



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA**

**MAESTRIA EN ADMINISTRACIÓN DE SEVICIOS DE SALUD CON
MENCIÓN EN GERENCIA DE HOSPITALES 2009-2010**

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAESTRA EN ADMINISTRACIÓN DE
SERVICIOS DE SALUD CON MENCIÓN EN GERENCIA DE HOSPITALES

**“Calidad de Atención Domiciliaria en Salud del Adulto Mayor
en el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS). Centro
de Atención Integral del Adulto Mayor (CAIAM) Enero-Marzo
2010”**

AUTORA:
Lic. Ofelia Castellanos Ochoa

TUTOR:
MsC. Manuel Martínez

OCOTAL-NUEVA SEGOVIA

NICARAGUA, C.A

Enero 2011

Indice

Agradecimiento.....	i
Dedicatoria.....	ii
Resumen.....	iii
I. Introducción	1
II. Antecedentes	3
III. Justificación	4
IV. Descripción del Problema	7
V. Objetivos	8
VI. Marco Teórico	9
VII. Diseño Metodológico	32
VIII. Resultados	36
IX. Discusión y Análisis	40
X. Conclusiones	45
XI. Recomendaciones	46
XII. Bibliografía	47
XIII. Anexos	

Agradecimiento

Al concluir un reto tan importante en mi vida, agradezco sobre todas las cosas a mi padre celestial Dios, que en todo tiempo me ha sostenido, dándome sabiduría para lograrlo, a mis amados: Esposo Pedro Méndez Marín, mis hijos Fernando Enrique, Pedro Josué y Sarahí Méndez por su gran comprensión y apoyo solidario.

A mis maestros del CIES por sus valiosos conocimientos transmitidos en pro de mi superación, a mi padre Arturo Castellanos, mi suegra Eva Marín, mi hermana Eleonor, Lucía y a mi hermano Luis, familiares que en todo tiempo me alentaron para que continuara.

A mis compañeros de estudio Martha, Gloria, Norma y Sagrario por su compañía y tolerancia para conmigo. A mis queridas amigas Janeth Alvarez, Sandra Pineda, que son motores que impulsan el progreso.

A mis compañeros de trabajo del CAIAM, Dr. Angel Antonio Pineda Madrid por su enorme calidad humana, al personal de enfermería que a diario trabaja conmigo como un gran equipo, cumpliendo la noble misión de servicio.

A las autoridades de Enfermería, por concederme permiso, como Adelaida, Haydeé, Nuzzly, Belinda, Marina, Sergia, muchas gracias.

Al resto de mis compañeros de estudio con los cuales pasé muy buenos momentos y jamás olvidaré.

Dedicatoria

Al concluir uno de los mayores logros de mi vida con mucho agradecimiento, dedico este esfuerzo sobre todas las cosas a mi padre eterno "DIOS" fortaleza mía.

A mis maestros del CIES que con tanto acierto y sabiduría nos imparten sus conocimientos en pro de nuestra superación.

Al Lic. Manuel Martínez; maestro guía, gracias.

A mi maestro de Bioestadística Dr. Pablo Cuadra. Que mediante la transmisión de sus conocimientos en forma tan explícita, logra externar claramente de forma tan explícita los objetivos académicos propuestos que son de tanto beneficio en la utilización cotidiana de nuestro quehacer.

A mi familia. Que en todo momento me han apoyado incondicionalmente.

Les amo a todos.

Resumen

Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo y transversal llevado a cabo en 55 pacientes clasificados como adulto mayor según protocolo de Atención del Adulto Mayor del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) durante el período de Marzo 2010 y llevado a cabo dentro del Programa de Atención Domiciliaria del Adulto Mayor del IHSS. Describir la percepción de calidad de atención en salud del adulto mayor incluido en el programa de atención domiciliaria del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) durante el período de Enero-Marzo 2010. Estudio prospectivo, descriptivo y transversal llevado a cabo en 55 pacientes incluidos en el Programa de Atención del Adulto Mayor del IHSS mediante aplicación de instrumento de recopilación de información mediante entrevista directa por parte de uno de los investigadores. Se valoró sociodemografía, características clínicas y variables de percepción de calidad de atención por parte del paciente. Se discriminaron las variables asociadas a satisfacción referida por el paciente (SPSS 15.0, SPSS Inc.). Sociodemográficamente el grupo estudiado mostró características similares a otros reportes, clínicamente predominaron enfermedades crónicas a diferencia de lo reportado en otros estudios de primer mundo que citan fractura de cadera. Entre los parámetros calificados de calidad de vida se encontraron hábitos negativos como no ejercitarse, prevalencia alta de hábitos negativos (tabaquismo, alcoholismo, café, etc.). El total de casos incluidos reporta satisfacción con el servicio y el 90% reporta impacto positivo en su situación de salud. Se identificaron variables que explican el 86.5% de la varianza asociada a la variable satisfacción, las preguntas que más contribuyeron a satisfacción identificadas fueron: a. Falta de insumos, problemas administrativos para resolver situaciones específicas de salud referidas por el paciente (36%); b. tratamiento farmacológico incompleto/completo (28.7%), transporte especializado para el hospital en situaciones específicas de morbilidad aguda o similar y ahorro percibido en costos de consulta y tratamiento (21.7%). El programa de atención domiciliaria obtiene buenos resultados respecto a la percepción por parte del paciente de la calidad de atención suministrada, aunque esta podría ser mejorada en diversos aspectos, tales como suministro de medicamentos y la implementación de un servicio/programa de transporte especializado para el paciente que debe acudir a citas presenciales al hospital y que tiene patologías importantes que limitan la movilidad. La implementación de mejoras en el suministro en equipamiento de insumos al equipo médico de atención domiciliaria y de medicamentos para el paciente, además de la programación de un servicio de transporte especializado para el adulto mayor, especialmente el de 84-95 años que a juicio de los autores podría incrementar de forma notable a la percepción de calidad de atención proporcionada por dicho programa en el adulto mayor incluido en el mismo; y de forma indirecta incrementar la calidad de vida de este y del cuidador. Realizar estudios institucionales de identificación inicial y monitoreo de fragilidad del adulto mayor, así como validar e implementar los índices de calidad de vida e independencia funcional, así como socializar la aplicación práctica de dichos índice y familiarizar al personal, así como incrementar los conocimientos, actitudes y prácticas para la identificación temprana de índices cognoscitivos y estrés emocional.

