

Factores asociados a la continuidad de la atención en personas mayores con enfermedades crónicas sin seguridad social en México

Associated factors with continuity of care in elderly people with chronic diseases without social security in Mexico

DOI: S1134-928X2025000200003

Karen Moreno-Sánchez¹
Igor Cigarroa²
Patricia Pavón-León^{3,*}
María del Carmen Gogea-coechea-Trejo³
Betzaida Salas-García³
Gaudencio Gutiérrez-Alba⁴
Liliana Giraldo-Rodríguez⁵

1. Maestra en Salud Pública. Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud. Instituto de Ciencias de la Salud. Universidad Veracruzana. Xalapa, Veracruz, México.
2. Doctor en Neurociencias. Escuela de Kinesiología. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Católica Silva Henríquez. Santiago, Chile.
3. Doctora en Ciencias de la Salud. Instituto de Ciencias de la Salud. Universidad Veracruzana. Xalapa, Veracruz, México.
4. Doctor en Ciencias en Salud Pública. Instituto de Ciencias de la Salud. Universidad Veracruzana. Xalapa, Veracruz, México.
5. Doctora en Ciencias en Salud Colectiva. Instituto Nacional de Geriátrica. Ciudad de México, México.

*Autora para correspondencia.

Correo electrónico: ppavon@uv.mx (Patricia Pavón-León).

Recibido el 18 de octubre de 2024; aceptado el 11 de noviembre de 2024.

RESUMEN

Objetivo: Analizar las diferencias en el gasto de bolsillo en salud, calidad de vida relacionada con la salud, ansiedad y depresión, según la continuidad de la atención de personas mayores que padecen diabetes mellitus, hipertensión arterial o ambas, en unidades sin seguridad social. **Metodología:** Estudio cuantitativo, transversal analítico.

Se realizó un muestreo probabilístico estratificado en personas mayores que acudieron a los centros de salud urbanos. **Resultados:** Las personas mayores que tuvieron interrupciones en la continuidad de la atención en salud reflejaron mayor gasto de bolsillo en salud, menor puntuación en calidad de vida relacionada con la salud y menor sintomatología de ansiedad y depresión en comparación con quienes tuvieron continuidad de la atención. **Conclusiones:** La interrupción en la continuidad de la atención entre personas mayores con enfermedades crónicas no solo se asocia con un mayor gasto de bolsillo, sino también con una disminución en la calidad de vida relacionada con la salud. Por ello, debería considerarse un factor de riesgo para su salud.

PALABRAS CLAVE: Envejecimiento, anciano, gastos en salud, diabetes mellitus, hipertensión, seguridad social.

ABSTRACT

Objective: To analyze differences in out-of-pocket health care spending, health-related quality of life, anxiety and depression, according to the continuity of care of older persons with diabetes mellitus, hypertension or both in units without social security. **Methodology:** Analytical cross-sectional quantitative study, stratified sampling of elderly people attending urban health centers, urban health centers. **Results:** Older persons who interruptions in the continuity of health care reflected a higher out-of-pocket health care expenditure, lower health-related quality of life scores and lower health-related quality of life scores, and lower anxiety and depression symptomatology compared to those who had continuity of care. **Conclusions:** The interruption in continuity of care among chronically ill older people with chronic diseases is not only associated with higher out-of-pocket costs, but also with a decrease in but also with a decrease in health-related quality of life. Therefore, it should be considered a risk factor for their health.

KEYWORDS: Aging, elderly, health expenditures, diabetes mellitus, hypertension, social security, chronic diseases, out-of-pocket spending.

■ INTRODUCCIÓN

La prevalencia de enfermedades como hipertensión arterial (HTA) y diabetes mellitus (DM) se ha incrementado en los últimos tiempos debido a diversos factores, uno de estos es el envejecimiento de la población, lo que propicia que cada vez sea más frecuente encontrar personas mayores con estas patologías, que pueden afectar varios aspectos de su vida. En México

se considera personas mayores a los individuos que cuenten con 60 años o más y que se encuentren domiciliadas o en tránsito en el territorio nacional¹.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSA-NUT) 2022, en México se estima la existencia de 14,6 millones de personas con DM, de esta cifra, el 25,8% son personas mayores². La Secretaría de Salud, reportó que en México más de 30 millones de personas viven con HTA, de las que el 57,9% son personas mayores³.

Con el aumento de la prevalencia de estas patologías se han visto afectaciones en los servicios de diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados destinados a las personas mayores con enfermedades crónicas, ocasionando interrupciones en la continuidad de la atención en salud, esto debido a la suspensión de las consultas de control, cambios en estas o por una mala organización dentro de los servicios de salud¹.

