

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DEPARTAMENTO DE SALUD PUBLICA
III PROMOCION EPIDEMIOLOGIA



“Percepción de los adultos mayores sobre la calidad en la atención en el Establecimiento de Salud Dr. Alonso Suazo, Región Sanitaria Metropolitana del Distrito Central, Francisco Morazán. Diciembre de 2016 – Junio de 2017”

Dra. Karina Silva de la Llana

Previa opción al título de

Master en Epidemiología

Tutora: Dra. María Félix Rivera

Tegucigalpa, M.D.C.,

Octubre 2017

Autoridades de la UNAH y de la Facultad de Ciencias de la Salud

Rector

Dr. José Francisco Herrera

Secretario(a) General

Abogada Enma Virginia Rivera

Directora de Investigación Científica y Posgrados

Dra. Leticia Salomón

Decano de la Facultad de Ciencias Médicas

Dr. Marco Tulio Medina

Secretario de la Facultad de Ciencias Médicas

Dr. Jorge Alberto Valle

Coordinador General de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud

Dr. Octavio Sánchez

Jefatura del Departamento de Salud Pública

Dr. Ana Lourdes Cardona

Coordinador de la Maestría en Epidemiología

Dr. Mario René Mejía

Dedicatoria

A Dios

Por permitirme llegar a este momento tan especial de mi formación profesional en mi vida. Por los triunfos y los momentos difíciles que me han enseñado a valorarlo cada día más.

A mi esposo y mis hijas

Elvis Trejo Teruel, Nathaly Sofía y Monserrat Anahí; fuente inagotable de amor, esfuerzo e inspiración, estuvieron presentes en espíritu cada fin de semana que asistí a clases. No hay mayor agradecimiento para los tres seres que más amo que el poder culminar este sueño.

A mis padres

Rigoberto Silva y Lilian de la Llana, a pesar de nuestra distancia física me han enseñado a no desfallecer ni rendirme ante nada y siempre perseverar a través de sus sabios consejos.

A mis amigos, compañeros y maestros

Gracias por su tiempo, apoyo así como la sabiduría que me transmitieron en el desarrollo de mi formación profesional, llevándome todas las cosas buenas que tienen cada uno.

A toda la población adulta mayor

De Honduras, de América Latina y del mundo, porque les une puntos en común, cuyas carencias y dificultades fueron la gran motivación para la realización de este estudio.

Agradecimientos

A mi Asesora de Tesis

Dra. María Félix Rivera por su esfuerzo y dedicación, quién con sus conocimientos, experiencia, paciencia, disciplina y alegría; me dio las orientaciones metodológicas, prácticas y oportunas para la realización de esta investigación. Dra. Rivera eternamente agradecida, por la motivación permanente a llegar a la meta.

Al Dr. Ángel Gabriel Díaz

Por brindarme todo su constante apoyo y ayuda directa que ha estado a su alcance, durante estos dos años.

A mi docente

Dr. Mario René Mejía, porque desde el ingreso a la Maestría en Epidemiología, siempre fue un motivador constante para culminar mis estudios de posgrado.

A las autoridades de la Secretaría de Salud

Por otorgarme una oportunidad a través de una beca para el desarrollo de mi formación profesional.

A todo el personal

Que labora en las diferentes áreas que componen el Establecimiento de Salud Dr. Alonso Suazo por brindarme su apoyo en proporcionarme la información requerida.

A todos los adultos mayores

Que respondieron a la encuesta y atienden su salud en los servicios del Establecimiento de Salud Dr. Alonso Suazo.

A mis jefes y compañeros de trabajo

Que me brindaron su invaluable apoyo mientras realizaba la este proyecto.

Finalmente

A todas aquellas personas, colegas y amigos que me brindaron su apoyo, tiempo e información para el logro de mis objetivos.

Contenido

I. Introducción.....	1
II. Planteamiento del Problema de Investigación	3
III. Justificación	4
IV. Objetivos de la Investigación	5
IV.1 Objetivo General.....	5
IV.2 Objetivos Específicos.....	5
V. Marco Teórico	6
VI. Hipótesis	25
VII. Operacionalización de variables.....	26
VIII. Metodología de la Investigación.....	28
VIII.1 Tipo de estudio:	28
VIII. 2 Universo:	28
VIII. 3 Población en estudio:	28
VIII. 4 Unidad de estudio:	28
VIII. 5 Tipo de muestreo y cálculo de Muestra:	28
VIII. 6 Descripción del área geográfica del estudio.....	29
VIII. 7 Criterios de Inclusión	29
VIII. 8 Criterios de Exclusión	30
VIII. 9 Métodos e instrumentos de recolección de los datos	30
VIII. 10 Consideraciones Éticas y consentimiento informado.....	31
VIII. 11 Análisis de datos	31
IX. Resultados.....	32
X. Discusión y análisis	50
XI. Conclusiones.....	56
XII. Recomendaciones.....	57

XIII. Bibliografía	58
XIV. Anexos.....	62

I. Introducción

Evaluar la calidad de los servicios de atención desde la perspectiva del adulto mayor, ya que se puede obtener del entrevistado un conjunto de conceptos y actitudes asociados en relación con la atención recibida, con lo cual se adquiere información que beneficia a la organización otorgante de los servicios de salud, a los prestadores directos y mejoren sus necesidades y expectativas de los mayores. El método Donabedian representa una de las formas más rápidas para evaluar aspectos de la calidad de los servicios y ofrece beneficios a un costo relativamente bajo. Así mismo se puede identificar oportunamente a pacientes de alto riesgo, tener un mayor control en la planeación de los servicios, identificar las quejas de los pacientes descontentos y, además, minimizar los daños como es el caso de las demandas legales.¹

Es posible documentar los diferentes niveles de desempeño laboral y facilitar la evaluación, de tal forma que contribuya a la mejoría en la calidad de la atención mediante el establecimiento de estándares de desempeño, esto a pesar de la existencia de dudas sobre la capacidad que tiene el adulto mayor para hacer juicios de valor sobre los aspectos técnicos de la atención.²

Este método permite realizar análisis de la calidad a partir de las tres dimensiones que propone el autor (estructura, proceso y resultado) ha sido una contribución importante, pues permite medir ordenadamente las variables ligadas a la calidad de los servicios de salud. Este esquema supone que los resultados realmente son consecuencia de la atención proporcionada, lo cual implica que no todos los resultados puedan ser fácil y exclusivamente atribuibles a los procesos, y no todos los procesos dependerán directamente.⁴

Con base en lo anterior, se desprende el análisis de la satisfacción de los adultos mayores, vista como un indicador de la **dimensión de estructura**, a partir del cual se puede obtener la opinión acerca de los aspectos de la estructura (comodidades, instalaciones físicas, organización), **el proceso** (procedimientos y acciones realizadas en la consulta) y **el resultado** (cambios en el estado de salud y la percepción general de la atención recibida).

En ocasiones, la accesibilidad se traslapa conceptualmente con la definición de calidad, ya que aquélla abarca fenómenos que tienen repercusiones directas en la atención, como son los tiempos de espera, los horarios del servicio o los costos de la misma, que en conjunto se consideran como características de la accesibilidad a las organizaciones. También se puede obtener información sobre aquellas características de los servicios que facilitan u obstaculizan los esfuerzos del adulto mayor para obtener atención (accesibilidad).^{5, 6}

En el presente trabajo se evaluó la calidad de atención en los servicios de salud que tienen el adulto mayor desde la percepción del mismo a través del recorrido de consulta externa; asimismo, identificaremos las dimensiones del concepto que representan un mayor peso para este grupo de población y distinguimos aquellas características socioeconómicas que explican las variaciones de dicha evaluación para lo cual se desarrolló una metodología de acuerdo a los objetivos planteados.

II. Planteamiento del Problema de Investigación

La población adulto mayor (tercera edad) ha crecido en los últimos años, pues según la OMS, en el año 2000 había 600 millones de personas mayores de 60 años, lo que representa el 10% de la población total del planeta. En Europa y América, esta población sobrepasa ya el 20% del total.⁷

Este crecimiento es debido a los avances de la ciencia y la medicina, la higiene y nutrición, las condiciones y estilos de vida favorables. Sin embargo, la longevidad creciente tiene exigencias propias que no pueden desconocerse y se debe asegurar que el alto costo necesario para llegar adulto mayor se vea compensado con una vida con calidad.

Honduras tiene una población mayor de 60 años en el año 2013 de 600,748 personas, que representa el (7.5%) del total de la población, de las cuales 287,088 son hombres y 313,600 mujeres.⁹

La calidad de la atención en el adulto mayor constituye uno de los pilares importantes dentro de los servicios de atención primaria ya que las personas mayores forman un grupo poblacional que demanda de estos servicios de atención en salud por ser esta multicausal, para esto es necesario dar respuesta de manera eficiente y efectiva entre más organizado sea los servicios de atención en salud habrá una mejor calidad de vida de la persona y menores serán los costos en atención.

En el año 2014 se atendieron 21,906 pacientes mayores de 60 años por primera vez y 35,548 consultas subsiguientes; en el año 2015 se atendieron 21,117 pacientes mayores de 60 años por primera vez y subsiguientes 40,397, y se espera que dentro de 10 años la población mayor de 60 años que se atenderá en el Establecimiento de Salud (ES) Dr. Alonso Suazo sea de 133,096 adultos mayores; por lo que se debe preparar el sistema para recibir esa cantidad de usuarios con un incremento de enfermedades crónicas no transmisibles.

Debido a lo antes expuesto consideramos que era necesario evaluar la calidad de los servicios de atención que recibe este grupo de población, por lo que nos planteamos la siguiente pregunta:

¿La calidad de los servicios de atención en salud de los adultos mayores en el Establecimiento de Salud Dr. Alonso Suazo de la Región Sanitaria Metropolitana del Distrito Central, cumple con las dimensiones del método Donabedian desde la percepción del usuario?

El propósito de esta pregunta fue conocer el rol que tiene la Secretaria de Salud en estas dimensiones que menciona el método y que a su vez puede aportar mejoras en los servicios de salud a este grupo de población cuando acude a este Establecimiento de Salud u otros en busca de atención.

III. Justificación

El aumento de la longevidad determina que la mayor parte de los países desarrollados, y algunos en vías de desarrollo, exhiban una expectativa de vida al nacer superior a los 60 años, lo cual ha variado en forma notable la pirámide poblacional en el planeta. Los importantes avances sociales, técnicos y científicos han permitido que en un futuro cercano (año 2025) haya una población de más de 1,000 millones de personas mayores de 60 años; de acuerdo con las proyecciones demográficas de la ONU, en 2020, una cuarta parte de la población del planeta tendrá más de 60 años, y uno de cada tres adultos será un adulto mayor.¹⁰

Las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y cuando acuden a las instalaciones de salud incluidas en el sistema de salud, ayudan a explicar la mayor parte de las inequidades sanitarias existentes actualmente, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas; esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, del acceso a los servicios de salud de la población tanto a nivel nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas.

Al evaluar la calidad de los servicios de atención médica desde la percepción del adulto mayor se estará contribuyendo al Modelo Nacional de Salud desde su primer nivel de atención en salud, que permita afrontar los retos del envejecimiento de la población y las necesidades de salud de que enfrenta este grupo de población.

Los hallazgos de este estudio permitieron elaborar estrategias con el propósito de mejorar la atención del adulto mayor, procurando proponer la creación de espacios específicos, que permitan implementar acciones para mejoren la atención en el Establecimiento de Salud Dr. Alonso Suazo de la Región Sanitaria Metropolitana del Distrito Central (RSMDC).

IV. Objetivos de la Investigación

IV.1 Objetivo General

Evaluar la calidad de los servicios de atención en salud desde la percepción del adulto mayor brindada en el Establecimiento de Salud “Dr. Alonso Suazo” de la Región Sanitaria Metropolitana del Municipio del Distrito Central en el periodo del diciembre del año 2016 a junio del 2017.

VI.2 Objetivos Específicos

1. Determinar las características sociodemográficas de la población adulto mayor que asiste al Establecimiento de Salud “Dr. Alonso Suazo”.
2. Determinar la percepción de la calidad en el adulto mayor en cuanto a la atención en las dimensiones: accesibilidad, estructura, proceso y resultado en el Establecimiento de Salud “Dr. Alonso Suazo”
3. Identificar la relación entre los componentes de las dimensiones de calidad de los servicios de salud brindados a los adultos mayores que acuden al Establecimiento de Salud “Dr. Alonso Suazo” y la satisfacción de los usuarios.

V. Marco Teórico

Entre 2000 y 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%. En números absolutos, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo. El cambio demográfico será más rápido e intenso en los países de ingresos bajos y medianos. Por ejemplo, tuvieron que transcurrir 100 años para que en Francia el grupo de habitantes de 65 años o más se duplicara de un 7% a un 14%.¹¹

Por el contrario, en países como Brasil y China esa duplicación ocurrirá en menos de 25 años. Habrá en el mundo más personas octogenarias y nonagenarias que nunca antes. Por ejemplo, entre 2000 y 2050 la cantidad de personas de 80 años o más aumentará casi cuatro veces hasta alcanzar los 395 millones. Es un acontecimiento sin precedentes en la historia que la mayoría de las personas de edad madura e incluso mayores tengan unos padres vivos, como ya ocurre en nuestros días. Ello significa que una cantidad mayor de los niños conocerán a sus abuelos e incluso sus bisabuelos, en especial sus bisabuelas. En efecto, las mujeres viven por término medio entre 6 y 8 años más que los hombres.¹²

Los cambios demográficos, epidemiológicos sociales y económicos han generado grandes transformaciones en el estilo de vida, tipo de hogares y dinámicas familiares, llevando a sus miembros a estar cada vez más involucrados en el cuidado de los adultos mayores. Los sistemas de salud enfrentan importantes retos en la mayoría de los países debido al aumento en la demanda de atención médica derivada del creciente número de personas mayores, a una mayor demanda de atención en el hogar; a la necesidad de mayor eficiencia, calidad y equidad de los servicios de salud; y a la dificultad de contratación de personal para brindar servicios de salud y cuidado en el hogar.¹³

El aumento de la población de 60 años y más de edad requiere de una atención especial, dada la fragilidad que la caracteriza y la aparición de enfermedades crónicas y discapacidades derivadas del proceso de envejecimiento, que demandan más atención de los servicios de salud. Todo esto hace que muchos de ellos precisen ayuda en lo referente al acceso a los medicamentos, disponibilidad de alimentos, necesidad del lavado de ropa, asistencia social a domicilio, acceso a recreación y, en muchos casos, ayuda económica, entre otros factores.