I.Introducción

La satisfacción es el grado de aceptación y conformidad con los aspectos interpersonales y no interpersonales de la atención, de acuerdo a expectativas propias; es la percepción sobre la cobertura de necesidades personales en entornos humanos y materiales específicos de acuerdo a la evaluación subjetiva de sus propiedades y características. En consecuencia la gestión de la calidad total se centran en el usuario, mediante estrategias sistemáticas para analizar y mejorar resultados que incluyen su punto de vista. El propósito de estas estrategias es el de recoger la percepción personal sobre el entorno y la atención contra la integración de ambos aspectos lo que permite consolidar una herramienta multidimensional, plausible de recoger experiencias subjetivas y condiciones objetivas (1).

El envejecimiento de la población es uno de los mayores logros de la humanidad, sin embargo el envejecimiento y las enfermedades relacionadas con la edad suponen también un desafío creciente para las personas, para los sistemas de asistencia sanitaria y para las ciencias de salud pública, biológicas, psicosociales, epidemiológica y médicas; con múltiples líneas de investigación alrededor de la comprensión del envejecimiento y los retos que se deberán afrontar en el siglo XXI (2). La geriatría está incluida dentro del concepto de gerontología clínica, que a su vez está comprendida dentro de la gerontología, y se ocupa en primera instancia de la globalidad del envejecimiento normal (2). Correlacionándose de forma íntima, se encuentra otro cuerpo de conocimiento que está en constante desarrollo a nivel institucional, hospitalario y comunitario; como es la investigación alrededor de la calidad de atención percibida por el paciente, en sus aspectos esenciales como son accesibilidad, estructura y proceso. Al conjugar ambos cuerpos de conocimiento se obtiene un programa de atención domiciliaria en salud para el adulto mayor que puede mejorar y evoluciona rápidamente para lograr el objetivo principal, que es mejorar la calidad de vida de estos pacientes seleccionados. Para obtener la información que vendrá a llenar el vacío existente en la literatura nacional e institucional, los autores tuvieron como propósito implementar un estudio transversal, descriptivo y prospectivo con el

objetivo de describir los principales aspectos de la calidad de atención en salud como son accesibilidad, estructura y proceso en el paciente geriátrico incluido en el programa de visita domiciliaria del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) durante el período del Enero-Marzo 2010, para así iniciar esta línea de investigación que permita mejorar la calidad de vida de estos pacientes y de incrementar el nivel de costo-beneficio institucional a partir de las recomendaciones de los autores y basadas en los hallazgos realizados al final de este trabajo.

II. Antecedentes

En las décadas anteriores, se ha conformado un grupo de instituciones de atención del individuo mayor de 60 años de edad reconocidos asilos o residencias geriátricas públicas o privadas, iniciándose hasta el año 2003 el primer esfuerzo institucional dirigido al público mayor de 60 años materializado en la Clínica de Atención Integral de Adultos Mayores (CAIAM) entre los afiliados al Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), ubicándose la sede del programa en el centro de atención IHSS del Barrio Abajo en Tegucigalpa, Honduras. Éste programa inicia como un equipo multidisciplinario encabezado por el geriatra Dr. Angel Pineda Madrid. El subgrupo clínico objetivo inicial es el del paciente geriátrico que no puede ya transportarse físicamente al servicio de consulta externa geriátrica de la institución; iniciándose el programa de visita domiciliaria en el año 2004 en pacientes seleccionados de acuerdo al grado de fragilidad que presentaban estos mismos; constituyéndose esta institución en pionera en la implementación de programas de este tipo dirigidos al servicio comunitario.

III. Justificación

En Honduras en este momento la población de personas mayores de 65 años es aproximadamente de más de un cuarto de millón de individuos, es decir el 3.8% de la población total, que está lejos aún del 19% de algunos países europeos como España¹; sin embargo la tendencia es ascendente, por lo que es imperativo iniciar líneas de investigación e inversión en personal y material dirigida a este grupo de edad, especialmente en el campo de la investigación dirigida a la prevención de morbilidad en este grupo poblacional, que la experiencia en países del primer mundo indica que inducen un alto porcentaje del costo de atención en salud a la población general, a menos que se implementen programas de atención preventiva de mejoramiento de la calidad de vida del paciente geriátrico seleccionado de acuerdo a criterios ya reconocidos como útiles en estudios dirigidos a la prevención y de costo-beneficio en atención comunitaria.

¹ Estadísticas Vitales del Mundo, Regiones y Países. www.indexmundi.com

IV. Descripción del problema

La geriatría es una especialización relativamente reciente, con poco menos de un siglo de existencia, cuyo desarrollo ha ido aparejado de acuerdo a la evolución demográfica de la sociedad según su nivel socioeconómico, así por ejemplo su origen moderno es en países en la etapa post-revolución industrial, como Estados Unidos de América y el Reino Unido; el desarrollo de la especialidad se ramifica con el tiempo en varias líneas, una de éstas es el de la prevención y mejoría de la calidad de atención del paciente a nivel domiciliario; en donde la atención masificada no se ha encontrado como estrategia de impacto; identificándose el mejor impacto sobre la morbilidad, sobrevida y calidad de atención en salud en el subgrupo de pacientes clasificados como frágiles o que son susceptibles a importante morbilidad y reingreso hospitalario frecuentes por enfermedades crónicas que limitan de forma importante la funcionalidad del paciente, que afecta todos los aspectos de la vida del mismo(2, 3).