Se define la continuidad de la atención en salud como la coordinación y relación de los servicios de atención médica que reciben un paciente a lo largo del tiempo para tratar su padecimiento. Involucra la adecuada transmisión de la información médica entre los profesionales de la salud, la realización de seguimientos apropiados a las enfermedades crónicas y la promoción de una relación de confianza entre el paciente y su equipo médico⁴. La falta de continuidad en la atención puede ocasionar errores en la medicación y un inadecuado seguimiento de estos pacientes, por lo que se convierte en un aspecto fundamental en la prestación de servicios de salud⁴.

Debido a la falta de continuidad de la atención en salud, las personas mayores son privadas del surtimiento de sus medicamentos, lo que supone que han utilizado sus propios recursos para poder adquirir los medicamentos que necesitan, esto les genera un gasto de bolsillo en salud que no está contemplado en sus gastos mensuales y que en cierta medida llega a afectar a su economía^{5,6}.

Asimismo, las enfermedades crónicas pueden provocar problemas en la salud mental, por ejemplo, ansiedad y depresión debido a la gran carga social y financiera que estas enfermedades provocan, y también a causa de los cambios de hábitos alimentarios y del estilo de vida que deben adoptar para controlar la enfermedad⁷ y, por consiguiente, una disminución en la calidad de vida⁸.

Estos padecimientos representan un gran impacto en las personas, los sistemas de salud, los programas de salud pública y la economía de todo el mundo a causa de las afectaciones que estas provocan en quien las padecen⁹.

■ OBJETIVOS

Con base en lo anterior, el objetivo de este artículo es analizar las diferencias en el gasto de bolsillo, la calidad de vida relacionada con la salud y la presencia de sintomatología de ansiedad y depresión, según la continuidad de la atención en personas mayores que padecen DM, HTA o ambas y que no cuentan con seguridad social. Es importante señalar que existen escasos estudios que aborden este tema en esta población.

■ METODOLOGÍA

Tipo de estudio y participantes

Se llevó a cabo un estudio trasversal analítico en personas mayores sin seguridad social que asisten a las unidades de salud urbanas de primer nivel de atención en el estado de Veracruz, México. El tamaño de la muestra se realizó por medio de un muestreo probabilístico, mediante la fórmula para poblaciones finitas, en la que se tuvo un universo de 1.500 personas mayores, obteniendo una muestra de 307.

Los participantes incluidos en este estudio cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: *a)* tener 60 años o más; *b)* padecer DM y/o HTA; *c)* tener un diagnóstico mayor de 6 meses, y *d)* que aceptaran participar en el estudio firmando la hoja de consentimiento informado voluntario.

Aspectos éticos

La presente investigación se realizó siguiendo los principios éticos en el tratamiento de seres humanos y de acuerdo con los principios de Helsinki vertidos en la Ley General de Salud, por lo que las personas que aceptaron participar en el estudio firmaron un consentimiento informado. Este proyecto fue aprobado por el Comité de Investigación (No. De registro D/165/2022) y de Ética en Investigación (Folio No. 003/2023), con registros en la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) y la Comisión Nacional de Bioética (CONBIOÉTICA).

Variables de estudio e instrumentos de evaluación

CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

La continuidad de la atención en salud se midió con un instrumento creado *ex profeso* para este estudio, tomando como referencia: la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, para la prevención, tratamiento y control de la DM en la atención primaria¹⁰; la Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la HTA sistémica¹¹, y las guías de práctica clínica (GPC) sobre DM¹² y HTA¹³. La finalidad fue conocer la continuidad de la atención referente a DM y HTA en el primer nivel de atención, incluyó 10 preguntas cerradas de opción múltiple: número de consultas de control, frecuencia de cancelaciones de consulta, derivación a consultas de nutrición, derivación a grupos de ayuda mutua, medición de la glucosa, de la presión arterial, de la hemoglobina glucosilada, de la química sanguínea, examen general de orina, dispensación de medicamentos. Para la validación del instrumento de medición se solicitó la revisión de expertos en el tema y se llevó a cabo la prueba piloto. La confiabilidad se midió a través de la prueba estadística alfa de Cronbach, de acuerdo con los resultados se consideró como aceptable 0,74.