La calidad de la atención en salud se fundamenta en la realización de un diagnóstico adecuado para cada paciente, disponiendo para ello de los mejores y menos molestos métodos y como consecuencia, la administración de un tratamiento idóneo para restablecer, en lo posible, la salud. También se determina por la accesibilidad de los servicios, la continuidad y la satisfacción de los pacientes.¹⁴

Nájera-Aguilar P. y col., mencionan que actualmente, en instituciones tanto públicas como privadas del sector salud existe un creciente interés por evaluar el conocimiento en aspectos relacionados con la calidad de la atención para mejorarla. En los sistemas de salud se han desarrollado diversas acciones como: la organización de comités de mortalidad; grupos de consenso encargados de evaluar la optimización de las técnicas; comités y círculos de calidad; sistemas de monitoria, y la aplicación de encuestas de opinión a proveedores y usuarios, entre otros.¹⁴

Evaluar la calidad de la atención desde la perspectiva del usuario es cada vez más común. A partir de ello, es posible obtener del entrevistado un conjunto de conceptos y actitudes asociados en relación con la atención recibida, con los cuales se adquiere información que beneficia a la organización otorgante de los servicios de salud, a los prestadores directos y a los usuarios mismos en sus necesidades y expectativas.¹⁵

Debido a los profundos cambios y los notables avances del siglo XI la reducción de la mortalidad en personas jóvenes por enfermedades infectocontagiosas se ha disminuido en gran medida, lo que permitirá que la cantidad d adultos mayores sea mucho mayor en los próximos años, es por ello que algunos autores dice que ante este panorama, se prevé que se avecinan tiempos difíciles, producto de las desigualdades que prevalecen en la sociedad, las que se agudizan aún más en los adultos mayores, tornándolas vulnerables en su economía y en su salud física y mental.¹⁶

Por lo tanto, es importante disponer de servicios sociales y de salud, destinados a promover un envejecimiento sano, a prevenir, retardar o disminuir los problemas que puedan afectar la capacidad de los individuos de actuar por sí mismos, para lo que se deben crear programas de apoyo acordes a sus necesidades reales. Las instituciones que se encargan de atender a este grupo de población tienen que replantear sus intervenciones y encaminarlas hacia las demandas reales de esta población. En efecto, el planteamiento y la previsión de servicios

de salud adecuados para los adultos mayores, requiere el conocimiento de dichas necesidades, principalmente cuando los recursos son limitados.¹⁶

La percepción del adulto mayor acerca de su estado de salud y calidad de vida son influidos por su salud mental y capacidad funcional. Por tanto, la percepción de salud es un constructo asociado a otras variables psicológicas como autoestima, satisfacción con la vida y depresión y ha probado tener asociaciones significativas con otros indicadores más objetivos, como son el número de enfermedades crónicas que los adultos mayores padecen, el periodo de tiempo que han vivido con una enfermedad, la agudización de problemas crónicos, etc.¹⁷

Para avanzar en este contexto es necesario el conocimiento de algunas definiciones. La asamblea mundial sobre el envejecimiento convocada por las Naciones Unidas en Viena en 1982 fijó en 60 años la edad de transición a la vejez y los siguientes términos:

- Anciano: Persona que tiene una edad avanzada.
- Vejez: Es el conjunto de todas las modificaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas y psicológicas consecutivas a la acción del tiempo sobre los seres vivos.
- Jubilado: toda persona que haya sido declarada como tal por una institución de previsión pública, privada o mixta.
- Beneficiario: hondureños por nacimiento, naturalizados o extranjeros residentes en el país mayores de sesenta (60) años, los jubilados sin importar su edad cuya condición o situación les haya sido conferida o determinada por los institutos de previsión social públicos o privados del país.
- Atención Integral: Satisfacción de las necesidades físicas, materiales, biológicas, emocionales, sociales, laborales, culturales recreativas, productivas y espirituales de los adultos mayores y jubilados, para facilitarles una vejez, útil y sana. Se consideran hábitos, capacidades funcionales, usos, costumbres y preferencia.¹⁸

Es importante mencionar que el proceso de envejecimiento genera cambios importantes en el estilo de vida de cualquier población, lo que contribuye de manera significativa en el volumen y la distribución de las enfermedades; de estas, lo que predomina más en la vejez son los padecimientos crónicos degenerativos, los cuales repercuten en la calidad de vida.

Según Velásquez Olmedo L.B y Col., existen tres formas de concebir el envejecimiento: normal, patológico y exitoso. El envejecimiento normal es cuando se presentan una serie de deterioros lentos, continuos y graduales a nivel biológico, psicológico y social. En el envejecimiento patológico los cambios se presentan de manera abrupta, rápida y acelerada. Y en el envejecimiento exitoso no solo se presentan pérdidas o deterioros, sino también ganancias al promover que las personas mayores aprendan a minimizar sus pérdidas y a maximizar sus ganancias. ¹⁹

Este concepto sugiere la compensación de los deterioros para realizar las actividades cotidianas, así como aquellas que les produzcan satisfacción y bienestar. A pesar de los aspectos subjetivos y la gran variabilidad entre poblaciones, existen factores que permanecen constantes y son componentes de la calidad de vida en el adulto mayor: el soporte social, los factores socioeconómicos y la escolaridad, así como los aspectos relacionados con el estado de salud. ¹⁹

El soporte social es el apoyo que recibe el adulto mayor a través de la red social que consta de dos componentes: las redes de apoyo primarias y las secundarias. Las primarias están constituidas por la familia. Esta relación entre los adultos mayores y sus familias se basa en la unidad familiar y en la interdependencia. Las redes secundarias de apoyo social son el grupo de amigos, vecinos, parientes y grupos comunitarios. La calidad de vida de las personas mayores está estrechamente relacionada con la capacidad funcional y el conjunto de condiciones que les permiten mantener su participación en su autocuidado, en la vida familiar y social, reestructurando su vida en torno a sus capacidades y limitaciones propias, aprendiendo a disfrutar de la vejez y viviéndola a plenitud. ¹⁹

Según la Organización Mundial de la Salud, la vejez se puede clasificar en cuatro grupos;

- Envejecimiento ideal: Es cuando el estado de salud es muy bueno y los factores de riesgo son bajos; el individuo es absolutamente capaz de realizar actividades de la vida diaria, es autosuficiente, no padece enfermedades crónicas, no tiene deterioro cognitivo, percibe su salud como buena, no fuma y no bebe.
- Envejecimiento activo: Cuando hay un estado de salud muy bueno y factores de riesgo medios o altos; el individuo tiene una enfermedad crónica, percibe su estado de salud como regular, tiene alguna dificultad para realizar actividades de la vida diaria, aunque es independiente, no sufre deterioro cognitivo.

- Envejecimiento habitual: Cuando el estado de salud es regular y los factores de riesgo son medios o bajos. La persona tiene más de una enfermedad crónica, tiene limitación en las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) con incapacidad funcional, aunque se mantiene independiente, deterioro cognitivo leve o ninguno.
- Envejecimiento patológico: Es el estado de salud regular con riesgos altos, o bien, un estado de salud malo sin importar los factores de riesgo, la persona tiene enfermedades crónicas, mala autopercepción de salud, padece deterioro cognitivo, presenta discapacidad y muy probablemente es dependiente de terceros.²⁰

Calidad de atención

El concepto de calidad no es nuevo, ha sido una preocupación permanente y parece tan antiguo como la humanidad. Las antiguas civilizaciones del mundo eran ya rigurosas con los problemas de calidad. Así, por ejemplo, los fenicios, egipcios y mayas contaban con normas y leyes en relación a la calidad de los productos. Los egipcios tenían inspectores que comprobaban la perpendicularidad de los bloques de piedras y los mayas empleaban métodos similares.²⁹

Los fenicios, comerciantes famosos por la gran calidad de sus productos, cortaban la mano derecha de los operarios que elaboraban mal estos productos y, de esta manera, pretendían evitar la repetición de errores. En el contexto de la salud, existe evidencia del interés por la calidad en papiros egipcios, en el código de Hammurabi y en el tratado «La Ley» de Hipócrates. En todos estos casos, el buscar lo mejor para el paciente parece ser la esencia de la calidad en el ejercicio de la práctica clínica. De esta forma, se crea el inseparable binomio: ética y calidad.²⁹

En un contexto global, la calidad ha evolucionado en la misma medida que han evolucionado las sociedades, las personas, los métodos de producción y distribución, el transporte, los medios de comunicación, la tecnología de la información y los mercados. Se ha transitado desde la típica inspección del siglo XIX, seguida de una fuerte vocación por el control estadístico, hasta los conceptos más recientes que tienen que ver con la calidad total y el mejoramiento continuo de la misma. En lo referente a los servicios de salud, las particularidades de estos recientes conceptos de calidad resultan aún más significativas, pues obligan a modificar y a adaptar sustancialmente los métodos y técnicas originados en la industria y la tecnología.²⁹

La atención médica se define como el tratamiento que proporciona un profesional de la salud a un episodio de enfermedad claramente establecido, en un paciente dado. De esta atención se originan dos aspectos: el primero es la atención técnica, la cual es la aplicación de ciencia y tecnología para la resolución de un problema de salud. El segundo es la relación interpersonal, que es la interacción social, cultural y económica entre el profesional de la salud y el paciente. Este concepto deja de lado la percepción de calidad en la salud desde lo colectivo, ya que por sí mismo está asociado a tradiciones socialmente aceptadas en un momento determinado. ²⁹

Definir la calidad de la atención médica requiere conocer cuántos pacientes se benefician de los servicios de salud. Esto se debe a que la calidad se mide por factores como los resultados de diagnósticos específicos y procedimientos terapéuticos, satisfacción del paciente y sensación de bienestar social. Debido a que es difícil mantener la calidad disminuyendo costos, ambas condiciones —la calidad y el costo— reciben la misma atención en los debates actuales de reformas, particularmente en el contexto de la administración de la salud y en los sistemas de salud integrados. Al progresar las reformas, uno de los mayores retos será controlar costos y, de forma simultánea, mejorar la calidad sin imponer controles externos. ²⁹

Existen otros enfoques contemporáneos sobre la definición de calidad de la asistencia médica. Para el Instituto de Medicina de los Estados Unidos de Norteamérica, la calidad de la asistencia médica es el grado en que los servicios de salud incrementan la posibilidad de que los individuos y las poblaciones alcancen resultados deseados en salud y que corresponden a su vez (estos servicios) con el nivel actual de los conocimientos profesionales. El organismo internacional de normalización ISO, en su norma 8402, ha definido a la calidad como la totalidad de características de una entidad que le confiere capacidad para satisfacer necesidades explícitas e implícitas. ²⁹

La norma precisa que entidad es: una organización, llámese empresa o institución, producto o proceso; mientras que las características de los satisfactores de las necesidades son básicamente seguridad, disponibilidad, mantenibilidad, confiabilidad, facilidad de uso, la economía (precio) y el ambiente. La calidad es, pues, un derecho que debe ser garantizado.

Por lo tanto, la garantía de la calidad es imperativa en los sistemas de salud y, de manera concreta, en las organizaciones que los conforman.²⁹

La calidad de vida de las personas mayores debe estar en la mira del sector salud, para una atención de calidad se requiere un sistema de salud que este orientado a una atención rápida, oportuna, con trato humano, con personal capacitado en atención al adulto mayor para poder tratar al paciente con calidez en un ambiente cómodo y limpio. Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), han sostenido reiteradamente que el envejecimiento poblacional requiere que las sociedades se adapten a este nuevo fenómeno (OPS, 2009), estableció un plan de acción de salud de las personas mayores para el período 2009- 2018 ; dentro de este plan de acción, la estrategia dos establece que los sistemas de salud deben adecuarse para afrontar los retos del envejecimiento de la población y las necesidades de salud de las personas mayores.

Según datos de la CEPAL (2011), los cambios epidemiológicos muestran que han disminuido los índices de enfermedades infecciosas, aumentado las enfermedades crónicas, y disminuido la mortalidad en todas las edades, tienen como resultado un aumento de la expectativa de vida. Esto asociado a cambios demográficos fundamentalmente disminución de la natalidad ha generado un cambio en la pirámide poblacional, en que se proyecta la disminución de la población infantil y adolescente, en el 2015, el 15% de la población total es mayor de 60 años, y las proyecciones para el 2020 alcanzará el 17,6%, lo que se traduce en un reto para nuestro sistema de salud.²¹

Si bien el envejecimiento es un fenómeno universal, existen múltiples factores que pueden influir; un acercamiento al concepto de envejecimiento siempre tiene que ver con el sentido dinámico de la vida humana y con el hecho de que la vejez es resultado de etapas anteriores, así como de interacciones biodemográficas, económicas, familiares, psicosociales, ambientales y biológicas.²¹

Algunos de los factores más importantes a considerar como, la carga genética y capital biológico, familia de origen, educación, alostasis o respuestas adaptativas al estrés y medio ambiente, hábitos y exposiciones ambientales y morbilidad a partir de la construcción de indicadores del estado de salud (enfermedades crónicas, capacidad funcional, deterioro

cognitivo, autopercepción del estado de salud) y de indicadores de factores de riesgo (consumo de alcohol y tabaco, sedentarismo).²¹

Para otros autores la calidad de la atención en salud se fundamenta en la realización de un diagnóstico adecuado para cada paciente, disponiendo para ello de los mejores y menos molestos métodos y como consecuencia, la administración de un tratamiento idóneo para restablecer, en lo posible, la salud. También se determina por la accesibilidad de los servicios, la continuidad y la satisfacción de los pacientes. Ello hace pertinente la evaluación de la calidad del proceso de atención al adulto mayor en el primer nivel del sistema de salud en particular en el consultorio del médico de la familia, escenario en donde se pretende dar solución a más del 70 % de las necesidades de atención a la población.²²

El envejecimiento de la población tiene un significado muy importante para el Sector Salud, ya que el deterioro funcional que presentan los adultos mayores se agrava cuando padecen más de una enfermedad, esta situación se traduce en una mayor demanda de servicios de atención médica. Las enfermedades crónico-degenerativas y las lesiones, problemas que con mayor frecuencia padecen los adultos mayores son bastante costosos y complejos de tratar.

Estas patologías generan nuevos retos de atención y la necesidad de movilizar recursos financieros para la salud, además es indispensable modernizar y ampliar la infraestructura sanitaria, así mismo, la urgente necesidad de capacitación del personal para atender las demandas relacionadas con los padecimientos que están afectando a la población en general, pero con una mayor prevalencia a los adultos mayores.²³

Por estas razones, el cuidado geriátrico debe enfocarse hacia la evaluación integral, la prevención de discapacidades y la protección de la autonomía, sobre todo cuando se logra identificar tempranamente factores de riesgo o señales oportunas del deterioro, antes de que éste ocurra o sea irreversible; otra condición que agrava este problema es que los hospitales que cuentan con servicios especializados para la atención del adultos mayores a pesar de la necesidad de participación de un equipo de especialistas en geriatría y gerontología, cuyo propósito sea la preservación funcional del paciente envejecido, son escasos.²³

En este sentido, la carencia de personal médico y de enfermería especializado en la atención de los adultos mayores, así como, de servicios específicos de geriatría en las instituciones de salud, en ocasiones propician atención inadecuada con resultados negativos tanto para el paciente como para sus familiares; siendo frecuente la duplicidad de esfuerzos y la derrama excesiva de recursos financieros.²³

Los problemas que comúnmente se presentan en las instituciones de salud que no cuentan con servicios geriátricos son: Egresos prematuros que generan complicaciones, reingresos y alta probabilidad de enfermar y morir, estancias prolongadas más allá de lo necesario, que propician estados físicos y psicológicos perjudiciales, tratamientos tecnificados y agresivos, que aumentan las iatrogenias, limitación de acceso a los servicios de salud, por los altos costos de los tratamientos gerontológicos, consulta externa en la que se solicitan estudios en cada entrevista, gran número de medicamentos prescritos y en ocasiones al regreso del paciente, éste no sólo no mejora, sino que empeora. ²³

El estado de salud de los adultos mayores, tiene un peso específico que recae en el sistema de salud e impacta en la eficiencia de los mismos; esta población demanda con mayor frecuencia atención médica con respecto al resto de la población, además los servicios que ellos requieren suelen ser onerosos. ²³

La definición de la calidad de la atención implica la especificación de tres factores; 1. El fenómeno que constituye el objeto de interés, 2. Los atributos del fenómeno sobre el cual se va a emitir un juicio, 3. Los criterios y las normas que coloquen a cada atributo en una escala que vaya de lo mejor posible a lo peor. Como existe una considerable falta de claridad respecto a cada uno de estos tres elementos, el problema de la evaluación de la calidad está lleno de desacuerdos y de confusión. ³¹

Con relación al fenómeno objeto de interés, la mayor división ocurre entre dos escuelas de pensamiento. La primera se limita al desempeño de un profesional o técnico de la salud o bien un grupo de ellos relacionados entre sí de una manera funcional en la atención de las personas que se han convertido en sus pacientes. La segunda presenta una visión más amplia e insiste en que el objeto de interés es un programa extenso o, incluso, un sistema de atención médica. Según este punto de vista, al juzgarse la calidad de la atención debe

evaluarse no sólo lo que sucede a los que la reciben, sino también cuantas personas se encuentran privadas de ella.³¹

La evaluación también debe determinar si la distribución de atención médica, entre quienes la necesitan, permite que tanto los individuos como las poblaciones reciban el tipo de atención del cual se pueden esperar beneficios óptimos. En otras palabras, el acceso y otros aspectos de la distribución de los recursos, así como los efectos externos, han llegado a convertirse en características fundamentales para evaluar la calidad.³¹