Lo anterior ha llevado a que los programas de atención domiciliaria al paciente geriátrico se intersecten con los programas de salud familiar comunitaria, con los que comparten muchos puntos metodológicos y programáticos en común. El envejecimiento de la población mundial según fuentes institucionales implica que actualmente hasta julio 2010 había poco más de 514 millones de personas mayores de 65 años en el planeta; la mayor parte de éstos en los países del primer mundo²; con tendencia incremental de acuerdo al aumento en el nivel socioeconómico de las sociedades o regiones del globo, por lo que tarde o temprano a todos los sistemas públicos de salud o privados les llega el momento de considerar y planificar a futuro de forma cuidadosa en base a la experiencia de otros países o instituciones, la administración de la atención en salud a este subgrupo demográfico. Honduras no es la excepción, con poco más de un cuarto de millón de personas mayores de 65 años en este momento, de los cuales sólo una fracción dispone de servicios de seguridad social y atención médica adecuada, presentarán mayor morbilidad y mayor dificultad desde tratamiento debido a la falta de medidas de prevención. Los programas de

² Estadísticas Vitales del Mundo, Regiones y Países. www.indexmundi.com.

atención domiciliaria en pacientes seleccionados han demostrado alrededor del planeta la mejor eficacia en la prevención de recurrencias hospitalarias u hospitalizaciones agudas en las personas mayores de 65 años. Uno de los obstáculos para la implementación de medidas de prevención, es que en cada región país o sociedad, debe iniciarse el estudio de la realidad propia de cada uno de estos, respecto a la implementación de programas de atención domiciliaria, para así realizar los ajustes necesarios e incrementar la eficacia del mismo.

En el IHSS se inicia formalmente el programa de visitas domiciliarias del adulto mayor en el año 2004, integrándose este mismo programa al concepto institucional de salud familiar implementada en el año 2006, sin embargo, no hay investigación alrededor de los parámetros de percepción de calidad de atención respecto a estos programas, considerando los autores que es esencial contar con parámetros probados y validados en el contexto institucional para poder diseñar e implementar estrategias dirigidas a incrementar la calidad de la atención y la eficacia de dichos programas en relación a los costos de atención. Igualmente, y de forma paralela, se incluye forzosamente los aspectos de calidad de atención en sus apartados más importante descrito por la literatura, tal como son la accesibilidad, estructura y proceso del paciente atendido por el sistema de salud, que han sido definidos previamente por diversos autores en el ámbito hospitalario y comunitario. Para lograr lo anterior como propósito suministrar la información sobre la calidad de atención percibida por el paciente adulto mayor seleccionado para ser incluido en el programa de visita domiciliaria del adulto mayor del IHSS, iniciando esta línea de investigación que dará paso a otros estudios dirigidos a mejorar la calidad de vida de las personas mayores de 60 años con necesidades especiales de atención domiciliaria en salud.

Planteamiento del Problema

De acuerdo los elementos antes mencionados, nos hacemos las siguientes preguntas:

¿Como es la percepción de la calidad de atención del adulto mayor de 60 años incluido en el programa de visita domiciliaria para atención en salud del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) durante el período de Enero-Marzo 2010?

Preguntas específicas

1. ¿Cuáles son las características socio demográficas de los pacientes mayores de 60 años incluidos en el programa de visita domiciliaria para atención en salud?
2. ¿Cuáles son las características clínicas encontradas en estos pacientes?
3. ¿Cuáles son las características que muestran estos pacientes respecto a los parámetros básicos de calidad de vida descritos en la literatura?
4. ¿Qué porcentaje de pacientes consideran que el programa cubre todas las necesidades de tratamiento?
5. ¿Cuáles son las características de los aspectos de accesibilidad, estructura y proceso referidos por el paciente adulto mayor incluido en el estudio?
6. ¿Qué porcentaje de pacientes se declararon satisfechos con el impacto que ha tenido en su situación en salud del programa de atención domiciliaria?

V. Objetivos

Objetivo general

Describir la percepción de calidad de atención en salud del adulto mayor incluido en el programa de atención domiciliaria del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) durante el período de Enero-Marzo 2010.

Objetivos específicos

1. Caracterizar sociodemográficamente los pacientes incluidos en el estudio.
2. Describir las características clínicas de estos pacientes.
3. Enumerar los principales parámetros asociados a calidad de vida encontrados en estos pacientes.
4. Determinar el porcentaje de pacientes geriátricos que consideran que el programa cubre las necesidades de atención médica.
5. Describir las características que asumen los aspectos de accesibilidad, estructura y proceso referidos por el paciente adulto mayor incluido en este programa.
6. Determinar el porcentaje de casos que refieren satisfacción con la atención suministrada por el programa de atención domiciliaria del adulto mayor.

VI. Marco Teórico

Definición

La etimología de la palabra *geriátría* procede del griego *geros*= Viejo y *iatrikus*= médico; y significa comprender a la parte de la medicina dedicada al estudio, diagnóstico, tratamiento, prevención, rehabilitación y administración de cuidados paliativos de las enfermedades que afectan a los ancianos., agregándose recientemente el concepto de que es una nueva especialidad médica dedicada al cuidado y tratamiento de los ancianos(3).

Antecedentes históricos

Aunque desde la antigüedad prominentes médicos como Hipócrates, Galeno, Harvey, Charcot y Osler ya hacían referencias sobre las peculiaridades de la vejez y sus enfermedades, no fue hasta 1907 que el profesor Ilya Metchnikoff premio Nobel de 1908, hace surgir esta disciplina especialmente en el estudio de los problemas del envejecimiento; llamada gerontología, del griego *geronto*=anciano y *logos*= tratado; es decir el estudio del envejecimiento y los fenómenos que lo caracterizan, causas, efectos y repercusiones en el ser humano. Este mismo autor en 1914 publica el primer libro de texto *Geriatrics: The Diseases of Old Age and Their Treatment*, creando la doctora Marjory Warren en 1930 las unidades de evaluación geriátrica para enfermos crónicos en el hospital West Middlesex en el Reino Unido; publicando en 1946 el libro clásico *Care of the Chronic Aged Sick* donde señala el inadecuado cuidado, la poca atención y el escaso tratamiento que recibían los ancianos crónicamente enfermos en el Reino Unido, reconociéndose la geriátría en el Reino Unido como una especialidad en esos años(3).

En Estados Unidos de América, la influencia de la nueva especialidad se inicia en 1942 conformándose como la Sociedad Americana de Geriátría, con aprobación de fondos por parte del gobierno y conformación en 1987 del Comité de consenso de los Institutos Nacionales de Salud para definir el proceso y las metas de la evaluación geriátrica para el sistema de salud norteamericano (3).