GASTO DE BOLSILLO EN SALUD

El gasto de bolsillo en salud se midió con el módulo II del cuestionario de gasto de bolsillo en salud, estilos de vida y factores socioeconómicos en adultos mayores¹⁴. Es un instrumento diseñado por Pavón-León en el Instituto de Ciencias de la Salud. Cuestionario estandarizado con 20 ítems, el nivel de confiabilidad mediante la prueba estadística alfa de Cronbach fue buena (0,85).

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

La calidad de vida relacionada con la salud se evaluó mediante el instrumento SF36¹⁵, este instrumento de autopercepción consiste en 36 preguntas divididas en 8 dimensiones asociadas con la salud: función física, rol físico, dolor, vitalidad, función social, rol emocional, salud mental y salud general. Adicionalmente, el SF-36 incluye un ítem de transición que pregunta sobre el cambio en el estado de salud general. Las puntuaciones obtenidas a partir del cuestionario fluctúan en una escala de 0 a 100, en la que una mayor puntuación refleja una mejor calidad de vida.

SALUD MENTAL

Se evaluó la salud mental con la valoración de la sintomatología de ansiedad y depresión. Se utilizó la escala de Goldberg¹⁶, que posee 2 subescalas, cada una de ellas se estructura en 4 ítems iniciales para determinar si es o no probable que exista un trastorno mental, pero no para diagnosticarlo, y un segundo grupo de 5 ítems que se formulan solo si se obtienen

respuestas positivas a las preguntas iniciales (2 o más en la subescala de ansiedad, 1 o más en la subescala de depresión). Los puntos de corte son ≥ 4 para la escala de ansiedad, y ≥ 2 para la depresión. Con puntuaciones tanto más altas cuanto más severo sea el problema (siendo el máximo posible de 9 en cada una de las subescalas)¹⁷.

ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Adicionalmente, se investigaron datos sociodemográficos que fueron recopilados a través de un instrumento creado exclusivamente para esta investigación, que contempló los siguientes aspectos: edad, sexo, escolaridad, ocupación, situación conyugal y personas con las que convive. Para la validación del instrumento se solicitó la revisión de expertos en el tema y se llevó a cabo la prueba piloto, la confiabilidad se midió a través de la prueba estadística alfa de Cronbach (0,89), de acuerdo con los resultados se consideró como aceptable.

Análisis estadístico

Los datos obtenidos se registraron y codificaron en el paquete estadístico SPSS para Windows versión 26,0. Se llevó a cabo un análisis mediante estadística descriptiva para las variables sociodemográficas, se calcularon proporciones y medidas de tendencia central para las variables gasto de bolsillo en salud, calidad de vida relacionada con la salud y salud mental. La variable de continuidad de la atención en salud fue transformada en dicotómica para su análisis (atención continua y atención interrumpida) debido a la desproporcionalidad entre las categorías. Para el análisis estadístico se midió la distribución de los datos con la prueba de Kolmogórov-Smirnov y al no existir una distribución normal se utilizaron pruebas no paramétricas, U de Mann Whitney, para realizar comparaciones entre los grupos en cada una de las variables de estudio.

■ RESULTADOS

De acuerdo con las características sociodemográficas de la muestra analizada según padecimiento, se observó que en promedio las personas tenían 70 años; los hombres y mujeres presentaron una proporción similar en los 3 padecimientos—DM (33%), HTA (25%) y DM + HTA (41%)—; el ingreso mensual promedio fue de US\$ 202,14; respecto a ocupación, las categorías con mayor porcentaje fueron amas de casa y jubilados en los 3 grupos; en cuanto a la situación conyugal, mayoritariamente los participantes en los 3 grupos refirieron estar casados (DM 60,2%; HTA 53,8%, y DM + HTA 63,5%). En la categoría de escolaridad, el grupo DM presentó una mayor proporción en los ítems sin escolaridad (54,4%) y primaria (29,1%), el grupo HTA sin escolaridad fue del 33,3% y con licenciatura del 23,1%, y el grupo DM + HTA sin escolaridad del 54% y con primaria del 16,7%. Finalmente, en la categoría con quién viven los participantes de los grupos DM e HTA, presentaron mayor porcentaje en vivir con pareja e hijos con un 33 y un 39,7%, respectivamente, y el grupo DM + HTA mayoritariamente con pareja con un 61% (tabla 1).

En la tabla 2 se observa que en el grupo DM los indicadores que presentaron un mayor porcentaje en atención interrumpida fueron: consulta de control (78,6%), toma de glucosa (100%) y análisis general de orina (72,8%). En el grupo HTA, la interrupción de la continuidad de la atención se presentó mayormente en consulta de control (75,6%), cancelaciones en la consulta (53,8%), consulta nutricional (67,9%), grupos de ayuda mutua (96,2%) y medición de la glucosa (100%). En el grupo DM + HTA, las interrupciones se observaron en consulta de control (69,8%), cancelaciones en la consulta (78,6%), grupos de ayuda

mutua (85,7%), medición de la glucosa (100%) y examen general de orina (57,9%).