Sin embargo, hay que señalar que estas características no están totalmente ausentes de la perspectiva más restringida, ya que los factores que influyen en el acceso a la atención lo hacen también en la posibilidad de continuar siendo un paciente dispuesto a cooperar. Además, el problema de la distribución de recursos está relacionado con la forma en que los profesionales y técnicos distribuyen su tiempo entre los múltiples pacientes que demandan atención.³⁰

La evaluación de la calidad debe apoyarse en una definición conceptual y operativa de lo que significa la "calidad de la atención médica". En este aspecto fundamental se presentan muchos problemas, pues la calidad de la atención es una idea extraordinariamente difícil de definir. Tal vez la definición más conocida sea la de Lee y Jones "en forma de ocho artículos de fe", algunos enunciados como atributos o propiedades del proceso de la prestación de atención y otros, como metas u objetivos de ese proceso. Estos "artículos" transmiten claramente la impresión de que los criterios de calidad no son nada más que juicios de valor que se aplican a distintos aspectos, propiedades, componentes o alcances de un proceso denominado atención médica.³⁰

En ese sentido, la definición de calidad puede ser casi cualquier cosa que se quiera que sea, si bien por lo común es un reflejo de los valores y metas vigentes en el sistema de atención médica y en la sociedad más amplia de la que ésta es una parte. Pocos estudios empíricos analizan en profundidad cuáles son las dimensiones y los valores pertinentes en un momento y en un entorno determinado. Klein et al., encontraron que 24 "funcionarios administrativos" aplicaban, en conjunto, 80 criterios para evaluar la "atención del paciente". Los autores llegaron a la conclusión de que la atención del paciente, al igual que la moral, no se puede considerar como un concepto unitario y "...al parecer es probable que nunca se

llegue a un único criterio general para medir la calidad de la atención del paciente". Las dimensiones y los criterios que se elijan entre los muchísimos posibles para definir la calidad tendrán, por cierto, profunda influencia en los enfoques y métodos que se empleen para evaluar la atención médica.³⁰

Criterios y estándares de calidad

Con el fin de evaluar, la definición de la calidad debe hacerse en términos precisos y funcionales, a manera de criterios y normas específicos. Al hacerlo, nos enfrentamos a un problema fundamental. Si la calidad es una adecuación precisa de la atención a las necesidades particulares de cada caso, ¿Es posible formular especificaciones pormenorizadas de lo que constituye la calidad aplicable a grupos de casos? La mayoría de los médicos responderían negativamente.³¹

Insistirían en que una evolución definitiva de la calidad de la atención debe basarse en el conocimiento de todas las circunstancias de cada caso, de manera que un asesor reconocido por su habilidad superior pueda utilizar su propio criterio como norma de comparación, al reconstruir mentalmente el criterio que hubiera seguido para la atención del caso en esas circunstancias. Dichas evaluaciones, que recurren a los llamados criterios "implícitos", resultan, desde luego, extremadamente largas y costosas. Son también poco fiables, a menos de que las lleven a cabo médicos sumamente competentes, motivados y capaces de realizar evaluaciones.³¹

Además, la capacidad de cualquier asesor siempre puede ser cuestionada. Por ello, quienes pretenden mantener la atención médica bajo supervisión constante han recurrido al planteamiento de "criterios explícitos", que se supone representan una práctica médica a un nivel por lo menos aceptable. En un extremo, estos criterios y normas representan lo que los expertos más sobresalientes, basados en los mejores datos científicos, consideran como la mejor práctica; y en el otro, pueden derivarse de la práctica promedio de los médicos de una comunidad.³¹

Obviamente, se esperaría que los límites y la presunta validez de estos dos planteamientos resultaran muy diferentes y, en la práctica, se podría hacer un intento de aceptar una posición intermedia. Independientemente del criterio que se emplee, el aspecto de la validez resulta especialmente problemático, ya que no todo en la práctica médica se acepta de

forma universal, ni se encuentra apoyado sólidamente por evidencia "científica". Esto significa que hay grandes dudas y controversias, cuando menos sobre algunos de los criterios y normas en casi cualquier planteamiento. Ello explica también por qué los médicos se resisten a ser juzgados según criterios y normas ajenos a los suyos propios.³¹

Los criterios explícitos formulados de antemano dan lugar a un problema más: es difícil que dichos criterios tomen en cuenta las diferencias específicas que existen entre los distintos casos. Esto se resuelve haciendo una sub clasificación de los casos más o menos homogénea y dividiendo los criterios en dos tipos, que se pueden denominar "categóricos" y "contingentes" Los criterios categóricos son listas de maniobras que simplemente deben o no deben realizarse en todos los casos que correspondan a una clase determinada".³¹

Los criterios contingentes son listas de maniobras que pueden o deben realizarse en algunos casos, pero no en otros, dependiendo de la naturaleza y de las circunstancias de cada caso. Un mayor refinamiento consiste en especificar la frecuencia con que se espera que cada maniobra se realice en una muestra "representativa" de los casos de una determinada clase. La mayoría de los estudiosos del tema estaría de acuerdo en que los criterios explícitos, formulados de este modo, son recursos útiles para identificar los casos sospechosos de no cumplir los estándares y que el grado de concordancia constituye una medida aproximada de calidad.³¹

No obstante, la mayoría de los médicos no insistirá en que en ningún caso dado se puede basar un juicio definitivo en la concordancia de los criterios que, se supone, son aplicables al "caso promedio". Aún hace falta someter todo caso de atención dudosa a un juicio por parte de los médicos expertos, a quienes se les proporcionen todos los datos relevantes y de quienes se espere que no sólo utilicen los criterios explícitos sino también el conjunto, mucho más amplio, de criterios implícitos que rigen la atención de los individuos en toda su complejidad.³¹

De lo anterior se deduce que la mayoría de los sistemas de monitorización de la calidad de la atención se realiza en dos etapas; en la primera se identifican los casos que no cumplen los criterios explícitos; en la segunda se someten dichos casos a un examen detallado por parte de otros médicos, práctica que es conocida como "revisión por colegas" ("peer review"). Se puede recurrir a asesores externos, en lugar de los colegas, cuando haya oposición al juicio

inicial, cuando una agencia externa tenga la responsabilidad inicial o de supervisión, o bien cuando se esté llevando a cabo una investigación.³¹

Esta combinación de un estudio inicial seguido de un examen detallado en el seno de la organización que proporciona la atención, o fuera de ella, cumple con los objetivos de la monitorización, siempre que se tenga la voluntad y la capacidad para emplearla en forma adecuada. Sin embargo, no llena por completo los requisitos más rigurosos de un inicio válido y fiable sobre calidad de la atención. Para ello es necesario especificar al detalle las estrategias adecuadas de atención, juzgadas según los beneficios que proporcionan y los riesgos y costes que implican.³¹

Modelo de calidad según Avedis Donabedian

Avedis Donabedian propuso en 1980 una definición de calidad asistencial que ha llegado a ser clásica y que formulaba de la siguiente manera: "Calidad de la atención es 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 el proceso en todas sus partes".²⁴

En 1989, la International Organization for Standardization (ISO) definió que: "Calidad es el grado en que las características de un producto o servicio cumplen los objetivos para los que fue creado".¹⁹ Esta definición transmite dos conceptos fundamentales, el primero de ellos es que la calidad de la asistencia puede medirse y el segundo es que la calidad es el grado de cumplimiento de un objetivo y por tanto depende de cómo se define éste. En 1991 la OMS definió la calidad de la atención así: "Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la población, de una forma total y precisa y destina los recursos (humanos y otros), de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite".²⁴

Componentes de la calidad asistencial

Según Donabedian, son tres los componentes de la calidad asistencial a tener en cuenta:

1. Componente técnico, el cual es la aplicación de la ciencia y de la tecnología en el manejo de un problema de una persona de forma que rinda el máximo beneficio sin aumentar con ello sus riesgos.

2. Componente interpersonal, el cual está basado en el postulado de que la relación entre las personas debe seguir las normas y valores sociales que gobiernan la interacción de los individuos en general. Estas normas están modificadas en parte por los dictados éticos de los profesionales y las expectativas y aspiraciones de cada persona individual.
3. Los aspectos de confort, los cuales son todos aquellos elementos del entorno del usuario que le proporcionan una atención más confortable.²⁴

A partir de este análisis numerosos autores han postulado las dimensiones que abarca la calidad. En resumen, la evaluación y mejora de la calidad consiste en establecer cuál es en cada momento la práctica considerada como correcta. Es importante diferenciar el significado de calidad cuando se quiere maximizar y calidad óptima. En efecto, la primera constituye un intento de consecución de la calidad ideal teórica, al precio que sea y con independencia de considerar si existen o no factores que se oponen a su consecución. Representa una utopía, la mayor parte de las veces inalcanzable pero que hay que perseguir.²⁴

En cambio, la calidad óptima, es aquella que, atendiendo a las circunstancias presentes, es factible de conseguir. Significa por tanto una adecuación del esfuerzo que debe hacerse para conseguir una determinada calidad, la máxima posible atendiendo las circunstancias. Como se comprenderá, constituye una visión más realista y razonable, compararla con la que estamos realizando. Para que tenga éxito todo programa de mejora de calidad precisa atender una serie de eventos, es primordial que los programas estén centrados en el paciente y vean a éste como el núcleo de atención.²⁴

El establecimiento de un programa de mejora de la calidad debe abordarse desde una aproximación multidisciplinaria que contemple de manera global todos los extremos susceptibles de mejora. Como ya se ha mencionado con anterioridad es fundamental la asunción del programa por parte de los directivos del centro y que éste no sólo tenga la consideración de un objetivo institucional sino también que esté integrado en los sistemas de gestión.²⁴

La institución como ente responsable de proveer los servicios de salud, el personal, su participación debe producirse como parte de su responsabilidad profesional se deben lograr elementos de incentivación positiva que mantengan el interés por el proceso de mejora.

Aplicar los cambios necesarios para solucionarlos es imprescindible el soporte metodológico para realizar los estudios de forma eficiente de validez y fiabilidad en los procesos de atención. Identificar problemas y resolverlos ya sea estructural, de servicios o recurso humano, comprobar si estos cambios son eficaces.²⁴

Debe haber una constante evaluación sistemática de los programas de atención, a fin de comprobar su eficacia y corregir los defectos que pudieran haberse encontrado

Según Avedis Donabedian existen dos métodos para evaluar la calidad de la atención que se pueden clasificar en una categoría aparte, ya que están diseñados para mostrar ciertos elementos de un sistema de atención, valiéndose de una combinación de mediciones del proceso y el resultado. El primero puede ser llamado el método de "trayectoria", que consiste en seleccionar una o más enfermedades o condiciones y en seguir a los pacientes, desde el momento en que solicitan la atención hasta cierto tiempo después de que esta se ha dado por terminada.³¹

De este modo es posible examinar los pasos en una secuencia que constituye, con demasiada frecuencia, una odisea de fallas acumuladas, y también documentar el efecto final de esta experiencia sobre la salud del paciente. En un estudio de este tipo, los iniciadores de este enfoque encontraron que, de un grupo de pacientes que llegaron a la sala de urgencias de un hospital urbano mostrando síntomas gastrointestinales, el 33% no se presentó a todos los exámenes recomendados; estos no se realizaron en una forma adecuada en el 12%, y en el 15% se encontraron alteraciones que no fueron debidamente tratadas. Con todo ello, el índice de errores fue de un 60%.³¹

Cuando se tomaron en cuenta los efectos del tratamiento, se estimó que el encuentro del paciente con esta institución en particular tuvo un efecto saludable sólo en el 27% de los casos". Si una parte de un mapa mental del sistema de atención médica que lo subdivide en campos de función y de responsabilidad, es posible seleccionar una cierta cantidad de diagnósticos o condiciones que sirvan como indicadores de la calidad de la atención en cada subdivisión.³¹

Todos los diagnósticos o condiciones funcionan a manera de "rastreadores" ("tracers"), y se puede considerar que el conjunto de rastreadores proporciona algo análogo a un conjunto de sondeos, de un terreno aún sin explorar". Esta atractiva idea ha sido probada, en parte,

utilizando como rastreadores la incidencia y el manejo de anemia, las infecciones del oído, la pérdida de la audición y los defectos visuales, para evaluar la atención médica de niños de 6 meses a 11 años de edad en determinadas zonas de Washington, D.C. De esta exploración se deriva una triste imagen, debida a que muchas de las patologías no han sido reconocidas, son susceptibles de prevención, o bien no han sido tratadas adecuadamente.³¹

Por ejemplo, el 12% de los niños entre 4 y los 11 años de edad necesita lentes, pero no los tiene; el 31% de los que tienen lentes no los necesita; el 37% no tiene la graduación adecuada, y en el 5% el uso de los lentes empeora la vista en lugar de mejorarla.³¹

La atención del paciente es una actividad planeada que involucra la acción de elementos específicos, de entre un conjunto potencialmente grande, y un ordenamiento adecuado, a fin de lograr determinados objetivos de diagnóstico y tratamiento. Se puede llamar estrategia a un plan de acción, así como al patrón de acciones que resultan de él. Según Donabedian A, la esencia de la calidad -esa cosa inasible que se llama "juicio clínico" radica en la elección de la estrategia más adecuada para el manejo de cualquier situación dada.³¹

Las estrategias alternativas que un médico podría razonablemente elegir, son susceptibles de especificarse en forma de un árbol de decisiones que indique las diferentes vías alternativas y sus respectivas consecuencias. Se puede asignar a cada una de ellas una probabilidad basada, de preferencia en hechos demostrados o, cuando esto no sea posible en opiniones autorizadas. El criterio para elegir la estrategia óptima para el paciente en cuestión consiste en el balance de beneficios, riesgos y costes esperados, evaluados conjuntamente por el médico y el paciente".³¹

La elaboración y el uso de modelos que incorporen los conocimientos existentes pueden ser muy útiles para llegar a una especificación más definitiva de la calidad ya que el mejor plan de acción sugerido por la intuición puede no ser el mejor de acuerdo con un análisis más formal de las decisiones. Es más, tales modelos, al revelar las deficiencias críticas en los conocimientos existentes, estimulan la investigación de manera que al final, se puede especificar firmemente cual es el manejo óptimo.³¹

Los resultados de estos adelantos han comenzado a influir en el campo de la evaluación de la calidad. Quizás el primer paso ha sido la elaboración de "mapa de criterios" que sustituyen

a las listas de criterios explícitos. El "mapeo" es la representación de los pasos que se siguen para hacer un diagnóstico, detectarlas complicaciones y seleccionar e implementar el tratamiento. En él se reconoce que existen formas alternativas aceptables para cubrir cada requerimiento (por ejemplo, el de contar con un diagnóstico válido) y también que las acciones sucesivas dependen de los hallazgos anteriores. ¡Estos mapas de criterio se están usando para evaluar la calidad sobre una base experimental!".³¹

El siguiente paso consistirá en conectar lo anterior con el enorme cúmulo de trabajo que se desarrolla, independientemente de las actividades de evaluación de la calidad, en el diseño y prueba de diversas estrategias de atención" Desde luego, la comprobación empírica de la validez de dichas estrategias mediante minuciosas pruebas clínicas proporcionará el fundamento de toda evaluación de la calidad y, de hecho, la medicina clínica en su totalidad.³¹

Se ha descrito anteriormente aspectos importantes relacionados con la calidad de atención médica y la percepción por parte del paciente adulto mayor, pero que hay que decir respecto al factor socioeconómico, es por ello que Avedis Donabedian, John R.E. Wheeler, Leon Wyszewianski en una publicación presentan un modelo integrador de las relaciones entre el estado de salud, la calidad de la atención y la utilización de recursos.³²

Se define la calidad de la atención médica en términos de resultados, medidos como las mejorías esperadas en el estado de salud que pueden atribuirse a la atención. El examen de la manera en que el uso ilimitado y eficiente de los recursos para la atención influye en la calidad así definida lleva a la definición absolutista de calidad.³²

El análisis de la incidencia de los costes y beneficios individuales y externos de la atención sienta las bases de una distinción entre la definición individualizada de calidad, que depende de preferencias individuales, así como de la solvencia, y la definición social de calidad, que incluye consideraciones relativas a los beneficios externos, los costes sociales completos y las preferencias relativas a la distribución del bienestar.³²