En Latinoamérica, el Doctor Manuel Peynó en 1957 en México promueve y representa

ha dicho país en el primer Congreso panamericano de gerontología, aunque es hasta los años 70 cuando realmente cobra importancia el tema del envejecimiento al percibir la transición poblacional producto del incremento en la esperanza de vida, disminución de mortalidad infantil de reducción en la tasa de natalidad, que en la siguiente década se materialice dicho esfuerzo en la Sociedad de Gerontología de México y el Instituto Nacional de Senectud y pasando en la siguiente década a la implementación de programas de residencias públicas y privadas reconocidas como asilos con servicios básicos de alimentación y alojamiento aunque sin servicios médicos de verdadera atención geriátrica (3).

Epidemiología del envejecimiento

En 1975 en el planeta había 350 millones de adultos mayores, pasando a 600 millones en el 2000 y 1100 millones en el 2025, que será casi un sexto de la población esperada para ese momento, lo que deja clara la necesidad de progresión y adaptación de los sistemas de salud(4). En los Estados Unidos de América se espera que el 20% de la población total en el año 2030 tengan más de 65 años, lo que incrementará la necesidad de personal sanitario en 35% para este año (5).

En España por ejemplo, actualmente el 17% de la población tiene más de 65 años, previéndose que para el 2020 será poco más del 19% de la población, estimando el gobierno que 3 millones de personas superarán los 80 años en dicho año; induciendo el 70% del gasto farmacéutico, 40% de las consultas de atención primaria y del 40 al 50% de las estancias hospitalarias, lo que ha estimulado además el crecimiento del concepto de hospitalización a domicilio, debido a lo exigido que está el sistema público de salud (6).

Programas de atención domiciliaria al paciente geriátrico seleccionado

La Asociación Médica Americana ha definido el cuidado domiciliar como la provisión de servicios o equipos al paciente en el hogar, con el propósito de restaurar y mantener a su máximo nivel de bienestar, función y salud mediante la oferta de un equipo interdisciplinario y apoyo logístico/económico (7). Se ha reportado que aproximadamente el 12% de los mayores de 65 años viven en la comunidad con

enfermedades crónicas e incapacidad, y además 5% vive como paciente institucionalizado con enfermedad crónica o incapacidad; los cuidados de salud domiciliarios (CSD) ofrecen una amplia variedad de servicios y programas, constituyendo un grupo heterogéneo que cubren distintas necesidades; algunos pacientes requieren estabilización durante un breve plazo tras un episodio agudo, otro pequeño grupo necesita servicios de alta tecnología en el domicilio, que antes sólo podían proporcionarse en el hospital, pero la mayor parte de los pacientes presenta deterioro funcional crónico que precisan cuidados durante mucho tiempo para evitar mayor deterioro funcional, úlceras por presión, evitar hospitalizaciones innecesarias o el deterioro de la calidad de vida del paciente con satisfacción, con más cuidados y preparar el ingreso del paciente cuando es necesario. Los estudios iniciales realizados en los años 1970 y 1980 demuestran que en casi todos los casos no aumentaba la supervivencia y aumentaba el deterioro, algunos estudios observaban reducción en las necesidades no satisfechas y pocos mejoraban la satisfacción de la vida del paciente o el cuidado. Sólo algunos encontraban una disminución en la utilización de residencias en hospitales, y estas disminuciones fueron pequeñas, con unos mayores costes de la intervención, además no hubo evidencia de que los programas de cuidados a domicilio fueran sustitutos de los cuidados en el hospital o en residencia. Posteriormente se utilizaron metodologías más apropiadas y más dirigidas a poblaciones de riesgo que sí han mostrado resultados prometedores, y se ha realizado una serie de propuestas para mejorar su eficacia y controlar los costos, algunos de estos aspectos y recomendaciones comprendidos dentro de los siguientes ítems (3):

1. Necesidad de coordinación e integración de los servicios.
2. Selección del grupo de pacientes que más se benefician de la intervención.
3. Cualificación y formación del equipo sanitario que proporcionan cuidados.
4. Prevención de la hospitalización innecesaria, lo que requiere una planificación adecuada y servicios específicamente diseñados.
5. Control de los costos de la intervención.

Los principales obstáculos encontrados para el desarrollo de sistemas de cuidado

domiciliario en la comunidad pueden ser los descritos a continuación (3):

1. La transferencia entre los distintos niveles, comunidad, hospitales y residencias, entendida de una forma bidireccional, es decir que debe ser más estrecha y mejor planeada, con servicios más flexibles y mejor adaptados a las necesidades de los individuos.
2. Concentración de los hospitales como componentes críticos de la perpetuidad discontinuados.
3. La atención primaria es la base lógica del cuidado que los pacientes a su domicilio. Sin embargo se corre el riesgo de colocar temas en la responsabilidad sobre ella, dada la complejidad de los pacientes y sus necesidades (por la interrelación de cambios fisiológicos del envejecimiento, varias enfermedades crónicas y la presencia de incapacidad son, en la actualidad, los pacientes más complejos que manejan la medicina).
4. Concentración y coordinación de los distintos tipos de servicios.
5. Se requiere una amplia gama de servicios de transporte.
6. La memoria del sistema debe cubrir las necesidades de los pacientes y las de los que proporcionan los cuidados y las instituciones.

Otra dificultad importante es que no hay sistemas de filtro, que discriminen adecuadamente cuando un paciente debe o puede ser atendido de forma domiciliaria o debe ser ingresado en una residencia para ancianos, según la exigencia de los cuidados que necesita el paciente, o en su defecto ser institucionalizado, encontrándose que las tasas de ubicación inadecuada del anciano en residencias oscila entre 25-75% de los casos (3).

Programas de atención en residencias geriátricas

Está bien documentado que los cuidados de salud en las residencias son con frecuencia inadecuados, así por ejemplo las visitas del médico son cortas y superficiales, con escasa documentación en la historia clínica, infradiagnosticándose condiciones tratables, sobre utilización de psicofármacos (con elevada tasa de prescripción de tranquilizantes mayores y baja utilización de antidepresivos) y

utilización inadecuado de los servicios de urgencia y hospitalizaciones que podrían haber sido prevenidas mediante la valoración especializada y el tratamiento previo. Se ha comunicado que los principales obstáculos para la mejoría de los cuidados en residencias geriátricas son (3):

1. Escasa preparación del personal auxiliar, que es el que presta el 90% los cuidados.
2. Alto recambio del personal de la residencia.
3. No hay estándares basados en la evidencia de proporción personal-residente.
4. El personal encargado de la supervisión como es el personal de enfermería y médicos con frecuencia carecen del entrenamiento, la habilidad y que el tiempo necesario para promover un cambio significativo.
5. Poca disponibilidad de tiempo por parte de la enfermería para proporcionar los cuidados directos al paciente.
6. Aunque los servicios de rehabilitación y terapia ocupacional y recreacional pueden mejorar la calidad de vida de los residentes, los pocos datos existentes muestran que las terapias tienen una eficacia limitada.
7. Ausencia de buenos sistemas de información y de guías de práctica clínica.
8. Pérdida de incentivos para la investigación en programas que mejoren la calidad de los cuidados.