La tabla 3 muestra el gasto de bolsillo en salud, la calidad de vida relacionada con la salud y la salud mental (síntomas de ansiedad y depresión) de las personas mayores analizadas según su enfermedad crónica. Las personas mayores, independientemente de su padecimiento, tuvieron un mayor gasto de bolsillo en atención con médico privado y estudios de gabinete.

Cuando se analiza la calidad de vida por dimensión, se observó que el rol emocional, la vitalidad, la salud mental, la salud general y los cambios de salud fueron las que agruparon más personas mayores con una baja percepción de su calidad de vida relacionada con la salud.

Finalmente, con respecto a la variable de salud mental, se observó que las personas mayores que presentaban HTA y DM + HTA tenían mayor sintomatología de ansiedad y depresión con respecto a quienes padecían DM. Además, se observó que, independiente del padecimiento, las personas mayores en su mayoría reportaron tener sintomatología ansiosa y depresiva.

En la tabla 4 se observa una comparación de las variables según la continuidad de la atención y la enfermedad crónica. Se evidencia que las personas que experimentaron interrupciones en la continuidad de la atención médica tienen un mayor gasto de bolsillo en comparación con las que mantuvieron una continuidad en la atención. Además, se observó una puntuación más baja en la calidad de vida relacionada con la salud en las personas con interrupciones en la continuidad de la atención, lo que indica que este grupo presentó una menor calidad de vida en comparación con los que mantuvieron una atención continua en salud. En cuanto a la salud mental, se aprecian menores puntuaciones en síntomas de ansiedad y depresión en las personas mayores con interrupciones en la continuidad de la atención.

■ DISCUSIÓN

En esta investigación se encontró que la interrupción en la continuidad de la atención provoca en las personas mayores que padecen alguna enfermedad crónica un mayor gasto de bolsillo en salud y un deterioro en la calidad de vida relacionada con la salud. Sin embargo, contrariamente a lo que se suponía, quienes tuvieron continuidad de la atención presentaron mayor sintomatología de ansiedad y depresión.

La presencia de sintomatología de ansiedad y depresión asociada con la continuidad de la atención en este tipo de población podría justificarse por el hecho que los que tienen consultas de control, derivaciones a otros servicios médicos como nutrición, exámenes de laboratorio y de gabinete, así como el surtimiento de sus medicamentos, muestran una mayor preocupación por su salud; como resultado, presentan síntomas de ansiedad y depresión. Esto es confirmado por Egede y Zheng¹⁸, que observaron que la depresión y la ansiedad se presentan hasta 2 veces más en los adultos mayores con alguna enfermedad crónica en comparación con los que no presentan ninguna enfermedad.

En relación con la continuidad de la atención, la Organización Mundial de la Salud¹ menciona que los sistemas de salud han reportado interrupciones en cuanto al tratamiento de las enfermedades crónicas no trasmisibles, principalmente en el primer nivel de atención; y coinciden con los resultados de esta investigación, en la que se encontró que más del 50% de los participantes refirieron interrupciones en las consultas de valoración, derivaciones a nutrición y surtimiento de medicamentos.

La vulnerabilidad de las personas mayores no solo afecta a la salud, sino también en el aspecto económico. En países en vías de desarrollo, como México, los ingresos de esta población se ven disminuidos en esta etapa

Tabla 1. Características sociodemográficas de las personas mayores atendidas en las unidades de salud de primer nivel, según enfermedad crónica