Se realiza otra distinción entre la eficiencia clínica y la eficiencia productiva. Avedis Donabedian, John R.E. Wheeler, Leon Wyszewianski en su publicación examinan en detalle las repercusiones de tres definiciones de calidad (absolutista, individualizada y social) y de

los dos tipos de eficiencia (clínica y productiva) en la selección de estrategias óptimas de atención. Gran parte de la preocupación actual en el campo de la atención médica se centra en el rápido aumento de los gastos en servicios de salud que se ha producido durante los últimos 20 años.³²

Otro campo que ha atraído creciente atención durante los últimos diez años es la calidad de los servicios de salud. Estas dos inquietudes (el gasto en salud y la calidad de la atención) no son, por supuesto, independientes. A medida que los gastos aumentaban, el interés en la calidad de los servicios adquiridos también ha aumentado, no solo debido a la presión para determinar si esos servicios son, de hecho, de calidad satisfactoria, sino también debido a la mayor inquietud respecto de la magnitud de algunos gastos en relación con el incremento correspondiente de la calidad.³²

El médico ideal siempre combina los servicios, controla su duración y los ordena de la manera más eficiente que sea posible para producir el mayor incremento de la salud con una cantidad específica disponible o permisible de gastos. Otros médicos emplean estrategias menos eficientes, y entonces producen menos salud por cada dólar gastado en la atención. La eficiencia de las estrategias de atención puede llamarse "eficiencia clínica".³²

Existe también otra clase de eficiencia, que guarda relación con la manera en la cual se producen los servicios y por lo general se llama "eficiencia productiva". Por ejemplo, la atención no se produce de manera eficiente si el hospital está medio vacío, si el laboratorio no informa rápidamente sobre un resultado o si se usan profesionales altamente especializados para hacer tareas que otros empleados menos especializados podrían realizar igualmente bien a un coste más bajo.³²

De ello se deduce que es posible obtener mayores incrementos de salud (o más calidad) por dólar gastado: 1. Combinando los servicios, controlando su duración y ordenándolos en estrategias más eficientes; es decir, aumentando la eficiencia clínica, y 2. Produciendo servicios en forma más eficiente; en otras palabras, aumentando la eficiencia productiva. Si bien la eficiencia clínica es un componente fundamental de nuestra definición de calidad, preferimos excluir la eficiencia productiva de nuestra definición de calidad porque no entraña el uso de un juicio clínico. Sin embargo, reconocemos la importancia decisiva de la eficiencia productiva para la organización y el suministro de servicios de salud.³²

Las mejoras de la eficiencia productiva nos permitirán alcanzar el nivel actual de calidad a un costo más bajo. Otra opción consiste en producir una mayor cantidad de servicios en los cuales la combinación de calidades permanezca como hasta ahora. Para mejorar la calidad aún más se necesitaría un cambio en las estrategias de atención. En consecuencia, aunque la eficiencia productiva es un componente de la calidad del sistema que produce atención, no es un componente de la calidad de la atención en sí.³²

VI. Hipótesis

Ho: 1. La percepción del adulto mayor en cuanto a la calidad de atención recibida en el establecimiento de salud no se relaciona con características sociodemográficas de los mismos.

Ha: 1. La percepción del adulto mayor en cuanto a la calidad de atención recibida en el establecimiento de salud se relaciona con características sociodemográficas de los mismos.

Ho. 2. La percepción de calidad y la satisfacción del adulto mayor no se ven afectadas por los tiempos de espera prolongados, la explicación recibida en cuanto a la enfermedad, la entrega incompleta de medicamentos.

Ha. 2. La percepción de calidad y la satisfacción del adulto mayor se ven afectadas por los tiempos de espera prolongados, la explicación recibida en cuanto a la enfermedad, la entrega incompleta de medicamentos.

VII. Operacionalización de variables

Variables	Definición	Operacionalización de la variable	Escala de medición	Valores de medición
Edad	Tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento hasta el momento de la consulta	V. Cuantitativa De acuerdo a los resultados se elaboraran rangos de edad	Escalar	No. % Media Moda Rango
Sexo	Conjunto de características externas de una persona	V. Cualitativa: dicotómica Hombre Mujer	Nominal	No. %
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja	V. Cualitativa: politómica Soltero Casado Unión libre Divorciado Viudo	Nominal	No. %
Ocupación	Labor a la que se dedica la persona	V. Cualitativa: politómica Empleado Desempleado Pensionado Jubilado	Nominal	No. %
Escolaridad	Se refiere a los niveles de estudios aprobados y reconocidos por el sistema educativo nacional	V. Cuantitativa dicotómica Primaria Secundaria Universitaria Completa - incompleta Ninguna	Ordinal	No. %
Residencia	Lugar donde habitualmente reside la persona	V. Cualitativa: dicotómica Urbano Rural	Nominal	No. %
Accesibilidad	Son los costos, tiempos y características organizacionales de los servicios (horario y expedientes, Registro de atención etc.)	V. Cualitativa: politómica Horario Expedientes Archivo Atención	Nominal	No. % Escala de Likert
Estructura	Son los indicadores de existencia y atributos de los recursos humanos, materiales y/o equipos;	V. Cualitativa: politómica Recursos humanos Citas Horarios Materiales Equipo	Nominal	No. % Escala de Likert

VARIABLES	DEFINICIÓN	OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES DE MEDICIÓN
Proceso	Son las acciones de revisión y diagnóstico, trato personal y continuidad de la atención.	V. Cualitativa: politómica Diagnóstico Trato personal Atención	Nominal	No. % Escala de Likert
Resultados	Aplicación de un tratamiento adecuado	V. Cualitativa: politómica Medicamentos indicados Medicamentos entregados Pruebas diagnósticas indicadas Métodos diagnósticos	Nominal	No. %

VIII. Metodología de la Investigación

VIII.1 Tipo de estudio:

Se realizó un estudio de tipo de corte transversal analítico

VIII. 2 Universo:

Se tomó como universo todos los adultos mayores que asistieron al establecimiento de salud “Dr. Alonso Suazo” en el periodo comprendido entre Diciembre del 2015 y Junio de 2016, que fue un total de 5,028 pacientes adultos mayores según datos obtenidos a partir de las AT2R.

VIII. 3 Población en estudio:

La población objeto de estudio fue toda persona definida como adulto mayor atendido en el Establecimiento de Salud “Dr. Alonso Suazo” de la Región Metropolitana durante los meses de Diciembre de 2016 a Junio de 2017.

VIII. 4 Unidad de estudio:

Toda persona mayor de 60 años que recibió atención en salud durante el periodo de Diciembre del 2016 y Junio 2017 en el Establecimiento de Salud “Dr. Alonso Suazo”.

VIII. 5 Tipo de muestreo y cálculo de Muestra:

El tipo de muestreo utilizado fue por conveniencia no probabilístico, tomándose todos los adultos mayores conforme fueron llegando al establecimiento que cumplieron los criterios de inclusión hasta completar la muestra.

La muestra se calculó en 357 adultos mayores, considerando los siguientes criterios: un nivel de confianza de 95% (Z: 1.96); un nivel de precisión igual a 0.05 (5%) y una prevalencia estimada de 50%, se ajustó con el universo 5,028 adultos mayores.

Criterios de tipificación de la muestra:

Para obtener n se tomaran las atenciones del Establecimiento de Salud Dr. Alonso Suazo durante los meses de marzo y julio de 2016, que fueron 5,028.

Aplicando la formula tenemos:

$$n = \frac{Z_a^2 \times p \times q}{d^2} \quad n = \frac{(1.96)^2 \times (50) \times (50)}{(5)^2} = 384$$

Como conocíamos el tamaño de la población se efectuó el factor de reajuste mediante la siguiente fórmula:

n_a = tamaño de la muestra ajustada

n = tamaño de la muestra inicial

N = Tamaño de la población total

$$n_a = \frac{n}{1 + (n/N)} \qquad n = \frac{384}{1 + \frac{384}{5028}} = 357$$

La muestra reajustada fue de 357

VIII. 6 Descripción del área geográfica del estudio

El Establecimiento de Salud Dr. Alonso Suazo fue fundado en enero de 1964 bajo la dirección del Dr. Carlos Godoy Arteaga, ubicado en el Barrio Morazán de la Ciudad de Tegucigalpa, es un establecimiento de salud tipo 2, atendiendo 550 consultas diarias y 21,900 consultas al año, en las áreas de consulta externa y en las especialidades de Gineco-obstetricia (se hacen cirugías simplificadas como esterilizaciones quirúrgicas a mujeres y vasectomías en los hombres), Pediatría, Dermatología, Psiquiatría y Medicina General, atendiendo de lunes a viernes y emergencias los fines de semana. También dispone del servicio de ultrasonido, vacunas y laboratorio, clínica de lactancia materna; y funciona una clínica de Médicos sin Fronteras con atención a mujeres víctimas de violencia.

Área geográfica del estudio: No está definida, ya que tomamos todos los adultos mayores que asistieron al establecimiento de salud "Dr. Alonso Suazo", muchos de ellos provenían de diferentes municipios de Francisco Morazán y de departamentos como El Paraíso, Choluteca, e incluso Yoro.

VIII. 7 Criterios de Inclusión

1. Que tuviera 60 años o más.
2. Que la persona a entrevistar estuviese orientada en tiempo, espacio y persona.
3. Que decidió participar en el estudio.
4. Que la persona entrevistada haya sido atendido por todas las áreas del establecimiento de salud desde archivo hasta farmacia.

VIII. 8 Criterios de Exclusión

1. Persona que no deseó participar en el estudio
2. Persona menor de 59 años
3. Todo adulto mayor con discapacidad mental

Definición de caso: Toda persona con 60 años o más y que haya recibido atención en salud en el Establecimiento de Salud Alonso Suazo y que haya pasado por todas las áreas (Admisión/Archivo, pre clínica, clínica, post clínica, farmacia) durante el periodo de diciembre de 2016 a junio del 2017.

VIII. 9 Métodos e instrumentos de recolección de los datos

La persona seleccionada fue encuestada cuando salió de la consulta y después de haber reclamado sus medicamentos en farmacia. El personal encuestador, contratado exclusivamente para esta tarea, fue capacitado previamente y así se dejó los procedimientos estandarizados con el fin de reducir a un mínimo los posibles sesgos en la información.

El personal encuestador explicó a cada entrevistado (adulto mayor) el carácter anónimo de la encuesta, que la información era con fines estadísticos y mejorar los servicios de establecimiento y que sus respuestas no afectarían a la futura prestación de servicios por la institución de salud. El instrumento fue usado en pruebas piloto en dos momentos diferentes para garantizar su validez.

A través de la encuesta se exploró, mediante la percepción de los usuarios, la valoración de la estructura, el proceso y los resultados de la atención, incluida la satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos. Se investigó, asimismo, la accesibilidad de la atención, tanto desde el punto de vista geográfico como administrativo y organizacional. Se utilizaron las bases metodológicas propuestas por Donabedian.

Tipo de método de recolección de los datos: La técnica de recolección de datos fue a través de entrevista cara a cara, utilizando encuesta dirigida, conteniendo preguntas relacionadas a los aspectos sociodemográficos y de las dimensiones de la calidad de atención, fueron preguntas de tipo Likert. (Ver Anexo I y II).

Se solicitó consentimiento informado a toda persona mayor de 60 años que acudieron a consulta en el Establecimiento de Salud “Dr. Alonso Suazo”.

Fuentes de datos: En caso necesario se procedió a revisar las hojas de atención diaria (AT2R) para proceder a buscar los expedientes y obtener datos que fueran necesarios y que servirían para contrastar con las respuestas que brinden las personas bajo estudio. Los expedientes se obtuvieron de los archivos del Departamento de Estadística del Establecimiento de Salud Alonso Suazo.

VIII. 10 Consideraciones Éticas y consentimiento informado

De acuerdo a los principios éticos universales, los cuales se tuvieron en cuenta para la realización de esta investigación, se solicitó el consentimiento informado (ver Anexo I) a todos los pacientes que decidieron participar en el estudio previa explicación amplia del mismo, catalogándolo como “sin riesgo”, de acuerdo con la declaración de Helsinki de 1975, enmendada en 1983. Sometida al comité de Ética del Instituto Hondureño de Seguridad Social. (Ver Anexo No. III y IV)

VIII. 11 Análisis de datos

Para la caracterización sociodemográfica se procedió realizar análisis univariado como ser frecuencias simples de la variable de interés, medias, desviaciones estándar y utilización de medidas de frecuencia como: proporciones y razones, medidas de tendencia central como: media y moda en caso de no poder utilizar la media se utiliza la mediana. Medidas de dispersión como: rango y desviación estándar.

Se realizó una parte analítica se utilizó análisis bivariado para comprobar las hipótesis planteadas en este estudio, para ello se utilizó la medida de asociación como Odds Ratio y medidas de significancia estadística como el Intervalo de Confianza de 95% (IC95%) Chi cuadrado y t de student, p menor de 0.05 para significancia estadística.

La calidad de la atención se analizó mediante la escala del tipo Likert. Las respuestas obtenidas a partir de esta escala se dicotomizaron en buena percepción de la calidad (muy buena, buena) y mala (mala y muy mala) con el fin de facilitar su análisis.

Los datos se vaciaron en el programa Excel y luego se utilizó el programa EPI-INFO versión 7.2 para el procesamiento y obtención de los datos.

IX. Resultados

Según los objetivos de la investigación y de acuerdo a la metodología planteada en este estudio, se describen los resultados encontrados a través de una encuesta aplicada a un total de 333 adultos mayores, atendidos en el establecimiento de salud “Alonso Suazo”, Distrito Central, Honduras, en el periodo comprendido entre Diciembre de 2016 a Junio de 2017.

En cuanto a los datos sociodemográficos, se observó que la población en estudio presentaba una edad promedio de 68.73 años con una desviación estándar de 7.24 años, con una edad mínima de 60 años y una edad máxima de 96 años. Se observó también que tenían 3.12 años de educación cursados como valor promedio, con una desviación estándar de 3.34 años, con un mínimo de 0 años de educación y un máximo de 17 años de educación.

Cuadro No. 1. Caracterización sociodemográfica de los adultos mayores. Unidad de Salud Dr. Alonso Suazo, Región Sanitaria Metropolitana del Distrito Central, Francisco Morazán. Diciembre de 2016-Junio de 2017.

Variables Sociodemográficas	No.	%
Sexo		
Mujer	244	73.3
Hombre	89	26.7
Total	333	100.0
Estado Civil		
Soltero	121	36.4
Casado	82	24.6
Viudo	62	18.6
Unión libre	49	14.7
Divorciado	19	5.7
Total	333	100.0
Ocupación		
Desempleado	288	86.5
Con empleo	43	12.9
Jubilado	1	0.3
Otros	1	0.3
Total	333	100.0
Procedencia		
Tegucigalpa	151	45.4
Comayagüela	113	33.9
Otros	69	20.7
Total	333	100.0

En relación al sexo, se observó que predominaban las mujeres, 244 (73.3%), a una razón de hombre:mujer de 1.0:2.74, o sea casi 3 mujeres por un hombre. Con respecto al estado civil se encontró que 121 (36.4%) estaban solteros, 82 (24.6%) eran casados, 62 (18.6) estaban viudos, 49 (14.7%) en unión libre y solo 19 (5.7%) estaban divorciados.

En relación a la ocupación, se observó que la mayoría de ellos, representados por 288 (86.5%) estaban desempleados y que solamente 43 (12.9%) de la población estudiada tenían trabajo. En cuanto a la procedencia, se observó que 151 (45.4%) provenían de la ciudad de Tegucigalpa, 113 (33.9%) de Comayagüela y 69 (20.7%) provienen de otras localidades diferentes a las antes mencionadas. (Ver cuadro No. 1)

Cuadro No. 2. Dimensión de accesibilidad. Calidad de atención adultos mayores. Unidad de Salud Dr. Alonso Suazo, Región Sanitaria Metropolitana del Distrito Central, Francisco Morazán. Diciembre 2016-Junio 2017.