Algunas estrategias dirigidas a mejorar los cuidados de salud en la atención geriátrica propuestos por algunos autores son (3):

1. Considerar y adaptar los objetivos de los cuidados e individualizarlos a la situación de cada residente.
2. Utilización sistemática de medidas de calidad y prevención para personas dependientes.
3. Valoración global estandarizada y adecuada periódica de la capacidad funcional del adulto mayor, en este sentido hay instrumentos ampliamente validados y difundidos.
4. Guías y medidas de auditoría del programa como las contenidas en documentos publicados por el Colegio Real de Médicos de Londres y la

Sociedad Geriátrica Británica.

5. Regulación de cuidados residenciales como ocurre en Estados Unidos de América con el documento OBRA87; Nursing Home Reforms Amendments of the Omnibus Budget Reconciliation Act de 1987 (3).

La aplicación de la mayor parte de estas medidas tiene efectos importantes sobre la calidad de vida, función e integridad del paciente geriátrico atendido a domicilio, tal como lo demuestran diversos reportes, que puntualizan sobre todo los beneficios de la residencia domiciliaria del paciente y las ventajas sobre el aspecto nutricional que contribuye de forma importante a la sobrevivencia de estos pacientes(8).

Generalidades de la Calidad de Atención

Calidad, es una palabra que se deriva del latín *Qualitatem*, la cual significa tributo o propiedad que distingue a las personas a los bienes y a los servicios; esta distinción significa nivel de excelencia, pero algo excelente no es algo plano, caro y lujoso sino adecuado para su uso. Sin embargo, cualquier conceptualización de la calidad incluye componentes objetivos o subjetivos; por lo que el término calidad es complejo y multidimensional; en el cual se incluye efectividad, eficiencia, calidad científico-técnica, gestión, percepción, expectativas, comunicación, adecuación, coordinación, accesibilidad, disponibilidad, distribución, satisfacción, privacidad, credibilidad, competencia profesional, acreditación, apoyo estructural o seguridad(9-12).

Objetivamente, los productos o servicios deben cumplir o superar las normas de seguridad, funcionamiento adecuado, limpieza y otros aspectos generales de excelencia; denominándose a esto con frecuencia como control de calidad, garantía de calidad o calidad "médica"; y depende principalmente de los puntos de vista de los proveedores(9).

La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud en su evaluación del desempeño del equipo de salud, definen la calidad según Deming "como el resultado integral ligado a determinados procesos de trabajo, en el marco de la producción de servicios sociales" es decir, que la calidad es una condición compleja,

en donde los diferentes componentes y agentes productores de servicios de salud brindan su aporte significativo a un resultado que se está por obtener y que se puede perfeccionar, para dar mayor satisfacción a los que necesitan de esos servicios. La calidad viene a ser entonces el resultado de las formas como se da el proceso de producción de servicios(11).

Mientras, Rioboo la define como “el proceso de identificar, satisfacer y superar las expectativas y necesidades de todos los colectivos humanos relacionados con la empresa u organización y los servicios que proporciona” para este autor existen cinco razones por las cuales es necesaria la calidad en los servicios de salud(11):

1. Ética: Porque la buena atención técnica y humana es la consecuencia de la ética de la profesión
2. Seguridad: Porque el diagnóstico clínico y tratamiento correcto depende la vida y la salud del paciente
3. Eficiencia: Porque se debe obtener el efecto óptimo al menor costo posible
4. Sociopolítica: Porque la misión de los sistemas de salud es contribuir al bienestar de la población a la que sirven, y velar por el correcto uso de los recursos disponibles.
5. Económicas: Porque reduce costos y mejora la productividad y rentabilidad de las actuaciones profesionales.

El proceso de control de calidad se basa en los conceptos de control y calidad; sin embargo el control ha sido enunciado como la acción de atender a que el proceso se practique según lo planeado, implica determinada adopción de normas, menciones y conexiones. Mientras que la calidad es la aptitud de un producto para satisfacer las necesidades de los usuarios, abarca factores relativos a idoneidad, efectividad, aceptabilidad y eficiencia(12).

La calidad total es un sistema de gestión orientado hacia que el paciente reciba una mejora continua en la atención médica; sin embargo la calidad total solo se logra cuando el servicio o prestación llega a satisfacer las necesidades y expectativas del paciente; basándose la calidad total en(12):

- Calidad
- Satisfacción
- Actitud
- Servicio
- Evaluación
- Eficacia
- Cortesía
- Humanismo
- Honestidad
- Puntualidad
- Limpieza
- Materiales del consultorio

También para definir calidad son utilizados algunos términos tales como: “criterios”, “normas” y “estándar”, estos términos actualmente son empleados, pero no corresponden bien con estos componentes, pero podrían ser usados efectivamente si las distinciones básicas son comprendidas, alternativamente, uno podría usar, como correspondan los términos, “elementos”, “parámetros”, y “estándar”. Mientras que los términos “criterios” y “normas” podrían ser redefinidos y ser avalados para ser usados más uniformemente, en el cual “estándar” podría ser más diferenciado de acuerdo al método de valoración, configuración, nivel y flexibilidad.(10)

Tener una mejora en la calidad de atención es una meta que cada vez reviste mayor importancia por una diversidad de razones imperiosas(10). No obstante, una salud pública con calidad implica tener en cuenta las desigualdades en el acceso a actividades preventivas por parte de los ciudadanos; además conlleva tener en cuenta la ética como principio valedero de las actuaciones profesionales. Así como el respeto a la voluntad de los pacientes, la no discriminación de las personas y el utilizar modelos motivacionales frente a los coercitivos o los meramente informativos. Además debe ir ligado a una actuación orientada hacia los ciudadanos, intentando incorporar

una mayor sensibilidad en la atención a sus posibles usuarios, y la importancia de los profesionales que le atienden(9).