Variables		Enfermedad crónica		
		DM (n = 103)	HTA (n = 78)	DM + HTA (n = 126)
		Media	Media	Media
Edad		70	69,87	69,86
		f (%)	f (%)	f (%)
Sexo	Mujer	51 (49,5)	43 (55,1)	64 (50,8)
	Hombre	52 (50,5)	35 (44,9)	62 (49,2)
Ingreso mensual promedio (US\$)		205,35		
Ocupación	Profesionista	1 (1)	4 (5,1)	21 (16,7)
	Trabajador de la educación	18 (17,5)	4 (5,1)	19 (15,1)
	Trabajador del arte y deporte	0 (0)	1 (1,3)	1 (0,8)
	Trabajador en actividad agrícola	21 (20,4)	1 (1,3)	2 (1,6)
	Comerciante	1 (8,3)	11 (14,1)	0 (0)
	Ama de casa	27 (26,2)	34 (43,6)	45 (35,7)
	Jubilado	35 (34)	23 (29,5)	38 (30,2)
Situación conyugal	Casado	62 (60,2)	42 (53,8)	80 (63,5)
	Unión libre	12 (11,7)	31 (39,7)	16 (12,7)
	Viudo	13 (12,6)	5 (6,4)	13 (10,3)
	Divorciado	16 (15,5)	0 (0)	17 (13,5)
Escolaridad	Licenciatura	2 (1,9)	18 (23,1)	3 (2,4)
	Bachillerato	14 (13,6)	9 (11,5)	16 (12,7)
	Secundaria	1 (1)	11 (14,1)	18 (14,3)
	Primaria	30 (29,1)	14 (17,9)	21 (16,7)
	Sin escolaridad	56 (54,4)	26 (33,3)	68 (54,0)
Con quién vive	Solo	14 (13,6)	1 (1,3)	0 (0)
	Pareja e hijos	34 (33)	31 (39,7)	45 (35,7)
	Pareja	26 (25,2)	29 (37,2)	77 (61,1)
	Hijos	12 (11,7)	6 (7,7)	4 (3,2)
	Familiares	17 (16,5)	11 (14,1)	0 (0)

DM: diabetes mellitus; f: frecuencia absoluta; HTA: hipertensión arterial.
Los datos se presentaron en frecuencia absoluta (f) y porcentaje (%). La edad se presentó en años. N = 307.
Fuente: elaboración propia (Moreno, 2024).

de la vida, pues muchos no cuentan con beneficios del trabajo formal en el momento de su retiro laboral. Esto se refleja en los ingresos económicos promedio, en este estudio el ingreso mensual promedio de esta población fue de US\$ 201,66, esta cifra está por debajo de lo reportado por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL)¹⁹ en 2020, que encontró que el ingreso mensual promedio de las personas mayores de 65 años fue de US\$ 264,91, independientemente del tipo de ingreso.

Como era de esperar, tener DM y HTA conlleva un mayor gasto de bolsillo en salud, casi el doble de lo que representa para las personas

que solo presentan HTA o DM, debido a la necesidad de adquirir medicamentos, pagar honorarios de médicos privados y realizar análisis de laboratorio, entre otros²⁰.

Parra et al.⁷, investigadores colombianos, refirieron resultados similares en cuanto a calidad de vida relacionada con la salud. A pesar de que la mayoría de las dimensiones evaluadas obtuvieron puntuaciones ligeramente menores del SF-36 en comparación con los obtenidos en este estudio, el comportamiento de los resultados en la percepción de la calidad de vida fue similar, concluyendo así que en ambos estudios se evidenció una baja percepción de esta.

Tabla 2. Continuidad de la atención, según indicador, de las personas mayores atendidas en las unidades de salud de primer nivel, según enfermedad crónica

Indicadores de continuidad de la atención en salud		Enfermedad crónica		
		DM (n = 103)	HTA (n = 78)	DM + HTA (n = 126)
		f (%)	f (%)	f (%)
Cuántas veces acudió a consulta de control	Continua	22 (21,4)	19 (24,4)	38 (30,2)
	Interrumpida	81 (78,6)	59 (75,6)	88 (69,8)
Cancelaciones en la consulta	Continua	63 (61,2)	36 (46,2)	27 (21,4)
	Interrumpida	40 (38,8)	42 (53,8)	99 (78,6)
Consulta nutricional	Continua	99 (96,1)	25 (32,1)	69 (54,8)
	Interrumpida	4 (3,9)	53 (67,9)	57 (45,2)
Grupos de ayuda mutua	Continua	61 (59,2)	3 (3,8)	18 (14,3)
	Interrumpida	42 (40,8)	75 (96,2)	108 (85,7)
Frecuencia de toma de glucosa	Interrumpida	103 (100)	78 (100)	126 (100)
Toma de hemoglobina glucosilada	Continua	102 (99,0)	40 (51,3)	93 (73,8)
	Interrumpida	1 (1,0)	38 (48,7)	33 (26,2)
Toma de presión arterial	Continua	102 (99,0)	49 (62,8)	124 (98,4)
	Interrumpida	1 (1,0)	29 (37,2)	2 (1,6)
Toma de química sanguínea	Continua	88 (85,4)	39 (50,0)	81 (64,3)
	Interrumpida	15 (14,6)	39 (50,0)	45 (35,7)
Toma de examen general de orina	Continua	28 (27,2)	39 (50)	53 (42,1)
	Interrumpida	75 (72,8)	39 (50)	73 (57,9)
Dispensación de medicamento	Continua	65 (63,1)	60 (76,9)	71 (56,3)
	Interrumpida	38 (36,9)	18 (23,1)	55 (43,7)

DM: diabetes mellitus; f: frecuencia absoluta; HTA: hipertensión arterial.
Los datos se presentaron en frecuencia absoluta (f) y porcentaje (%). N = 307.
Fuente: elaboración propia (Moreno, 2024).