Variable	No.	%
El tiempo de la atención desde su ingreso hasta su salida		
Adecuado	226	67.9
Prolongado	77	23.1
Muy adecuado	16	4.8
Muy prolongado	14	4.2
Total	333	100.0
El horario de atención		
Adecuado	292	87.7
Muy adecuado	22	6.6
Inadecuado	18	5.4
Muy inadecuado	1	0.3
Total	333	100.0
El tiempo de espera en farmacia para obtener los medicamentos		
Adecuado	267	80.2
Muy adecuado	43	12.9
Inadecuado	23	6.9
Muy inadecuado	0	0.0
Total	333	100.0
Cantidad de dinero gastada en la atención médica		
Adecuado	274	82.3
Muy adecuado	48	14.4
Inadecuado	11	3.3
Muy inadecuado	0	0.0
Total	333	100.0

En cuanto a la descripción de la accesibilidad de los pacientes se encontró que al preguntárseles que les parecía el tiempo de la atención desde su ingreso hasta su salida, la mayoría 226 (67.9%) les pareció adecuado. Se les consultó también que les parecía el horario de atención, a lo que 292 (87.7%) de los pacientes expresó que era adecuado. En relación al tiempo de espera en farmacia para obtener sus medicamentos, la mayoría de los pacientes 267 (80.2%) refirió que era adecuado y únicamente 23 (6.9%) dijo que era inadecuado. Con respecto a la cantidad de dinero gastada en esa consulta médica, la mayoría de los pacientes, representada con 274 (82.3%), refirió que era adecuada y solamente 11 (3.3%) de los pacientes, mencionó que era **inadecuada**. (Ver cuadro No. 2)

Cuadro No. 3. Dimensión de estructura. Calidad de atención adultos mayores. Unidad de Salud Dr. Alonso Suazo, Región Sanitaria Metropolitana del Distrito Central, Francisco Morazán. Diciembre 2016-Junio 2017.

Variable	No.	%
Obtención de una cita		
Fácil	260	78.1
Difícil	45	13.5
Muy fácil	19	5.7
Muy difícil	9	2.7
Total	333	100.0
Intentos de obtener cita para la consulta		
A la primera vez	303	91.0
A la segunda vez	20	6.0
A la tercera vez	10	3.0
A la cuarta vez	0	0.0
Total	333	100.0
El tiempo de espera para la consulta médica		
Adecuado	237	71.2
Prolongado	74	22.2
Muy adecuado	14	4.2
Muy prolongado	8	2.4
Total	333	100.0

Con respecto a la dimensión de estructura, se observó que 260 (78.1%) de los pacientes refirieron que obtener un cupo/cita fue fácil en relación a 45 (13.5%) de los pacientes que dijeron que fue difícil. De igual manera se les consulto el número de intentos realizados para obtener un cupo para consulta médica, a lo que la mayoría de los pacientes con 303 (91.0%) refirió que fue a la primera vez. En relación al tiempo de espera para la consulta médica, 237 (71.2%) les pareció adecuado y 74 (22.2%) les pareció prolongado. (Ver cuadro No. 3)

Cuadro No. 4. Dimensión de estructura. Calidad de atención adultos mayores. Unidad de Salud Dr. Alonso Suazo, Región Sanitaria Metropolitana del Distrito Central, Francisco Morazán. Diciembre 2016-Junio 2017.

Variable	No.	%
La higiene de la Unidad de Salud		
Buena	290	87.1
Muy buena	34	10.2
Mala	8	2.4
Muy mala	1	0.3
Total	333	100.0
El lugar de espera confortable		
De acuerdo	277	83.2
En desacuerdo	30	9.0
Totalmente de acuerdo	25	7.5
Totalmente en desacuerdo	1	0.3
Total	333	100.0
La ventilación de la Unidad de Salud		
Buena	298	89.5
Muy buena	31	9.3
Mala	4	1.20
Muy mala	0	0.0
Total	333	100.0
La iluminación de la Unidad de Salud		
Buena	295	88.6
Muy buena	36	10.8
Mala	2	0.6
Muy mala	0	0.0
Total	333	100.0

Continuando con la descripción de la dimensión de estructura, el 290 (87.1%) de los pacientes refirió que la higiene del establecimiento de salud era buena, 34 (10.2%) dijo que era muy buena, 8 (2.4%) mencionó que era mala y únicamente 1 (0.30%) dijo que era muy mala. De igual manera, 277 (83.2%) de los pacientes refirió estar de acuerdo con que el lugar de espera era confortable, 30 (9.0%) estaban en desacuerdo, 25 (7.5%) totalmente de acuerdo y 1 (0.3%) totalmente en desacuerdo con ello. Con respecto a la ventilación del establecimiento de salud, 298 (89.5%) de los pacientes afirmaron que era buena, 31 (9.3%) dijo que era muy buena, 4 (1.2%) refirió que era mala. Se les consultó también que les parecía la iluminación del establecimiento de salud, a lo que 295 (88.6%) de los pacientes refirió que era buena, 36 (10.8%) muy buena, y 2 (0.6%) mala. (Ver cuadro No.4)

Cuadro No. 5. Dimensión de proceso. Calidad de atención adultos mayores. Unidad de Salud Dr. Alonso Suazo, Región Sanitaria Metropolitana del Distrito Central, Francisco Morazán. Diciembre 2016-Junio 2017.”

Variable	No.	%
El médico o médica lo evaluó minuciosamente		
De acuerdo	279	83.8
En desacuerdo	26	7.8
Totalmente de acuerdo	26	7.8
Totalmente en desacuerdo	2	0.6
Total	333	100.0
El tiempo que el médico o médica le dedicó fue adecuado:		
De acuerdo	288	86.5
En desacuerdo	24	7.2
Totalmente de acuerdo	21	6.3
Totalmente en desacuerdo	0	0.00
Total	333	100.0
Tiene plena confianza y seguridad en el médico (a) que lo atendió:		
De acuerdo	262	78.7
Totalmente de acuerdo	53	15.9
En desacuerdo	17	5.1
Totalmente en desacuerdo	1	0.3
Total	333	100.0
Nivel de satisfacción con la explicación que se le dio acerca de su enfermedad		
Satisfecho	273	82.0
Muy satisfecho	25	7.5
Insatisfecho	24	7.2
Muy insatisfecho	11	3.3
Total	333	100.0

En cuanto al proceso de atención del adulto mayor, se encontró que 279 (83.8%) de los pacientes dijo estar de acuerdo con que el médico (a) lo había evaluado minuciosamente, 26 (7.8%) en desacuerdo, también 26 (7.8%) refirió estar totalmente de acuerdo y 2 (0.3) en total desacuerdo. Con respecto al sí el tiempo que el médico (a) le había dedicado era adecuado, 288 (86.5%) afirmó que si estaba de acuerdo, 24 (7.2%) en desacuerdo, 21 (6.3%) totalmente de acuerdo con ello. Se les consultó si tenían confianza y seguridad en el medico (a) que los había atendido, a lo que 262 (78.7%) refirió estar de acuerdo, 53 (15.9%) dijo estar totalmente de acuerdo, solamente 17 (5.1%) y 1 (0.3%) refirieron estar en

desacuerdo y totalmente en desacuerdo, respectivamente. En relación a la explicación que recibieron acerca de la enfermedad, 273 (82.0%) refirieron sentirse satisfechos, 25 (7.5%) refirieron sentirse muy satisfechos, 24 (7.2%) estuvieron insatisfechos y solamente 11 (3.3%) refirieron sentirse muy insatisfechos. (Ver cuadro No. 5)

Cuadro No. 6. Dimensión proceso de atención. Trato del personal. Calidad de atención adultos mayores. Unidad de Salud Dr. Alonso Suazo, Región Sanitaria Metropolitana del Distrito Central, Francisco Morazán. Diciembre 2016-Junio 2017.

Variable	No.	%
El trato por parte del personal de salud		
Buena	291	87.4
Muy buena	35	10.5
Mala	7	2.1
Muy mala	0	0.0
Total	333	100.0
El trato por parte del personal de archivo o admisión		
Buena	271	81.4
Muy buena	35	10.5
Mala	21	6.3
Muy mala	6	1.8
Total	333	100.0
El trato por parte del personal de enfermería		
Buena	282	84.7
Muy buena	40	12.0
Mala	11	3.3
Muy mala	0	0.0
Total	333	100.0
El trato por parte del personal de farmacia		
Buena	281	84.4
Muy buena	40	12.0
Mala	11	3.3
Muy mala	1	0.3
Total	333	100.0
El trato por parte del personal de caja		
Buena	290	87.1
Muy buena	41	12.3
Muy mala	2	0.6
Mala	0	0.0
Total	333	100.0

A continuación se describen las variables relacionadas con la dimensión de proceso de atención del adulto mayor, en cuanto a la percepción del trato brindado por el personal de salud en general, 291 (87.4%) de los pacientes refirieron un buen trato, 35 (10.5%) la consideraron muy buena, y únicamente 7 (2.1%) afirmaron una mala atención por este servicio. En cuanto al trato brindado en el área de archivo o admisión, 271 (81.4%) de los pacientes refirieron un buen trato, 35 (10.5%) afirmaron un trato muy bueno, y únicamente 21 (6.3%) refirieron un trato malo y solamente 6 (1.8%) dijeron recibir un trato muy malo en esta área. Con respecto a la atención brindada por el personal de enfermería, 282 (84.7%) de los pacientes refirieron una buena atención, 40 (12.0%) afirmaron una muy buena atención, y solamente 11 (3.3%) dijeron haber recibido un mal trato por este servicio. El relación al trato brindado por el personal de farmacia, 281 (84.4%) de los pacientes afirmaron que era un buen trato, 40 (12.0%) refirieron un muy buen trato, 11 (3.3%) dijeron haber recibido un trato malo, y solamente 1 (0.3%) afirmaron un muy mal trato por este servicio. En cuanto el trato que recibieron en el área de caja, 290 (87.1%) de los pacientes dijeron que era bueno, 41 (12.3%) refirieron un trato muy bueno, solamente 2 afirmaron un trato muy malo en esta área. (Ver cuadro No. 6)

Cuadro No. 7. Dimensión resultado de atención. Calidad de atención adultos mayores. Unidad de Salud Dr. Alonso Suazo, Región Sanitaria Metropolitana del Distrito Central, Francisco Morazán. Diciembre 2016-Junio 2017.

Variable	No.	%
La calidad de los medicamentos que se le entregaron es:		
Buena	265	79.6
Muy buena	43	12.9
Mala	24	7.2
Muy mala	1	0.3
Total	333	100.0
La información que recibió sobre los medicamentos de parte de farmacia fue:		
Buena	249	74.8
Muy buena	43	12.9
Mala	37	11.1
Muy mala	4	1.2
Total	333	100.0
Todos los medicamentos que le indicó el médico (a) se los entregaron en la farmacia:		
De acuerdo	181	54.4
En desacuerdo	81	24.3
Totalmente de acuerdo	37	11.1
Totalmente en desacuerdo	34	10.2
Total	333	100.0

Haciendo mención de las variables relacionadas con el resultado de la atención al adulto mayor, se encontró que 265 (79.6%) de los pacientes creían que la calidad de los medicamentos que recibieron en farmacia era buena, 43 (12.9%) dijeron que era muy buena, 24 (7.2%) refirieron que la calidad era mala y 1 (0.3%) refirieron que eran de muy mala calidad. Se les consulto también acerca de la información brindada en el área de farmacia, a lo que la mayoría de los pacientes 249 (74.8%) dijeron que era buena, 43 (12.9%) afirmaron que era muy buena, 37 (11.1%) mencionaban que era mala y 4 (1.2%) decían que era muy mala la información brindada. Con respecto a si se les entregó todos los medicamentos que se les fueron indicados, 181 (54.4%) dijeron estar de acuerdo, 81 (24.3%) dijeron estar en desacuerdo, 37 (11.1%) referían estar totalmente de acuerdo, 34 (10.2%) afirmaron estar totalmente en desacuerdo. (Ver cuadro No. 7)

Cuadro No. 8. Dimensión resultado de atención. Calidad de atención adultos mayores. Unidad de Salud Dr. Alonso Suazo, Región Sanitaria Metropolitana del Distrito Central, Francisco Morazán. Diciembre 2016-Junio 2017.

Variable	No.	%
Confianza en que recuperará su salud:		
Totalmente de acuerdo	168	50.4
De acuerdo	155	46.6
En desacuerdo	9	2.7
Totalmente en desacuerdo	1	0.3
Total	333	100.0
En general calificación sobre la calidad de la atención recibida en el establecimiento de salud		
Buena	264	79.3
Muy buena	59	17.7
Mala	9	2.7
Muy mala	1	0.3
Total	333	100.0
En general la satisfacción sobre el servicio		
Satisfecho	270	81.1
Muy satisfecho	55	16.5
Insatisfecho	8	2.4
Muy insatisfecho	0	0.0
Total	333	100.0

También se describen otras variables relacionadas con los resultados, se les consultó si tenían confianza en que recuperarían su salud a lo que 168 (50.4%) dijeron estar totalmente de acuerdo, 155 (46.6%) de acuerdo, 9 (2.7%) referían estar en desacuerdo y únicamente 1 (0.3%) afirmaron estar totalmente en desacuerdo. Con respecto a la calificación de la calidad de atención que se les brindó en el establecimiento de salud, 264 (79.3%) la calificaron como buena, 59 (17.7%) la calificaron como muy buena, 9 (2.7%) la calificaron como mala y solamente 1 (0.3%) como muy mala. Así también se le consultó cuán satisfechos estaban con la atención brindada, siendo la mayoría representada con 270 (81.1%) que dijeron estar satisfechos, 55 (16.5%) afirmaron sentirse muy satisfechos, y solamente 8 (2.4%) refirieron sentirse muy insatisfechos. (Ver cuadro No. 8)

Cuadro No. 9. Relación entre el tiempo de espera y la procedencia de los adultos mayores que participaron en el estudio. Unidad de Salud Dr. Alonso Suazo, Región Sanitaria Metropolitana del Distrito Central, Francisco Morazán. Diciembre 2016-Junio 2017.

Procedencia	Tiempo de espera				OR	IC 95%	p
	Adecuado		Prolongado				
	No.	%	No.	%			
Tegucigalpa	121	50.0	30	33.0			
Comayagüela y otros	121	50.0	61	67.0	2.03	1.22-3.36	0.007
Total	242	100.0	91	100.0			

En cuanto a la relación entre tiempo de espera y procedencia de los pacientes, se encontró que del total de los pacientes, aproximadamente el 50.0% de los pacientes que provenían de Tegucigalpa dijeron que el tiempo de espera fue adecuado y 33.0% dijeron que fue prolongado, así mismo del total de los pacientes, se encontró que el 50.0% de los pacientes que provenían de Comayagüela u otras zonas, dijo que el tiempo era adecuado, sin embargo el 67.0% dijo que era prolongado, encontrándose un OR: 2.03 con un IC95%: 1.22-3.36, así mismo se encontró un X^2 corregido (Yates), con un valor de 7.06 y una P con un valor de 0.007, por lo que se consideró que los pacientes cuyas procedencias eran distintas a las de Tegucigalpa, tenían 2 veces más probabilidades de tener un tiempo de espera prolongado en comparación a los pacientes que si provenían de Tegucigalpa. (Ver cuadro No. 9)

Cuadro No. 10. Relación entre el tiempo de espera y el sexo de los adultos mayores Unidad de Salud Dr. Alonso Suazo, Región Sanitaria Metropolitana del Distrito Central, Francisco Morazán. Diciembre 2016-Junio 2017.

