no existen cifras precisas de la prevalencia. Derivado de lo anterior, es importante destacar que las cifras reportadas podrían estar subestimadas, en este sentido resulta fundamental la necesidad de implementar estrategias que permitan mejorar el diagnóstico oportuno, así como la implementación de programas de atención integral a los enfermos y a la población en riesgo, la generación de programas eficientes de promoción a la salud y la generación de redes de certificación de la calidad en la atención. Particularmente, en el caso de los AM es fundamental la generación de protocolos de atención clínica con abordaje gerontológico integral, que considere las condiciones biopsicosociales del grupo poblacional y que involucre acciones de autocuidado, participación en redes de apoyo y empoderamiento de acciones enfocadas en alcanzar estilos de vida saludable (Guzmán-Olea, 2016). Por otra parte, a pesar de que se ha reducido la brecha de protección en salud entre las zonas rurales y urbanas, en el estado de Hidalgo aún se observan diferencias significativas en la cobertura farmacológica por región, observándose menor acceso a tratamiento en los AM residentes de áreas rurales. Adicionalmente, aunque los AM registrados en este informe cuentan con protección en salud, un porcentaje importante decide no acudir a las ISSS o atenderse en el sector privado independientemente de la patología que padecen, y se menciona que la falta de acceso a especialistas, la mala atención y la distancia a las instituciones de salud son las principales razones de su ausencia, lo cual resalta que aunque existe una cobertura muy elevada de atención basada en la afiliación de los usuarios, aún existen retos muy importantes en la calidad de la atención, infraestructura, formación de recursos humanos, abastecimiento farmacológico, accesibilidad, recursos económicos y diseño de políticas y programas de atención integral. Además, es necesario hacer mayor énfasis en la adherencia al tratamiento farmacológico y en la capacitación del personal de salud involucrado en el primer nivel de atención que favorezca a un control y seguimiento adecuado, y conduzca al mejoramiento perceptible en la calidad de vida de los adultos mayores.

## CONCLUSIONES

La cobertura de salud en AM del estado de Hidalgo ha alcanzado un nivel cercano a la cobertura universal, sin embargo aún existen algunos sectores de la población que no cuentan con afiliación a las ISSS, identificando particularmente a los AM residentes de áreas rurales. Además, se determinó que los AM de Hidalgo padecen con mayor frecuencia HAS, DM y EA, y la prevalencia de las mismas inclusive es mayor a la reportada a nivel nacional; aunque existe un nivel importante en atención a dichas patologías, las acciones realizadas no se ven reflejadas en la auto percepción del estado

de salud de los AM que las padecen. Los resultados obtenidos en el presente estudio sugieren la importancia de implementar acciones y políticas públicas enfocadas a la cobertura en salud en residentes de áreas rurales, así como el mejoramiento y eficiencia de la atención por grupo poblacional, región geográfica y condiciones socioeconómicas y, finalmente, a desarrollar estrategias para el monitoreo de la cobertura eficiente en salud.