En un estudio realizado por Dorta et al.²¹ en Venezuela, se encontró que la depresión en el grupo poblacional de personas mayores tuvo una prevalencia del 81%, en el que las variables con mayor influencia fueron el sexo, el estado civil, la instrucción educativa, la ocupación y la convivencia, esta prevalencia es semejante a la reportada en este estudio. Asimismo, en México⁹ la prevalencia reportada de síntomas depresivos fue del 29,7%; en este sentido, en la presente investigación existen discrepancias en cuanto a este porcentaje, ya que se encontraron síntomas de depresión en el 76% de la población estudiada.

Finalmente, se destaca que las fortalezas de este estudio radican en proporcionar evidencia de las diferentes problemáticas y necesidades de grupos específicos, como son las personas mayores. Esta información puede ser útil para la toma de decisiones en materia de política pública.

Limitaciones

Entre las limitaciones, se encuentra que la muestra es representativa de unidades de primer nivel de atención y de población urbana, por lo que los resultados no pueden generalizarse a la población rural y a otros

niveles de atención. Para futuros estudios, se debe considerar incluir a la población rural y extender la investigación a otras regiones del país.

CONCLUSIONES

Las condiciones de continuidad de la atención, el gasto de bolsillo en salud y la salud mental de las personas mayores que presentan DM y/o HTA que acuden a los servicios de salud permiten visibilizar la importancia de analizar los sistemas de salud. Esto es primordial para brindar la atención a los que no cuentan con seguridad social y tienen menos recursos económicos. Lo ideal sería que los servicios sean equitativos, anticipados y progresivos.

Es fundamental destacar la necesidad de identificar las oportunidades de mejora en los servicios de atención dirigidos a la población con enfermedades crónicas, garantizando así su calidad y capacidad para satisfacer las necesidades de salud. Por lo tanto, es crucial considerar el presupuesto asignado para este propósito y cómo se distribuye entre distintos requerimientos, como medicamentos, exámenes de laboratorio, radiografías y tomografías, entre otros. Además, es esencial reconocer

Tabla 3. Gasto de bolsillo en salud, calidad de vida relacionada con la salud y salud mental de las personas mayores atendidas en las unidades de salud de primer nivel, según enfermedad crónica

	Enfermedad crónica		
	DM (n = 103)	HTA (n = 78)	DM + HTA (n = 126)
Gasto de bolsillo en salud (US\$)			
Rubros	Media	Media	Media
Medicamento	7,76	5,48	7,93
Médico privado	12,53	13,20	16,35
Exámenes de laboratorio	8,32	8,83	8,66
Estudios de gabinete	45,98	28,43	30,47
Porcentaje de personas que realizaron un gasto de bolsillo en salud	90,3%	81%	83%
Calidad de vida relacionada con la salud			
Dimensiones	Media	Media	Media
Función física (0-100 puntos)	55,6	56,8	5,8
Rol físico (0-100 puntos)	59,5	58,0	57,1
Rol emocional (0-100 puntos)	49,5	37,1	45,8
Vitalidad (0-100 puntos)	45,0	48,4	46,9
Salud mental (0-100 puntos)	45,71	45,8	45,0
Función social (0-100 puntos)	60,6	63,4	63,6
Dolor corporal (0-100 puntos)	57,8	59,0	61,4
Salud general (0-100 puntos)	42,9	44,9	43,8
Cambios de salud (0-100 puntos)	40,8	41,1	40,3
Salud mental			
Categorías	Media	Media	Media
	f (%)	f (%)	f (%)
Ansiedad	4,23	5,2	5,8
Sin sintomatología	50 (48,5)	23 (29,5)	26 (20,6)
Con sintomatología	53 (51,5)	55 (70,5)	100 (74,4)
Depresión	2,7	3,6	4,0
Sin sintomatología	39 (37,9)	13 (16,7)	21 (16,7)
Con sintomatología	64 (62,1)	65 (83,3)	105 (83,3)