Sexo	Tiempo de espera				OR	IC 95%	p
	Adecuado		Prolongado				
	No.	%	No.	%			
Mujer	175	72.3	69	75.8			
Hombre	67	27.7	22	24.2	0.83	0.47-1.45	0.61
Total	242	100.0	91	100.0			

En cuanto a la relación entre el sexo y el tiempo de espera, se encontró que del total de los pacientes, el 72.3% de las mujeres dijeron que el tiempo de espera era adecuado y el 75.8% dijo que era prolongado, también del total de los pacientes, el 27.7% de los hombres dijo que el tiempo de espera era adecuado y el 24.2% dijo que era prolongado, se realizaron las diferentes pruebas estadísticas encontrándose un OR: 0.83 con un IC95%: 0.47-1.45, un X² con un valor de 0.25 y una P con un valor de 0.61, por lo que no hubo ninguna preferencia de sexos en el tiempo de espera. (Ver cuadro No. 10)

Cuadro No. 11. Relación entre el tiempo de espera y el estado civil en los adultos mayores Unidad de Salud Dr. Alonso Suazo, Región Sanitaria Metropolitana del Distrito Central, Francisco Morazán. Diciembre 2016-Junio 2017.

Estado civil	Tiempo de espera				OR	IC 95%	p
	<u>Adecuado</u>		<u>Prolongado</u>				
	No.	%	No.	%			
Sin pareja	142	58.7	60	65.9			
Con pareja	100	41.3	31	34.1	0.73	0.44-1.21	0.27
Total	242	100.00	91	100.00			

En cuanto a los que tenían pareja versus los que no la tenían y el tiempo de espera, se encontró que del total de los pacientes, el 58.7% de los pacientes que no tenían pareja refirieron un tiempo de espera adecuado y un 65.9% afirmaron un tiempo prolongado, así mismo del total de los pacientes, el 41.3% de los pacientes con pareja refirieron un tiempo de espera adecuado y un 34.1% de ellos afirmó un tiempo de espera prolongado, se realizaron las diferentes pruebas estadísticas, encontrándose un OR: 0.73, con un IC 95%: 0.44-1.21, el X^2 con valor de 1.17 y una $p= 0.27$ como valor, por lo que se concluyó que no existe ninguna diferencia en cuanto al tiempo de espera en estos dos grupos de pacientes. (Ver cuadro No. 11)

Cuadro No. 12. Relación entre el tiempo de espera y la ocupación de los adultos mayores Unidad de Salud Dr. Alonso Suazo, Región Sanitaria Metropolitana del Distrito Central, Francisco Morazán. Diciembre 2016-Junio 2017.

Ocupación	Tiempo de espera				OR	IC 95%	p
	Adecuado		Prolongado				
	No.	%	No.	%			
Desempleado	209	86.4	81	89.0			
Con empleo	33	13.6	10	11.0	1.27	0.60-2.71	0.64
Total	242	100.00	91	100.00			

En cuanto a la relación entre el tiempo de espera y la ocupación de los pacientes, del total de los pacientes, el 86.4% de los pacientes desempleados dijo que el tiempo de espera era adecuado y el 89.0% de ellos dijo que era prolongado, del total de los pacientes, el 13.6% de los pacientes con empleo dijo que el tiempo de espera era adecuado y el 11.% refirió un tiempo de espera prolongado, sin encontrarse valores estadísticamente significativos, por lo que no existe ninguna diferencia estadísticamente significativa entre estos dos grupos de pacientes. (Ver cuadro No. 12)

Cuadro No. 13. Relación entre el tiempo de espera y la satisfacción en la entrega de medicamentos en adultos mayores Unidad de Salud Dr. Alonso Suazo, Región Sanitaria Metropolitana del Distrito Central, Francisco Morazán. Diciembre 2016-Junio 2017.

Entrega de medicamentos	Tiempo de espera						
	Adecuado		Prolongado		OR	IC 95%	p
	No.	%	No.	%			
Completa	172	71.1	46	50.6			
Incompleta	70	28.9	45	49.4	2.40	1.46-3.94	0.0007
Total	242	100.00	91	100.00			

Se realizó el cruce de esta variable con el tiempo de espera, encontrándose que del total de los pacientes, el 71.1% de los pacientes que recibieron completamente sus medicamentos afirmaron un tiempo de espera adecuado y el 50.6% afirmaron un tiempo de espera prolongado, con una diferencia porcentual significativa. Se observó también que del total de los pacientes, los que negaron haber recibido completamente los medicamentos indicados, el 28.9% de ellos afirmó un tiempo de espera adecuado y el 49.4% afirmó un tiempo de espera prolongado, por lo que se realizaron diferentes pruebas estadísticas, encontrándose un OR: 2.40 con un IC 95%: 1.46-3.94, un X² de 11.43 y 0.0007 como valor de p. Encontrando que los pacientes que no recibieron completamente los medicamentos indicados en la consulta médica tenían 2.4 probabilidades más de tener un tiempo de espera prolongado en relación a los pacientes que si recibieron completamente sus medicamentos. (Ver cuadro No. 13)

Cuadro No. 14. Relación entre el tiempo de espera y la satisfacción en cuanto a la explicación recibida por personal médico en los adultos mayores Unidad de Salud Dr. Alonso Suazo, Región Sanitaria Metropolitana del Distrito Central, Francisco Morazán. Diciembre 2016-Junio 2017.

Satisfacción con la explicación brindada por el medico	Tiempo de espera						
	Adecuado		Prolongado		OR	IC 95%	p
	No.	%	No.	%			
Satisfecho	227	93.8	71	78.02			
Insatisfecho	15	6.2	20	21.98	4.26	2.07-8.76	0.00006
Total	242	100.00	91	100.00			

Se relacionó la satisfacción que expresaron los adultos mayores con la explicación recibida por el médico y el tiempo de espera, encontrándose que del total de los pacientes, el 93.8% de los pacientes que se sintieron satisfechos con la explicación recibida afirmaron un tiempo de espera adecuado en comparación con el 78.02% que afirmaron un tiempo de espera prolongado, con una diferencia porcentual significativa. Se observó también que del total de los pacientes, los que expresaron insatisfacción con la explicación medica recibida, el 6.2% de ellos afirmó un tiempo de espera adecuado y el 21.98% afirmó un tiempo de espera prolongado, por lo que se realizaron diferentes pruebas estadísticas, encontrándose un OR: 4.26 con un IC95%: 2.07-8.76, un X^2 de 15.86 y 0.00006 como valor de p. Encontrando que los pacientes que no se sintieron satisfechos con la explicación recibida por el personal médico tenían 4.26 probabilidades más de tener un tiempo de espera prolongado. (Ver cuadro No. 14)

Cuadro No. 15. Relación entre el tiempo de espera y la satisfacción general de los adultos mayores con el servicio recibido en la Unidad de Salud Dr. Alonso Suazo, Región Sanitaria Metropolitana del Distrito Central, Francisco Morazán. Diciembre 2016-Junio 2017.

Satisfacción general con el servicio recibido	Adecuado		Prolongado		OR	IC 95%	Test de fisher
	No.	%	No.	%			
	Satisfecho	241	99.59	84			
Insatisfecho	1	0.41	7	7.69	20.08	2.43- 165.65	0.0005
Total	242	100.00	91	100.00			

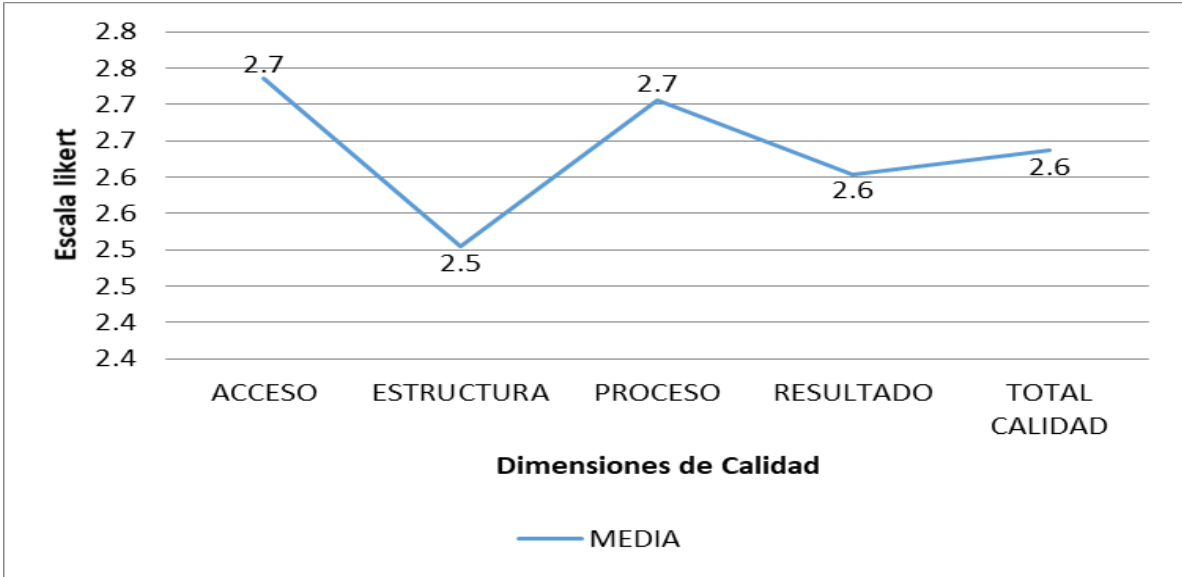
Se relacionó la satisfacción en general, que expresaron los adultos mayores con la atención recibida y el tiempo de espera, encontrándose que del total de los pacientes, el 99.59% de los pacientes que se sintieron satisfechos con la explicación recibida afirmaron un tiempo de espera adecuado en comparación con el 92.31% que afirmaron un tiempo de espera prolongado. Se observó también que del total de los pacientes, los que expresaron insatisfacción con el servicio recibido, el 0.41% de ellos afirmó un tiempo de espera adecuado y el 7.69% afirmó un tiempo de espera prolongado, por lo que se realizaron diferentes pruebas estadísticas, encontrándose un OR: 20.08 con un IC95%: 2.43-165.65, un X^2 de 12.02 y 0.0005 como valor de p. Encontrando que los pacientes que tuvieron un tiempo de espera adecuado, tienen 20.08 probabilidades menos de sentirse insatisfechos con el servicio recibido. (Ver cuadro No. 15)

Cuadro No. 16. Relación entre la explicación recibida respecto a la enfermedad y la satisfacción general de los adultos mayores con el servicio recibido en la Unidad de Salud Dr. Alonso Suazo, Región Sanitaria Metropolitana del Distrito Central, Francisco Morazán. Diciembre 2016-Junio 2017.

Satisfacción general con el servicio recibido							
Satisfacción con la explicación en cuanto a la enfermedad	Satisfecho		Insatisfecho		OR	IC 95%	Test de Fisher
	No.	%	No.	%			
	Satisfecho	294	90.46	4			
Insatisfecho	31	9.54	4	50.0	9.48	2.25-39.80	0.0019
Total	325	100.00	8	100.00			

Se relacionó la satisfacción en general que expresaron los adultos mayores con la atención recibida y la satisfacción en cuanto a la explicación recibida respecto a la enfermedad, encontrándose que del total de los pacientes, el 90.46% de los pacientes que se sintieron satisfechos con el servicio en general en comparación con el 50.0% de los que dijeron sentirse insatisfechos. Se observó también que del total de los pacientes, el 9.54% de los pacientes satisfechos con el servicio en general afirmaron satisfacción en cuanto a la explicación acerca de la enfermedad, en comparación con el 50.0% que afirmaron insatisfacción. Encontrándose, no solo diferencias porcentuales significativas, sino también estadísticamente, ya que obtuvimos un OR: 9.48 con un IC95%: 2.35-39.80, con un X^2 de 9.62 y una $p=0.0019$. Por lo que aquellos adultos mayores que se sintieron satisfechos con la explicación de su enfermedad, tenían 9.48 probabilidades más de sentirse satisfechos con el servicio en general. (Ver cuadro No. 16)

Grafico No.1 Promedio de las Dimensiones de calidad. Calidad de atención adultos mayores. Unidad de Salud Dr. Alonso Suazo, Región Sanitaria Metropolitana del Distrito Central, Francisco Morazán. Diciembre 2016-Junio 2017.



Se realizó un promedio de las diferentes dimensiones del proceso de atención, siendo el valor más alto de 4.0 y el mínimo de 1.0 en la escala de Likert, encontrando que las dimensiones mejor puntuadas fueron accesibilidad y proceso, ambas con 2.7 de promedio, seguida de la dimensión resultado con una puntuación de 2.6, y se encontró que la peor puntuada fue la dimensión de estructura con 2.5, observamos una puntuación general de la calidad del servicio recibido de 2.6 en la escala Likert. (Ver gráfica No. 1)

X. Discusión y análisis

En el presente estudio se encontró, que del total de 333 adultos mayores, atendidos en el establecimiento de salud “Alonso Suazo”, Distrito Central, Honduras, en el periodo comprendido entre Diciembre de 2016 a Junio de 2017, la media de edad para este grupo fue de 68.73 años, en cuanto al sexo, se observó una mayor prevalencia de las mujeres sobre los hombres, a una razón de hombre:mujer 1.0:2.74, casi 3 mujeres por cada hombre.

En un estudio realizado por Flavia Vivaldi y Enrique Barra, en la ciudad de Concepción, Chile, a un total de 250 personas, se encontró que del total, 146 eran mujeres y 104 eran hombres, con una relación hombre:mujer de 1.0:1.40, con edades entre 60 y 87 años y un promedio de 70,8 años.³³

Respecto al estado civil encontramos que eran en mayor número, solteros con 36.4%, seguido de los que se encontraban casados 24.6%, 18.6% estaban viudos, 14.7% en unión libre y solo 5.7% estaban divorciados.

En un estudio realizado por Elba Abril Valdez, Rosario Román Pérez y María José Cubillas Rodríguez, en la ciudad de Hermosillo, Sonora, México, donde se encuestaron un total de 256 pacientes se encontró que en comparación en este estudio, fue mayor el porcentaje de personas casadas ya que de las mujeres, 39% eran casadas y 45% viudas, y entre los varones 68% estaban casados y 20% eran viudos.³⁴

En relación a la escolaridad, en este estudio se encontró una media de 3.12 años de educación cursados. En relación a la ocupación, se observó que la mayoría de ellos, representados por 86.5% estaban desempleados y que solamente 12.9% de la población en estudio tenían trabajo.

En un estudio realizado por Rey Arturo Salcedo Álvarez, Miriam Torres Chirinos, y María Dolores Zarza-Arizmendi, en el Distrito Federal de México, donde se entrevistaron un total de 420 adultos mayores, se encontró que el 15.0% sabían leer y escribir, el 29.0% tenía primaria incompleta, 30.0% tenían primaria completa y solamente 6.4% habían cursado la secundaria. En cuanto a la ocupación, la población se clasificó en activa (remunerada y no remunerada), e inactiva (remunerada y no remunerada). La distribución por género indicó en este estudio que el número de personas con empleo fue mayor que en el nuestro, ya que 73 (51.0%) de los hombres y 38 (13.7%) de las mujeres son todavía personas activas

remuneradas (empleados, comerciantes o dedicados a algún oficio), los adultos mayores activos no remunerados están dedicados principalmente al hogar 166 (58.8%). Un total de 10 (2.3%) de los adultos mayores inactivos remunerados son jubilados o pensionados; asimismo, la distribución por sexo e ingreso económico mensual en salarios mínimos, mostró que 139 (50.0%) de las mujeres y 58 (40.6%) de los hombres perciben menos de un salario mínimo al mes y sólo 4 (1%) de los AM percibe siete o más salarios mínimos mensuales.³⁵

En este estudio al evaluar el componente de **accesibilidad**, se encontró que al preguntárseles que les parecía el tiempo de la atención desde su ingreso hasta su salida, la mayoría representada con 67.9%, les pareció adecuado. Se les consultó también que les parecía el horario de atención, a lo que el 87.7% de los pacientes expresó que era adecuado. En relación al tiempo de espera en farmacia para obtener sus medicamentos, la mayoría de los pacientes 80.2% refirió que era adecuado y únicamente el 6.9% dijo que era inadecuado. Con respecto a la cantidad de dinero gastada en esa consulta médica, la mayoría de los pacientes, representada con 82.3%, refirió que era adecuada y solamente 3.3% de los pacientes, mencionó que era inadecuada.