Desde la perspectiva del bienestar humano, todos los clientes, no importa cuan pobres sean, se merecen recibir un trato cortés, ser informados correctamente, disponer de condiciones médicas seguras y de productos confiables. Asimismo, se ha sostenido que el suministro de este tipo de servicios de calidad conducirá a un mayor uso de los servicios por un mayor número de usuarios más comprometidos(10). Aunque a las personas les cuesta trabajo entender la relación entre la calidad y los sistemas; muchos médicos se esconden tras el alegato de que son buenos clínicos pero el sistema está mal, sin darse cuenta de que ellos son el aspecto clave del sistema, el sistema es responsabilidad de los médicos y de los dirigentes de los hospitales(13, 14).

Finalmente, hay un creciente reconocimiento de que la calidad es ventajosa desde un punto de vista económico. Si el mejoramiento de la calidad conduce a una mayor demanda de servicios, esto tendría un efecto positivo neto sobre los ingresos. Si bien introducir algunas mejoras de calidad puede resultar costoso y por lo tanto podría no parecer viable en un momento en que disminuyen los aportes, muchas otras mejoras (tales como ofrecer una atención más cortés) pueden ser implementadas a muy poco o ningún costo. A la inversa, no mejorar el nivel de calidad puede resultar más costoso que la mayoría de las mejoras de servicio, según se ha sostenido en publicaciones relacionadas con la temática de la administración total de calidad y satisfacción de clientes de empresas del sector privado. Esto es probablemente igual para el caso de las entidades prestadoras de servicios de salud, sin fines de lucro, por lo menos en aquellas en que los clientes paguen una porción de los servicios recibidos(10).

Antecedentes en Calidad de Atención en Salud

Desde hace mucho tiempo la mayoría de los esfuerzos están encaminados en mejorar la calidad de atención médica(10). Sin embargo, fue el médico Avedis Donabedian quién es conocido fundador del estudio de la calidad de la atención a la salud y especialmente por sus “Siete Pilares de la Calidad”; Donabedian estudió medicina en

la Universidad Americana de Beirut y en 1953 se traslado a los Estados Unidos para estudiar salud pública en Harvard y en 1961 se convirtió en profesor de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Michigan, en donde desarrollo la parte medular de su trabajo(13, 14). El estudio sobre de la calidad de atención se inicia de un modo estructurado a partir de los trabajos de Donabedian, quien introdujo los conceptos de estructura, proceso y resultado en el ámbito de la Salud Pública, que constituyen hoy día el paradigma dominante de la evaluación de la calidad de atención en la salud; Donabedian establece que “la calidad no debe estar limitada a las competencias técnicas y a al atención superficial del proceso interpersonal”, si no que implica el involucramiento del paciente en su atención en general y el trabajo diligente del proveedor de servicios a fin de llegar a una solución que sea aceptable para el paciente(15).

No obstante, la calidad de atención médica, se convierte en objetivo de estudio extensivo desde la década de los 80´s, en que Judith Bruce establece el “Marco de Bruce”, ofreciendo un punto de referencia excelente para el desarrollo de herramientas de evaluación, basado en elementos centrales de calidad, que potencia el efecto de los trabajos de Donabedian en la comunidad de Salud Pública, ya que este marco concilia los enunciados teóricos de Donabedian con la práctica, dada su flexibilidad, que permite el desarrollo de instrumentos contextualizados de acuerdo al medio donde se desea hacer la evaluación, siendo la percepción de calidad por parte del usuario uno de los elementos(10, 13, 14).

Las bases conceptuales y metodológicas sobre la calidad de la atención, publicadas en los ámbitos nacional e internacional durante los últimos 10 años, se han venido justificando en el modelo desarrollado por Donabedian; en donde el análisis de la calidad se hace a partir de las tres dimensiones propuestas (estructura, proceso y resultado) lo cual 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 que implica que no todos los resultados puedan ser fácil y

exclusivamente imputables a los procesos, y no todos los procesos dependerán directamente de la estructura(16, 17).

Con base en los anterior, se desprende el análisis de la satisfacción de los usuarios, vista como un indicador de la dimensión de resultado, 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). También se puede obtener información sobre aquellas características de los servicios que facilitan u obstaculizan los esfuerzos del usuario para obtener atención (accesibilidad); en ocasiones la accesibilidad se traslapa conceptualmente con la definición de calidad, ya que aquella 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 instituciones(16, 17).

Los tres componentes se encuentran íntimamente relacionados, de manera que una buena estructura aumenta las posibilidades de un buen proceso y un buen proceso incrementa las posibilidades de un buen resultado. Sin embargo, es válido evaluar cada componente en forma independiente y hasta es necesario en algunas circunstancias, como cuando sólo se pretende medir y evaluar la calidad de atención enfocando el proceso, concretamente los aspectos tales como la información que reciben las usuarias y el trato de los proveedores a las usuarias(17).

Sin embargo, la Organización Panamericana de la Salud y Family Health International, han desarrollado otro “Marco ampliado”, en base al “Marco de Bruce”; el cual consta de 8 elementos. Ellos agregan por ejemplo, la disponibilidad de suministros esenciales, que en realidad afecta a la elección del usuario, la accesibilidad y disposición de los servicios de salud(17).

Factores asociados al nivel de satisfacción

Entre los factores asociados al nivel de satisfacción de los servicios de atención está el estudio del trabajo, es decir la técnica y métodos en función de la productividad, de

forma sistemática para obtener una producción mayor a partir de una cantidad de recursos sin invertir más capital(10).

De ahí su gran utilidad, de tal manera que con capacidades medias un sistema puede alcanzar altos niveles de productividad, disminuyendo sistemáticamente el tiempo improductivo, mejorando directamente la calidad de atención(10, 18).

En el nivel de satisfacción algunos factores se relacionan entre si tales como la calidad, el acceso a los servicios, la satisfacción de la usuaria y la sostenibilidad del servicio(10).