DM: diabetes mellitus; f: frecuencia absoluta; HTA: hipertensión arterial.
Los datos cuantitativos se presentaron en media, los datos cualitativos en frecuencia absoluta (f) y porcentaje (%). N = 307.
Fuente: elaboración propia (Moreno, 2024).

la importancia de contar con un servicio de calidad, sin interrupciones, que brinde a los usuarios las herramientas necesarias para lograr el control de su padecimiento. Asimismo, es importante no descuidar la salud mental, ya que esta población, al ser vulnerable, requiere atención psicológica para afrontar su enfermedad y las consecuencias que esta provoca ■

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Financiación

Este proyecto es resultado de la tesis de doctorado de la primera autora, quien recibió una beca por parte del Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías (CONAHCYT) con número 800476. Además, para el desarrollo del proyecto contó con el apoyo del programa de posgrado.

Agradecimientos

Los autores agradecen a la Universidad Veracruzana y a la Secretaría de Salud de Veracruz las facilidades brindadas para la realización de este proyecto.

Tabla 4. Continuidad de la atención ajustada por tipo de padecimiento con las variables gasto de bolsillo en salud, calidad de vida, ansiedad y depresión

	Enfermedad crónica								
	DM (n = 103)			HTA (n = 78)			DM + HTA (n = 126)		
	Media	Media	U de Mann Whitney	Media	Media	U de Mann Whitney	Media	Media	U de Mann Whitney
	Continua (61%)	Interrumpida (39%)	p	Continua (13%)	Interrumpida (87%)	p	Continua (44%)	Interrumpida (56%)	p
Gasto de bolsillo en salud (US\$)									
Medicamento	7,50	8,15	0,174	7,95	5,12	0,000*	9,19	10,21	0,939
Médico privado	17,79	19,52	0,000**	21,34	21,41	0,27	16,70	18,20	0,000**
Laboratoriales	4,05	19,14	0,181	5,96	21,33	0,136	1,55	9,86	0,018*
Estudios de gabinete	20,10	37,41	0,610	10,50	93,27	0,000**	8,00	35,17	0,000**
Calidad de vida relacionada con la salud									
Función social	56,8	53,6	0,633	42,5	59,0	0,100	60,3	55,8	0,321
Rol físico	63,1	53,7	0,204	42,5	60,3	0,137	58,0	56,4	0,777
Problemas emocionales	48,1	51,6	0,662	23,3	39,2	0,258	41,7	49,0	0,301
Vitalidad	43,5	47,3	0,505	51,0	48,0	0,267	47,3	46,6	0,994
Salud mental	43,3	49,4	0,093	47,2	45,7	0,988	45,6	44,6	0,668
Función social	57,7	65,3	0,118	70,0	62,4	0,192	63,5	63,7	0,998
Dolor	58,3	56,9	0,865	55,5	59,5	0,741	65,3	58,4	0,106
Salud general	43,3	42,4	0,345	42,0	45,3	0,295	44,9	42,9	0,025*
Cambios de salud	40,5	42,3	0,600	32,5	42,3	0,050*	41,0	39,6	0,762
Salud mental									
Ansiedad	3,7	5,5	0,000**	5,8	3,3	0,030*	6,3	5,2	0,027*
Depresión	2,5	3,1	0,000**	4,3	1,2	0,032*	4,4	3,4	0,523

DM: diabetes mellitus; HTA: hipertensión arterial.

La variable gasto de bolsillo en salud se midió en dólares (US\$). Los datos se presentaron como media. N = 307.

Para determinar diferencias significativas entre los grupos se utilizó la prueba no paramétrica U de Man Whitney.

*p < 0,05.

**p < 0,01.

Fuente: elaboración propia (Moreno, 2024).