En un estudio realizado en la Delegación Tlaxcala, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), mediante encuesta aplicada a 328 usuarios, se encontró que de estos, 106 (32.2 %) recibieron la atención en tiempo igual o menor a 30 minutos y los restantes 222 (67.8 %) en más tiempo. La media del tiempo de espera general fue de 90.3 minutos, y la mediana de 80, el cual fue menor en comparación con el encontrado en este estudio. De los usuarios que esperaron máximo 30 minutos, el intervalo fue de 0 a 30, la media de 9.64 minutos y la mediana de 5; para quienes esperaron más tiempo, el mínimo fue de 35, con un máximo de 390, media de 129.3 y mediana de 120 minutos.³⁶

En este estudio, al evaluarse el componente de **estructura** de los servicios de salud, observamos que el 78.1% de los pacientes refirieron que obtener un cupo/cita fue fácil en relación al 13.5% de los pacientes que dijeron que fue difícil. En cuanto el número de intentos realizados para obtener un cupo para consulta médica, el 91.0% refirió que fue a la primera vez. En relación al tiempo de espera para la consulta médica, el 71.2% lo calificaron como adecuado y el 22.2% lo calificaron prolongado.

En un estudio realizado en el hospital Edgardo Rebagliati Martins de Lima, Perú, aplicándoseles encuestas a un total de 100 adultos mayores, en el cual se analizaron los

datos obtenidos con referencia al tiempo de espera para la cita, y los datos demostraron que, el 73% de los encuestados, no obtuvieron la cita tan pronto la desearon, sino después de una espera promedio de 3 meses lo cual fue mayor que lo encontrado en este estudio. Al analizar la dimensión de tiempo de espera en el hospital, se obtuvo como resultado que el 66% de los encuestados esperó más de 3 turnos para ser atendido.³⁷

También encontramos en este estudio, continuando con la evaluación de la estructura, que el 87.1% de los pacientes refirió que la higiene del establecimiento de salud era buena, y el 2.4%. En cuanto al lugar de espera, el 83.2% refirió estar de acuerdo con que el lugar de espera era confortable, solamente el 9.0% estaban en desacuerdo. Con respecto a la ventilación del establecimiento de salud, el 89.5% de los pacientes afirmaron que era buena, y el 1.2% refirió que era mala. El 88.6% de los pacientes refirió que la iluminación en el establecimiento era buena, y el 0.6% refirió que era mala.

Un estudio realizado en el municipio de Ixmiquilpan, Hidalgo, México donde se entrevistaron un total de 995 personas, de estas el 65.12% dijo que la sala de espera era agradable y cómoda, no obstante el 34.87% le pareció desagradable e incómoda. Al evaluar la ventilación e iluminación de dicho lugar, el 71.16% (n=708) y 83.42% (n=830) respectivamente, las consideró buenas.³⁸ Menor en comparación a lo encontrado en este estudio.

Encontramos en este estudio que en la dimensión de **proceso** de atención del adulto mayor, encontramos que el 87.4% de los pacientes calificaron como “bueno” el trato recibido por parte del personal de salud y solo el 2.1% lo calificaron “malo”. En cuanto al trato brindado en el área de archivo o admisión, el 81.4% lo calificaron “bueno”, y solo el 6.3% lo calificaron “malo”. Con respecto a la atención brindada por el personal de enfermería, el 84.7% la calificaron como “buena” y solamente el 3.3% dijeron haber recibido un mal trato por este servicio. En relación al trato brindado por el personal de farmacia, el 84.4% de los pacientes afirmaron que era un buen trato, el 12.0% refirieron un muy buen trato, 3.3% dijeron haber recibido un trato malo, y solamente 0.3% afirmaron un muy mal trato por este servicio. En cuanto al trato que recibieron en el área de caja, el 87.1% de los pacientes dijeron que era bueno, el 12.3% refirieron un trato muy bueno, solamente 0.6% afirmaron un trato muy malo en esta área.

En un estudio realizado por Álvarez Lauzarique ME, Rosabal MR, Bayarre Veal HD, Almenares Hernández K. en el municipio 10 de Octubre, de La Habana, Cuba, en el cual se revisaron y entrevistaron 100 pacientes de los dos principales policlínicos de esa comunidad, se encontró que el 94.0% de los pacientes calificó como “bueno” el sistema de planificación de consultas, encontraron también que el 100.0% de los pacientes calificó “buena” la revisión física que se les realizó, el 60.0% de los adultos mayores calificaron como “bueno” los estudios complementarios realizados, el 25.0% lo calificó “regular” y el 15.0% lo calificó “malo”. En cuanto a la orientación que se les dio acerca de su problema de salud, encontraron que el 85.0% de los pacientes lo calificó “bueno”, el 14.0% “regular” y solo el 1.0% lo calificó “malo”.³⁹

En otro estudio, realizado en la comunidad de San Diego de los Baños, Cuba, llamado “Satisfacción de los adultos mayores con los servicios de salud en el nivel primario”, en la cual se entrevistaron un total de 178 adultos mayores, encontraron que el 86.23% de los pacientes se mostraron “satisfechos” con las consultas médicas y el 13.77% se mostraron poco satisfechos, muy similar a los resultados encontrados en este estudio. En cuanto al servicio de enfermería el 100.0% de los pacientes afirmó sentirse satisfecho por la atención recibida. Respecto a los medios diagnósticos el 81.69% dijo estar “satisfecho”, el 16.9% dijo estar “poco satisfecho” y el 1.41% refirió estar no satisfecho con este servicio. En cuanto al área de farmacia, el 57.14% de los pacientes enunciaron sentirse “satisfechos”, el 25.0% poco satisfechos y el 17.86% afirmó sentirse no satisfecho con este servicio.⁴⁰

En cuanto al **resultado** de la atención al adulto mayor, se encontró en este estudio, que el 79.6% de los pacientes creían que la calidad de los medicamentos que recibieron en farmacia era buena, 12.9% dijeron que era muy buena, 7.2% refirieron que la calidad era mala y 0.3% refirieron que eran de muy mala calidad. Se les consultó también acerca de la información brindada en el área de farmacia, a lo que la mayoría de los pacientes 74.8% dijeron que era buena, 12.9% afirmaron que era muy buena, 11.1% mencionaban que era mala y 1.2% decían que era muy mala la información brindada. Con respecto a si se les entregó todos los medicamentos que se les fueron indicados, 54.4% dijeron estar de acuerdo, 24.3% dijeron estar en desacuerdo, 11.1% referían estar totalmente de acuerdo, 10.2% afirmaron estar totalmente en desacuerdo. Se les consultó si tenían confianza en que recuperarían su salud a lo que el 50.4% dijeron estar totalmente de acuerdo, el 46.6% de acuerdo, el 2.7% referían estar en desacuerdo y únicamente el 0.3% afirmaron estar totalmente en desacuerdo. Con respecto a la calificación de la calidad de atención que se les

brindo en el establecimiento de salud, 79.3% la calificaron como buena, 17.7% la calificaron como muy buena, 2.7% la calificaron como mala y solamente 0.3% como muy mala. Así también se le consulto cuan satisfechos estaban con la atención brindada, siendo la mayoría representada con el 81.1% que dijeron estar satisfechos, 16.5% afirmaron sentirse muy satisfechos, y solamente 2.4% refirieron sentirse muy insatisfechos.

Un estudio realizado por Campos-Navarro R, Afganis-Juárez EN, Torrez D. en la Ciudad de México, En 28 % de los adultos mayores existe la percepción que el tratamiento recibido no es adecuado, hay quejas de que no reciben algunos complementos como el calcio, que no les dan medicamentos para ciertos problemas como la presión o que siempre les dan lo mismo. De hecho existe una percepción negativa sobre los medicamentos institucionales, en el 14% se señala su ineficacia, ya que siguen sintiéndose mal, mientras que el 28% se queja de los efectos secundarios, casi siempre gastritis.⁴¹ Mayor en comparación a lo observado en este estudio.

Un estudio realizado en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins de Lima, Perú, los adultos mayores expresaron que la explicación dada por el médico, en relación a la enfermedad, dolencia y tratamiento. Los resultados demuestran que sobre el porqué de los análisis indicados, Solo el 58% de las veces el medico dio una explicación clara y que el 64% de las veces el medico explico el resultado de los análisis. El 70% de los encuestados manifestaron que, cuando se les receto medicamentos, se les explico por qué y para que de cada medicina y como se debían administrar los mismos.³⁷

Al realizar una asociación entre el tiempo de espera y la satisfacción en general en cuanto al servicio recibido, observamos en este estudio que los pacientes adultos mayores que tuvieron un tiempo de espera adecuado, tienen 20.08 probabilidades menos de sentirse insatisfechos con el servicio recibido. La asociación encontrada mostró una significancia, $p=0.0005$ con un valor de χ^2 de 12.02.

En el estudio llamado "Evaluación del nivel de satisfacción del adulto mayor entre 60 a 90 años en la consulta ambulatoria del Hospital Edgardo Rebagliati Martins". Acuna Zavala PD y col. Encontraron que al establecer una relación entre el tiempo de espera y el nivel de satisfacción obtenido de la consulta, se observa que aquellos pacientes que esperaron más de 3 turnos para ser atendidos manifestaron un nivel de satisfacción regular. La asociación

encontrada obtuvo una significancia $p < 0.01$, con un valor de χ^2 de 31.467.³⁷ Muy similar en cuanto a lo observado en este estudio.

En ese mismo estudio se estableció una relación entre la explicación del médico y el nivel de satisfacción, y los resultados demuestran que, mientras mejor sea la explicación del médico, mayor será el grado de satisfacción del paciente. La asociación encontrada obtuvo un valor de χ^2 de 30.075 y 6 grados de libertad con significancia < 0.01 .³⁷

Lo que fue similar en este estudio ya que aquellos adultos mayores que se sintieron satisfechos con la explicación de su enfermedad, tenían más probabilidades más de sentirse satisfechos con el servicio en general, la relación encontrada tuvo un valor de χ^2 de 9.62 con una $p = 0.0019$.

Hemos podido observar que existe un alto grado de satisfacción en nuestra población estudiada, es por ello que nos cuestionamos, si en verdad obedece a una atención y recursos de calidad, o si se debe a una baja expectativa por parte de nuestros adultos mayores, ya que su situación sociodemográfica quizás infiera mucho en su percepción de la calidad de atención, como pudimos observar, son adultos mayores, que en su mayoría se encuentran sin pareja sentimental, con un muy bajo grado de escolaridad, acompañado a una situación económica desfavorable, ya que casi el 90% de ellos se encuentra desempleados, quizás sean todas estas condiciones las que hagan pensar a nuestros adultos mayores que no tienen derecho a exigir condiciones y recursos adecuados, y que mejor es recibir algo que nada.

Ocho de cada diez adultos mayores afirmaron sentirse satisfechos con los servicios recibidos, esa alta satisfacción fue discutida por Seclén-Palacin J y Darras C, donde mencionan que una mayor satisfacción se observó en usuarios de más edad. Sin embargo los jóvenes muestran una percepción de no vulnerabilidad para enfermar, cuestionamiento a algunas de las medidas diagnósticas y terapéuticas, exigencia de resolución inmediata y altas expectativas. Todo ello se reflejaría en una menor satisfacción. Esa concepción va cambiando en el transcurso del ciclo biológico. Así, las poblaciones de mayor edad son conscientes de su vulnerabilidad para enfermar y ven que la atención es un proceso de interacción y responsabilidad compartida con el servicio, y donde su participación es crucial para resolver sus problemas.⁴²

XI. Conclusiones

1. Concluimos que los adultos mayores que asisten al establecimiento de salud “Alonso Suazo”, en su mayoría son mujeres, con un promedio de 68.73 años de edad, en su mayoría desempleados y provenientes principalmente de Tegucigalpa, no obstante, un buen porcentaje de ellos (20.7%), provenían de lugares fuera de Tegucigalpa y Comayagüela, y en su mayoría tenían primaria incompleta o ninguna educación.
2. En cuanto a la accesibilidad, el horario de atención, tiempos de espera y dinero requerido para la consulta médica fueron calificados como “bueno o adecuado” por la mayoría de los usuarios.
3. Lo que respecta a estructura, como ser: obtención de cupo/cita, tiempo de espera para consulta médica, higiene, ventilación e iluminación del establecimiento de salud, fueron muy bien calificados por los usuarios.
4. En relación al proceso, se encontró una calificación “buena” en lo que respecta al trato y la atención brindada por parte del personal.
5. En cuanto a la dimensión resultado, la mayoría de los adultos mayores calificaron como “buena” la calidad e información recibida respecto a los medicamentos, se encontró que casi el 50% de los pacientes refirió no haber recibido todos los medicamentos indicados, se encontró un alto grado de satisfacción dentro de los usuarios.
6. En el promedio (medias) de las diferentes dimensiones del proceso de atención, siendo el valor más alto de 4.0 y el mínimo de 1 en la escala de Likert, encontrando que las dimensiones mejor puntuadas fueron accesibilidad y proceso, ambas con 2.7 de promedio, seguida de la dimensión resultado con una puntuación de 2.6, y se encontró que la peor puntuada fue la dimensión de estructura con 2.5, observamos una puntuación general de la calidad del servicio recibido de 2.6 en la escala Likert
7. Concluimos que todos los componentes de las diferentes dimensiones de la atención están estrictamente relacionadas con la satisfacción de los adultos mayores, y que las bajas expectativas de estos, favorece la calificación de los servicios recibidos.

XII. Recomendaciones

- A la secretaria de salud: que elabore políticas de salud donde se asegure la atención de calidad a la población mayor, promoviendo la formación de médicos especialistas en el área así como proveyendo los recursos necesarios para procurar una mejor accesibilidad de la atención.
- Reorientar y reforzar los Programas de Salud considerando el proceso de transición epidemiológica que acompaña a la transición demográfica para responder a las necesidades propias de este sector poblacional.
- A las Universidades que tienen relación con la formación profesional del área de salud, tienen que incorporar en sus programas de estudios estas nuevas demandas educativas.
- Al establecimiento de salud “Dr. Alonso Suazo”: aperturar una clínica del “Adulto Mayor” y brindar una atención prioritaria a esta población.
- Creación de oportunidades de trabajo en la sociedad, el bono demográfico es una enorme oportunidad

XIII. Bibliografía

1. Strasser S, Davis RM. Measuring patient satisfaction for improved patient services. Ann Arbor (MI): Health Administration Press, 1991. P. 210.
2. Donabedian A. Garantía y monitoria de la calidad de la atención médica. Serie Perspectivas en Salud Pública. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 1989.
3. Donabedian A. Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad. Salud Publica Mex 1993; 35(3). P. 238-247.
4. Donabedian A. Los espacios de la salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica. Biblioteca de la Salud. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica, 1988:496-546.
5. Frenk J. Concepto y medición de la accesibilidad. Salud Pública Mex 1985. P. 438-453.
6. Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Salud II. México, D.F.: Laboratorio Gráfico Editorial, 1994.
7. OPS / OMS. Enfermería gerontológica: conceptos para la práctica. N° 31. Washington D.C.: OPS/OMS; 1995. P. 9-10.
8. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Soc Sci Med. 1995 Nov; 41(10):1403-9.
9. Fuente: Proyecciones de Población Total, Urbana y Rural por Sexo y Edad 2001 – 2015; INE, 2015
10. Morfi Samper R. La salud del adulto mayor en el siglo XXI. Rev Cubana Enfermería. 2005; 21(3) p. 1. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086403192005000300001&lng=es&nrm=iso
11. OPS. Determinantes en sociales de la salud. Citado el 7/12/15. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/es/
12. OPS. Datos interesantes del envejecimiento. Citado el REVISADO 30-7-2016 Disponible en: <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
13. Giraldo-Rodríguez L, Torres-Castro S, Martínez-Ramír D, Gutiérrez-Robledo L.M, Pérez-Cuevas R. Tele-asistencia y tele-alarma para adultos mayores: experiencias preliminares en México. Rev Saúde Pública 2013;47(4):711-7
14. Álvarez Lauzarique M.E y cols. Calidad de la atención al adulto mayor en el consultorio del Médico de la Familia

15. Ramírez-Sánchez TJ, Nájera-Aguilar P, Nigenda-López G. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. *Salud Publica Mex* 1998;40:3-12.
16. Abril-Valdez E, Román-Pérez R, Cubillas-Rodríguez M.J. Análisis de la oferta de servicios para adultos mayores y sus necesidades manifiestas. *Psicología 128 y Salud*, Vol. 15, Núm. 1: 127-133, enero-junio de 2005.
17. Vivaldi F, Barra E. Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. *Terapia Psicológica* 2012, 30,(2), 23-29.
18. Geriatric Medicine training and practice in the United States at the beginning of the 21st century. The Association of Geriatric Academic Programs. Julio 2002
19. Secretaria de Salud de Honduras. Políticas de Gobierno Para el Sector Salud 2002-2006. Velázquez-Olmedo L.B y Col. Calidad de vida relacionada con la salud oral en adultos mayores. Instrumentos de evaluación. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2014;52(4):448-56.
20. OPS. Envejecimiento y ciclo de vida. Citado el 7-12-15. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/es/>,
21. OPS. Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la salud. Citado el 7-12-15 Disponible en: <http://www.who.int/ageing/es/>
22. Alvarez-Lauzarique M.E, Rocha Rosabal M, Bayarre Vea H.D, Almenares-Hernández K. Calidad de la atención al adulto mayor en el consultorio del Médico de la Familia. *Rev Cub Med Gene Integ* 2014;30(4):388-401
23. Salcedo-Álvarez R.A, Torres-Chirinos M, Zarza-Arizmendi M.D. Uso de servicios de salud por adultos mayores y calidad de la atención de enfermería. *Rev CONAMED.* 2010;15(2):92-98.
24. Suñol, Rosa. La calidad de la atención Ponències i Jornades: i Àlvar Net. Àlvar Net. Presidente de la Fundación Avedis Donabedian. Rosa Suñol. Directora de la Fundación Avedis Donabedian. Disponible en : http://www.coordinadoraprofundos.org/docs/214/rosa_sunol.pdf
25. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. En: *Explorations in quality assessment and monitoring.* Vol.I. Health Administration Press. Ann Arbor. Michigan. 1980.
26. International Organization for Standardization. *Quality: terms and definitions.* 1989.
27. Ortiz R.M, Juárez S., Martín del Campo D., Torres E. Consulta externa en instituciones de salud de Hidalgo, México, 42035 Pachuca, Hidalgo, México, *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 13(4), 2003.