## REFERENCIAS

- Agis-Juárez, R. A., Guzmán-Olea, E., Pimentel-Pérez, B. M., Farfán-Téllez, H., Chaparro-González, E. T., & García-Fuentes, E. A. (2016). En: Secretaría de Salud (Ssa) (Ed.). *Sabe Hidalgo* (48-81). Secretaría de Salud.
- Albala, C., Lebrao, M., León-Díaz, E. M., Ham-Chande, R., Hennis, A. J., Palloni, A., Peláez, M., & Pratts, O. (2005). Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (Sabe): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 17(5-6), 307-322.
- Campos-Nonato, I., Hernández-Barrera, L., Rojas-Martínez, R., Pedraza, A., Medina-García, C., & Barquera, S. (2013). Hipertensión arterial: prevalencia, diagnóstico oportuno, control y tendencias en adultos mexicanos. *Salud Pública de México*, 55(2), S144-S150.
- Consejo Nacional de Población (Conapo). (2010). *Proyecciones de la población de México 1990-2030*. Recuperado en <http://pda.salud.gob.mx/cubos/cconapo2010proy.html>
- Gutiérrez, J. P., & Hernández-Ávila, M. (2013). Cobertura de protección en salud y perfil de la población sin protección en México, 2000-2012. *Salud pública de México*, 55(2), 83-90.
- Gutiérrez, J. P., García-Saisó, S., Fajardo-Dolci, G., & Hernández-Ávila, M. (2014). Effective access to health care in Mexico. *BMC Health Services Research*, 14(1), 186-195.
- Guzmán-Olea, E., Pimentel-Pérez, B. M., Salas-Casas, A., Armenta-Carrasco, A. I., Oliver-González, L. B., & Agis-Juárez, R. A. (2016). Prevención a la dependencia física y al deterioro cognitivo mediante la implementación de un programa de rehabilitación temprana en adultos mayores institucionalizados. *Acta Universitaria*, 26(6), 53-59. doi: 10.1517/au.2016. 1056.
- Hernández-Ávila, M., Gutiérrez, J. P., & Reynoso-Noverón, N. (2013). Diabetes mellitus en México. El estado de la epidemia. *Salud pública de México*, 55(2), S129-S136.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2011). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2009 "Panorama Sociodemográfico de México: Principales resultados"*. México. Recuperado de [http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/encuestas/hogares/enadid/enadid2009/702825495602.pdf](http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/encuestas/hogares/enadid/enadid2009/702825495602.pdf)
- Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). (2012) *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados por entidad federativa, Hidalgo*. Recuperado de <https://www.insp.mx/produccion-editorial/novedades-editoriales/3057-INSP2012-resultados-entidad-federativa.html>

- Knaul, F. M., González-Pier, E., Gómez-Dantés, O., García-Junco, D., Arreola-Ornelas, H., Barraza-Lloréns, M., Sandoval, R., Caballero, F., Hernández-Ávila, M., PhD, Mercedes, J., Kershenobich, D., Nigenda, G., Ruelas, E., Sepúlveda, J., Tapia, R., Soberón, G., Chertorivski, S., & Frenk, J. (2013). Hacia la cobertura universal en salud: protección social para todos en México. *Salud pública de México*, 55(2), 207-235.
- Knaul, F., & Frenk, J. (2005). Health Insurance in Mexico: Achieving Universal Coverage Through Structural Reform. *Health Affairs*, 24(6), 1467-1476.
- Lozano, M. E., Calleja, J., Mena R, Ramírez, E. J., Herrera, G., Arias, E., Medina, E., Murillo, J. F., Guzmán, L., Mora, C., Obregón, L. M., Vázquez, Y., Domínguez, D., De la Cruz, I., Domínguez, B., Pot, M., González, C., & Osio, Y. (2011). Investigación clinicoepidemiológica en envejecimiento: metodología del proyecto encuesta salud, bienestar y envejecimiento (Sabe) en México. *Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna*, 24(4), 186-198.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2016). *OECD Reviews of Health Systems: Mexico 2016*. París: OECD Publishing. doi: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264230491-en>
- Shamah-Levy, T., Cuevas-Nasu, L., Mundo-Rosas, V., Morales-Ruan, C., Cervantes-Turrubiates, L., & Villalpando-Hernández, S. (2008). Estado de salud y nutrición de los adultos mayores en México: resultados de una encuesta probabilística nacional. *Salud Pública de México*, 50(5), 383-389.
- Uribe-Gómez, M., & Abrantes-Pego, R. (2013). Las reformas a la protección social en salud en México: ¿rupturas o continuidades?. *Perfiles latinoamericanos*, 21(42), 135-162.
- Urquieta-Salomón, J. E., & Villarreal, H. J. (2015). Evolution of health coverage in Mexico: evidence of progress and challenges in the Mexican health system. *Health Policy and Planning*, 31(1), 28-36.
- Wong, R., & Díaz, J. (2007). Health care utilization among older Mexicans: health and socioeconomic inequalities. *Salud Pública de México*, 49(4), S505-S514.