BIBLIOGRAFÍA

- Cid C, Marinho ML. Dos años de pandemia de COVID-19 en América Latina y el Caribe: reflexiones para avanzar hacia sistemas de salud y de protección social universales, integrales, sostenibles y resilientes. Documentos de Proyectos (LC/TS.2022/63). Santiago: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL); 2022.
- Basto-Abreu A, López-Olmedo N, Rojas-Martínez R, Aguilar-Salinas CA, Moreno-Banda GL, Carnalla M, et al. Prevalencia de prediabetes y diabetes en México: Ensanut 2022. Salud Publica Mex. 2023;65:S163-8.
- Campos-Nonato I, Oviedo-Solis C, Vargas-Meza J, Ramírez-Villalobos D, Medina-García C, Gómez-Álvarez E, et al. Prevalencia, tratamiento y control de la hipertensión arterial en adultos mexicanos: resultados de la Ensanut 2022. Salud Publica Mex. 2023;65:S169-80.
- Freeman GK, Olesen F, Hjortdahl P. Continuity of care: an essential element of modern general practice? Fam Pract. 2003;20:623-7.
- Macías-Sánchez A, Villareal-Páez HJ. Sostenibilidad del gasto público: cobertura y financiamiento de enfermedades crónicas en México. Ens Rev Econ. 2018;37:99-134.
- Bayon C, Ochoa S, Rivera González JG. Desigualdades, pobreza, economía informal, precariedad laboral y desarrollo económico. Las ciencias sociales y la agenda nacional. Reflexiones y propuestas desde las ciencias sociales. Consejo Mexicano de Ciencias Sociales - COMECSO; 2018. Disponible en: <https://www.comesco.com/ciencias-sociales-agenda-nacional/cs/issue/view/3>
- Parra Dora I, López Romero LA, Vera Cala LM. Calidad de vida relacionada con la salud en personas con hipertensión y diabetes mellitus. Enferm Glob. 2021;20:316-44.
- López-Rincón FJ, Morales-Jineza A, Ugarte-Esquível A, Rodríguez-Mejía LE, Hernández-Torres JL, Sauza-Niño LC. Comparación de la percepción de calidad de vida relacionada con la salud en hombres y mujeres adultos mayores. Enferm Glob. 2019;18:410-25.
- Araya-Orozco M. Hipertensión arterial y diabetes mellitus. Rev Costarric Cienc Med. 2004;25:65-71.
- Norma Oficial Mexicana NOM-015-Ssa2-2010, para la prevención, tratamiento y control de la Diabetes Mellitus. Disponible en: <https://www.dof.gob.mx/normasOficiales/4215/salud/salud.htm>
- Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, para la prevención de la hipertensión arterial sistémica. Disponible en: <https://www.cndh.org.mx/doctr/2016/jur/a70/01/jur-20170331-nor21.pdf>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Diabetes mellitus tipo 2. Diagnóstico y tratamiento. GPC Vigente. Cenetec. 2019;1:1-70.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Hipertensión arterial. Guía de práctica clínica (GPC). Quito: Dirección Nacional de Normalización; 2019. Disponible en: www.salud.gob.ec
- Pavón León P. Estilos de vida, factor socioeconómico y el gasto de bolsillo en salud de los adultos mayores. Tesis doctoral. Xalapa: Universidad Veracruzana; 2015. Disponible en: <https://cdigital.uv.mx/bitstream/handle/123456789/42514/PavonLeonPatricia.pdf?sequence=5>
- Zúñiga MA, Carrillo GT, Fos PJ, Gandek B, Medina MR. Evaluación del estado de salud con la Encuesta SF-36: resultados preliminares en México. Salud Publica Mex. 1999;41:110-8.
- Goldberg DP, Blackwell B. Psychiatric illness in general practice. A detailed study using a new method of case identification. Br Med J. 1970;2:439-43.

Karen Moreno-Sánchez, Igor Cigarroa, Patricia Pavón-León, María del Carmen Gogeoascoechea-Trejo, Betzaida Salas-García, Gaudencio Gutiérrez-Alba y Liliana Giraldo-Rodríguez
Factores asociados a la continuidad de la atención en personas mayores con enfermedades crónicas sin seguridad social en México

17. Martín Carbonell M, Pérez Díaz R, Riquelme Marín A. Valor diagnóstico de la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EAD-G) en adultos cubanos. *Univ Psychol*. 2016;15:177-92.
18. Egede LE, Zheng D. Independent factors associated with major depressive disorder in a national sample of individuals with diabetes. *Diabetes Care*. 2003;26:104-11.
19. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Evaluación estratégica sobre el avance de las mujeres en el ejercicio de sus derechos. Ciudad de México: CONEVAL; 2023. Disponible en: https://www.coneval.org.mx/EvaluacionDS/PP/CEIPP/Documents/Informes/evaluacion_estragica_mujeres.pdf
20. Cuevas Muñiz BL, López Estrada RE. El gasto de bolsillo en salud: un proceso de empobrecimiento latente en la vejez. En: Bayón C, Ochoa S, Rivera González JG, editores. *Desigualdades, pobreza, economía informal, precariedad laboral y desarrollo económico*. México: COMECSO; 2018.
21. Dorta L, Martes M, Villalba P, Fuentes P, Pérez Peñaranda A. Riesgo de depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 según tiempo de evolución: Centro Diabetológico Aragua, Venezuela. 2011. *Comun Salud*. 2014;12:33-8.