El acceso debe ser incluido junto con la calidad de atención como un factor asociado, porque tanto el acceso como la calidad afectan en gran medida la satisfacción de la usuaria. Por ejemplo, los horarios de las clínicas, la ubicación de la clínica, los honorarios y (en cierta medida) el tiempo de espera está probablemente más relacionado con el factor de acceso que con la calidad, aunque todos ellos ciertamente influyen en el nivel de satisfacción del usuario. El acceso determina si el usuario “llega a la puerta” de un proveedor del servicio, en tanto la calidad generalmente es considerada como una serie de condiciones que el usuario enfrenta una vez que se encuentra dentro del servicio(10, 17).

Pero la satisfacción del usuario, y la eventual sostenibilidad del servicio, dependen tanto de la calidad como del acceso. Estos últimos factores generalmente se evalúan como “productos de servicio” de los programas, en tanto que la satisfacción del usuario es clave para que estos usen o continúen usando el servicio, y es esencial para la sostenibilidad a largo plazo.(17)

Entre los factores que más influyen en el nivel de satisfacción del usuario están(19):

- Calidad del producto, servicio o prestación: Sin duda es un factor de peso importante, pero no es el único factor que determina el nivel de satisfacción.
- Honorario justo: Los pacientes cada vez más enfáticamente rechazan los costos de la no calidad y sentencian fuertemente que sean trasladados a los honorarios los costos de las ineficiencias que debe soportar el prestador.

- Servicio en menor tiempo: El tiempo es el factor competitivo de la década de los 90, revistiendo un peso específico tremendo a la hora de tomar la decisión, no obstante haber recibido completamente otros beneficios adicionales, como seguridad, confiabilidad, entre otros.
- Seguridad: Los pacientes asumen como un factor esencial, la solvencia, la seguridad o infunde, no solo la institución, si no también las prestaciones, ello requiere trabajo y esfuerzo continuo e involucra todos los niveles y personalde la institución.
- Mejora continua: El paciente exige hoy y siempre la mejor calidad por la que las instituciones de atención en salud no deben contentarse con la calidad de hoy y quedarse confiados que la competencia de los mercados no mejora la calidad que actualmente brinda. El cliente valora la innovación sistemática y perfeccionamiento constante.
- Calidad y agilidad en la atención post-tratamiento: Las consultas post-tratamiento, comprenden el conjunto de actos y actividades en salud que influyen la satisfacción de los beneficiarios, y que en muchas oportunidades afectan las decisiones de efectuar esos tratamientos.

Es importante diferenciar la calidad de un producto y la de un servicio; la de un producto responde a las características externas del mismo y a su efectividad aislada para un fin determinado; por el contrario la calidad de un servicio reúne una gran cantidad de factores que no pueden disociarse(19).

Evaluación del nivel de satisfacción

La crisis económica que enfrentan los países latinoamericanos ha acentuado las diferencias sociales que caracterizan a estos países capitalistas subdesarrollados; la pobreza continúa incrementándose afectando directamente la salud y el bienestar de la población,⁵ por lo 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(19).

La salud pública basada en la evidencia, es aquella que se basa en investigaciones, en los estudios, en el conocimiento de lo que ocurre, de lo que se hace y de lo que funciona utilizando métodos de investigación cualitativos y cuantitativos(9).

El mayor interés en la calidad de servicios ha sido acompañado por un incremento similar de los esfuerzos por monitorearlos y evaluarlos. Sin embargo, en años recientes, el aspecto subjetivo de la calidad también ha sido reconocido como vital, y las opiniones de los usuarios del servicio especialmente su grado de satisfacción son vistas como esenciales para comprenderlo. Una tendencia similar en el área de evaluación ha incrementado los esfuerzos para medir el aspecto subjetivo de la calidad. Dada la importancia que tiene la satisfacción pueden desempeñar un papel importante en los mayores esfuerzos que se realizan para evaluar la calidad de la atención(10).

La evaluación y el mejoramiento de los servicios de salud implican un proceso de identificación y satisfacción de las expectativas de los usuarios(11). El usuario determina si el servicio es aceptable de manera que el diseño, desarrollo y nivel del servicio deben partir de un claro entendimiento y conocimiento de las necesidades, preferencias, valores y criterios de la salud de los usuarios(11).

Evaluar la calidad de 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(16, 20).

Identificar como percibe el usuario la calidad de atención recibida depende fundamentalmente de la diferencia entre lo que espera (expectativas) y lo que percibe (percepción de resultados reales); es por ello que la satisfacción dependerá sobre todo, de la información o expectativas que tenga el usuario acerca de la prestación del servicio; puede darse el caso de que la realidad de la atención en salud sea excelente, pero el usuario no la percibe así; de ahí que solo cuando se da una información clara,

real y veraz, y se trate de igualar las expectativas a la realidad se puede conseguir que la realidad percibida sea igual a la calidad real. Este método representa una de las formas más rápidas para evaluar aspectos de calidad de los servicios y ofrece beneficios a un costo relativamente bajo(16, 20). Las empresas del sector privado de los países desarrollados (estén o no relacionadas con asuntos de salud) han reconocido desde hace mucho tiempo que un enfoque en el nivel de satisfacción del cliente da resultados positivos para la empresa(10).

Según *Williams y cols*, algunos estudios apoyan la hipótesis de que los clientes de los servicios de salud son renuentes a expresar su insatisfacción con el servicio cuando se les pregunta al respecto en las entrevistas de salida. Además menos del 30% de los clientes que han tenido problemas relacionados con la calidad de atención se lo comunican a los proveedores del servicio, y solo el 1-5% de las quejas llegan a nivel de la gerencia(10).

Estos resultados no indican solamente la importancia del nivel de satisfacción del cliente, sino que también demuestran que es difícil lograr una evaluación exacta. En consecuencia, centrar la atención en el nivel de satisfacción del cliente es una forma práctica para que las clínicas evalúen ciertos aspectos de la calidad, y que usen los resultados para atender las necesidades del cliente con mayor eficacia. No obstante, deberá ser hecho en una forma que evite las tradicionales dificultades de medición. Consideramos que éste enfoque hacia el usuario conducirá a los proveedores a mejorar sus servicios, logrando así un mayor nivel de satisfacción del cliente, y eventualmente una mejoría en la sostenibilidad institucional(10).