28. Ramírez-Sánchez T.J, Nájera P. et al Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: "perspectiva de los usuarios" Rev. Salud pública de México / vol.40, no.1, enero-febrero de 1998.
29. Coronado-Zarco R, Cruz-Medina E, Macías Hernández S.I, Arellano Hernández A, Nava Bringas T.I. El contexto actual de la calidad en salud y sus indicadores. Rev Mex Med Fis Rehab 2013;25(1):26-33.
30. Donavedian A, Evaluación de la calidad de la atención médica, Rev Calidad Asistencial2001; 16:S11-S27
31. Donavedian A, La Calidad de la Atención Médica, Rev Calidad Asistencial 2001; 16:529-538.
32. Donabedian A, Wheeler J.R, Wyszewianski L. Calidad, coste y salud: un modelo integrador. Rev Calidad Asistencial 2001; 16:540-552
33. Vivaldi F, Barra E, Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. terapia psicológica 2012, Vol. 30, N°2, 23-29
34. Valdez EA, Román Pérez R, Cubillas Rodríguez MJ, Análisis de la oferta de servicios para adultos mayores y sus necesidades manifiestas. Psicología 128 y Salud, Vol. 15, Núm. 1: 127-133, enero-junio de 2005
35. Salcedo-Álvarez RA, Torres-Chirinos M, Zarza-Arizmendi MA. Uso de servicios de salud por adultos mayores y calidad de la atención de enfermería. Rev. CONAMED, Vol.15, Núm. 2, abril-junio, 2010
36. Maldonado Islas G, Fragoso Bernal JS, Orrico Torres SE, Flores Vásquez M, Quiroz Pérez C, Sandoval Priego AA. Tiempo de espera en el primer nivel para la población asegurada por el IMSS. Rev Med IMSS 2002; 40 (5): 421-429
37. Acuna Zavala PD, Adrianzen Rodriguez SB, Almeyda Alvarado KA, Carhuancho Aguilar JR. Evaluación del nivel de satisfacción del adulto mayor entre 60 a 90 años en la consulta ambulatoria del Hospital Edgardo Rebagliati Martins. Rev Horiz Med 2012; 12(3): 20-24
38. Sánchez Islas AL, Satisfacción de los servicios de salud y su relación con la calidad en los hospitales públicos de Ixmiquilpan, Hidalgo. Pachuca, Hidalgo 2005. [Tesis de grado] Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Pachuca, 2005.
39. Alvarez Lauzarique ME, Rosaball MR, Bayarre Veal HD, Almenares Hernández K. Calidad de la atención al adulto mayor en el consultorio del Médico de la Familia. Rev Cubana Med Gen Integr.2014;30(4):388-401

40. Gómez Juanola M, Pérez Carvajal A, Moya Rodríguez M, Reyes Llanes. Satisfacción de los adultos mayores con los servicios de salud en el nivel primario. Rev Cubana Med Gen Integr 2004;20(3)
41. Campos-Navarro R, Afganís-Juárez EN, Torrez D. Calidad de los servicios de medicina familiar según adultos mayores del sureste de la ciudad de México. Archivos en Medicina Familiar, vol. 8, núm. 2, mayo-agosto, 2006, pp. 131-136
42. Seclén-Palacin J, Darras C. Satisfacción de usuarios de los servicios de salud: Factores sociodemográficos y de accesibilidad asociados. Perú, 2000. An Fac Med Lima 2005; 66(2)

XIV. Anexos

ANEXO I

AUTORIZACIÓN PARA USAR Y COMPARTIR SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

TITULO DE LA INVESTIGACIÓN:

“Percepción de los adultos mayores sobre la calidad en la atención de los servicios de salud recibida en el Establecimiento de Salud Dr. Alonso Suazo, Región Sanitaria Metropolitana del Distrito Central, Francisco Morazán. Marzo – abril de 2017”

DESCRIPCIÓN:

Usted ha sido invitado(a) a participar en una investigación sobre la calidad de atención recibida por el adulto mayor en el Establecimiento de Salud Dr. Alonso Suazo. La investigación es realizada por la Dra. Karina Silva, estudiante de Maestría de Epidemiología, de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

El propósito de esta investigación es investigar las estrategias que podemos mejorar en los servicios de salud a este grupo de población cuando acude al Establecimiento de Salud u otros en busca de atención, y aplicarlo a la práctica clínica.

Si acepta participar en esta investigación, se le solicitará participar activamente en la entrevista.

CONFIDENCIALIDAD

Todos los datos ofrecidos para este trabajo únicamente serán utilizados con fines de investigación. Todos los datos serán confidenciales, y en todo momento se mantendrá el anonimato, garantizándole su derecho a la intimidad y a la propia imagen.

Solamente Karina Silva y los profesores responsables de la Maestría en Epidemiología, tendrán acceso a los datos que puedan identificar directa o indirectamente a un participante, incluyendo esta hoja de consentimiento.

DERECHOS

Si ha leído este documento y ha decidido participar, por favor entienda que su participación es completamente voluntaria y que usted tiene derecho a abstenerse de participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin ninguna penalidad. También tienen derecho a no contestar alguna pregunta en particular. Además, tiene derecho a recibir una copia de este documento.

Su firma en este documento significa que ha decidido participar después de haber leído y discutido la información presentada en esta hoja de consentimiento.

Nombre del participante: _____

Firma _____ Fecha _____

He discutido el contenido de esta hoja de consentimiento con el arriba firmante.

Nombre del investigador: _____

Firma _____ Fecha _____

Anexo II

CUESTIONARIO

Léale al encuestado (a) lo siguiente: Queremos conocer su opinión sobre la atención que recibió. Solo le tomará unos minutos. Sus respuestas nos ayudarán a mejorar la calidad del servicio, por eso es importante que nos responda. Para cada pregunta hay varias opciones de respuesta y Usted debe contestar con la opción que se adapte a su opinión. Sus respuestas son confidenciales así que le agradeceremos su sinceridad.

ENCUESTA N°: _____

FECHA DE ENCUESTA _____

NOMBRE DEL ENCUESTADOR _____

Usted fue atendido(a) en la consulta por:

a. Medico General

c. Dermatologo

d. Ginecologo

e. Medicina Interna

g. Otros _____

Nombre del paciente _____

Edad: Años cumplidos _____

Sexo del paciente: Hombre: _____ Mujer: _____

Estado civil: Soltero _____ Casado _____ Unión libre _____ Divorciado _____ Viudo _____

Ocupación del paciente: Desempleado _____ Jubilado _____ Pensionado _____ Otros _____

Residencia:

Departamento _____ Municipio _____

Colonia _____ Barrio _____

Años de educación cursados: _____

Desde que llego a consulta y hasta ahorita que va saliendo, cuánto tiempo tardó: _____ hora

1. Para obtener un cupo (cita) Usted considera que fue:

a) Muy fácil

b) Fácil

c) Difícil

d) Muy difícil

2. Cuantas veces intento obtener cita para esta consulta:
 - a) A la primera vez
 - b) A la segunda vez
 - c) A la tercera vez
 - d) A la cuarta vez y mas

3. El tiempo de espera para la consulta médica que le pareció:
 - a) Muy adecuado
 - b) Adecuado
 - c) Prolongado
 - d) Muy prolongado

4. El médico o médica lo evaluó minuciosamente:
 - a) Totalmente de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) En desacuerdo
 - d) Totalmente en desacuerdo

5. El tiempo que le dedicó el médico o médica fue adecuado:
 - a) Totalmente de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) En desacuerdo
 - d) Totalmente en desacuerdo

6. Tiene plena confianza y seguridad en el médico o médica que lo atendió:
 - a) Totalmente de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) En desacuerdo
 - d) Totalmente en desacuerdo

7. Con la explicación que se le dio acerca de su enfermedad usted está:
 - a) Muy satisfecho
 - b) Satisfecho
 - c) Insatisfecho
 - d) Muy insatisfecho

8. El tiempo de la atención desde su ingreso hasta su salida del establecimiento le pareció:
 - a) Muy adecuado
 - b) Adecuado
 - c) Prolongado
 - d) Muy prolongado

9. El horario de atención es:
- a) Muy adecuado
 - b) Adecuado
 - c) Inadecuado
 - d) Muy inadecuado
10. La higiene del establecimiento de salud es:
- a) Muy buena
 - b) Buena
 - c) Mala
 - d) Muy mala
11. El lugar de espera lo considera confortable:
- a) Totalmente de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) En desacuerdo
 - d) Totalmente en desacuerdo
12. La ventilación del establecimiento de salud es:
- a) Muy buena
 - b) Buena
 - c) Mala
 - d) Muy mala
13. La iluminación del establecimiento de salud es:
- a) Muy buena
 - b) Buena
 - c) Mala
 - d) Muy mala
14. La calidad de los medicamentos que se le entregaron es:
- a) Muy buena
 - b) Buena
 - c) Mala
 - d) Muy mala
15. la información que recibió sobre los medicamentos de parte de farmacia fue:
- a) Muy buena
 - b) Buena
 - c) Mala
 - d) Muy mala

16. El tiempo de espera en farmacia para obtener sus medicamentos fue:
- a) Muy adecuado
 - b) Adecuado
 - c) Inadecuado
 - d) Muy inadecuado
17. Tiene confianza en los resultados del laboratorio cuando se le han indicado:
- a) Totalmente de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) En desacuerdo
 - d) Totalmente en desacuerdo
18. Le han entregado los resultados de laboratorio en un tiempo adecuado:
- a) Totalmente de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) En desacuerdo
 - d) Totalmente en desacuerdo
19. Todos los medicamentos que le indicó el médico o médica se los entregaron en la farmacia:
- a) Totalmente de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) En desacuerdo
 - d) Totalmente en desacuerdo
20. Cuando el médico o médica le han indicado exámenes de laboratorio se los han realizado todos en el establecimiento de salud:
- a) Totalmente de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) En desacuerdo
 - d) Totalmente en desacuerdo
21. El trato por parte del personal de salud fue:
- a) Muy buena
 - b) Buena
 - c) Mala
 - d) Muy mala
22. El trato por parte del personal de archivo o admisión fue:
- a) Muy buena
 - b) Buena
 - c) Mala
 - d) Muy mala

23. El trato por parte del personal de enfermería fue:
- a) Muy buena
 - b) Buena
 - c) Mala
 - d) Muy mala
24. El trato por parte del personal laboratorio fue:
- a) Muy buena
 - b) Buena
 - c) Mala
 - d) Muy mala
25. El trato por parte del personal de farmacia fue:
- a) Muy buena
 - b) Buena
 - c) Mala
 - d) Muy mala
26. El trato por parte del personal de caja fue:
- a) Muy buena
 - b) Buena
 - c) Mala
 - d) Muy mala
27. La cantidad de dinero que usted gastó para esta atención médica la considera:
- a) Muy adecuado
 - b) Adecuado
 - c) Inadecuado
 - d) Muy inadecuado
28. Tiene confianza en que recuperara la salud:
- a) Totalmente de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) En desacuerdo
 - d) Totalmente en desacuerdo
29. En general como califica la calidad de la atención recibida en el establecimiento:
- a) Muy buena
 - b) Buena
 - c) Mala
 - d) Muy mala

30. En general cuan satisfecho se siente con la atención recibida:

- a) Muy satisfecho
- b) Satisfecho
- c) Insatisfecho
- d) Muy insatisfecho

¡Muchas Gracias por su colaboración!!

Anexo III



OFICIO No. 025 – GNDI-HE/IHSS - 2017

Tegucigalpa MDC, 4 de abril, 2017

Doctora
KARINA SILVA DE LA LLANA
Maestría de Epidemiología
Universidad Nacional Autónoma de Honduras
UNAH

Estimadas Doctora Silva:

Por medio de la presente le notifico, que el Protocolo de estudio **“Percepción de los Adultos mayores sobre la calidad de atención de los servicios de salud recibida en el establecimiento de salud Dr. Alonso Suazo, Región Sanitaria Metropolitana del Distrito Central, Francisco Morazán. Marzo-abril del 2017.”** ha sido **aprobado** por el Comité de Bioética y por la Gerencia de Docencia, así mismo le solicitamos nos mantengan informados de los avances del estudio.

Adjunto acta recibida por el Comité de Bioética.

Atentamente,

DRA. LUCÍA ANGELICA SARMIENTO
GERENTE NACIONAL DOCENCIA E INVESTIGACION IHSS
Docencia.investigacion2012@gmail.com

GERENCIA DE DOCENCIA E INVESTIGACION HE, EXT.: 5176
docencia.investigacion2012@gmail.com

Anexo IV



COMITÉ DE BIOETICA, HDE.

ACTA 68 CB-HE 31 de Marzo del 2017

*PARA : Gerente de Docencia e Investigación
Dra. Lucía Sarmiento*

DE: Comité de Bioética

ASUNTO: Protocolo de Investigación

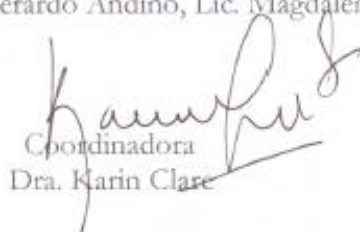
Cordialmente estamos comunicándole a usted , que los integrantes del Comité de Bioética, se reunieron, revisaron y se discutió el protocolo de investigación:

“ Percepción de los Adultos mayores sobre la calidad en la atención de los servicios de salud recibida en el Establecimiento de salud Dr. Alonso Suazo, Región Sanitaria Metropolitana del Distrito Central, Francisco Morazán. Marzo-abril del 2017 ”

1.- Se acepta y debe agregar la institución de revisión de la parte ética.

Integrantes:

Dra. Karin Clare, Dr. Gaspar Rodríguez, Dra. Helga Codina, Lic. Enrique Álvarez
Lic. Gerardo Andino, Lic. Magdalena Escobar.


Coordinadora
Dra. Karin Clare


Lic. Gerardo Andino

cc Director Médico
cc archivo

Dra. Dinna Rojas