La metodología óptima de evaluación son las entrevistas de salida, debido a que son más simples que otras opciones disponibles (tales como las entrevistas en el hogar o en los grupos focales), y además son más prácticas y menos costosas para realizar, y permiten una retroalimentación de información en la forma más rápida. En particular, si dicha retroalimentación se ofrece en una forma adecuada y oportuna, las entrevistas de salida sobre la satisfacción de la cliente pueden servir no solamente como una forma para monitorear ciertos aspectos de la calidad, sino que también como una

herramienta gerencial para mejorar el rendimiento del programa y su sostenibilidad(10, 16).

El principal desafío que se presenta en el uso de las entrevistas de salida de esta forma es superar el conocido problema de “predisposición a la cortesía” (por ejemplo los usuarios pueden ser renuentes a expresar opiniones negativas o críticas a los servicios, especialmente cuando aún se encuentran en el lugar donde se prestan dichos servicios.³ Esta dificultad ha frustrado a los investigadores, debido a que con frecuencia los usuarios manifiestan que están satisfechos con los servicios cuando en realidad no lo están(10, 16).

La principal diferencia entre esta metodología y otras formas de evaluar la satisfacción del usuario es poner énfasis en los aspectos de insatisfacción y en la identificación de las áreas que se podrían mejorar(10).

Para la evaluación de la calidad de los servicios de salud se deben considerar las siguientes dimensiones(11):

- **Rendimiento:** Es una dimensión que señala el número de actividades o acciones realizadas en un período de tiempo, esta dimensión es utilizada como base para definir la efectividad y la eficiencia
- **Efectividad:** Se refiere a la medida que relaciona el resultado de una práctica en condiciones reales (rendimiento) y una expectativa pre-establecida para dicho resultado.
- **Satisfacción:** Es la medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumplen con las expectativas del usuario y del proveedor. Está integrada por tres componentes tales como la percepción de los aspectos organizativos (ambiente físico, tiempo de espera, equipamiento, salario, horas de trabajo, etc); los efectos psicológicos de la acción sanitaria y las relaciones personales percibidas durante el proceso de atención.
- **Participación:** Representa la medida en que el usuario o proveedor del servicio interviene (participa) activamente en las decisiones que tienen que ver con los intereses habituales del servicio.

Además se han establecido diferentes estándares para medir la calidad de un servicio, de los cuales los más aceptados son la puntualidad, prontitud, atención, amabilidad, cortesía, honestidad, rapidez a la respuesta, precisión de la respuesta y respeto al cliente(19).

Así también la valoración de la calidad de atención requiere algunas especificaciones tales como(14):

1. Un juego de fenómenos que usualmente son atribuidos ya sea al proceso o al resultado
2. Algunas normas generales que constituyen bienestar
3. Una afirmación numérica de lo que constituye aceptable u óptimo con respecto a cada uno de estos fenómenos.

El grado de satisfacción del usuario gira en función del trato amable que reciba del personal durante la atención, el tiempo que se dedique a explicarle el procedimiento, así como la ausencia de dolor durante el desarrollo de la consulta y como le quedo el trabajo. En medición de la satisfacción del usuario, al revisar las tres dimensiones (estructura, proceso, resultado) se determinan momentos de la verdad o puntos críticos, sobre los cuales al trabajar en ellos mejorara la percepción de la calidad y con ello la satisfacción del usuario(20).

La calidad de la atención percibida por los usuarios determina la recomendación del servicio; la calidad de la atención está determinada por el grado de satisfacción del usuario(20).

Tampoco podemos dejar a un lado los aspectos que hacen a la atención más placentera y no solamente al trato que recibe el paciente por parte del equipo de salud, sino también se debe poner énfasis en la presentación del personal así como de la unidad de atención, demostrando limpieza y pulcritud en beneficio de que el paciente se sienta realmente cómodo(19).

Aspectos a evaluar del usuario del servicio

- **Percepción general respecto a la calidad de la atención**

De acuerdo con la percepción general de los usuarios respecto a la calidad de atención recibida; se concentran los juicios de los usuarios, asociados a los aspectos positivos y negativos de la atención y la caracterización de los conceptos asociados a la calidad de la atención como “dominio conceptual”; así también cobran importancia los aspectos relativos a la dimensión que caracteriza el proceso de atención, el que a su vez se refiere a las respuestas sobre trato personal, a las acciones de revisión y diagnóstico y a la información recibida durante la consulta. Las condiciones de la accesibilidad a los servicios como los tiempos de espera y costo de la atención son relevantes para la población entrevistada. Los aspectos relativos a la estructura, como la suficiencia de material y equipo y la capacitación técnica del personal de salud también deben ser considerados; así como la percepción de la mejoría y el impacto de los medicamentos en la salud resultado de la atención(16, 17).

- **Percepción de buena calidad y motivos que la definen**

En general los principales motivos que definen la buena calidad de la atención están asociados al trato personal, a la mejoría de la salud, y a la preparación técnica del personal. En todas las instituciones, invariablemente, el buen trato personal es el principal motivo relacionado con la buena calidad de la atención(16, 17).

- **Percepción de mala calidad**

Entre los usuarios de los servicios de atención en salud, se percibe la calidad de la atención, asociándose la mala calidad a los largos tiempos de espera, cortos tiempos de consulta, altos costos de atención y la falta de acciones de revisión por parte del personal que brinda la atención(16, 21).

Con base en lo anterior, es importante considerar la relación médico-paciente como elemento central para brindar una atención de calidad. Para ello, el personal de salud podría utilizar un lenguaje claro y sin tecnicismos, buscando adaptarse a las características culturales de los usuarios; mantener una comunicación verbal, y tener una actitud y una expresión que generen confianza. Se reconoce que este papel juega un papel importante en la adhesión del paciente a los servicios y al cumplimiento con las prescripciones indicadas por el personal de salud(16).

Implementación de servicios con una mejor calidad de atención

La calidad de atención independientemente del sistema sanitario es proporcional a la eficiencia del sistema, lo que permite dar respuesta a la problemática e introducción de cambios para responder a ésta en base a eficiencia, eficacia, equidad y nuevos criterios organizacionales orientados a la calidad, satisfacción del personal y servicio al cliente(10).

Sin embargo, la implementación de un modelo de atención en salud que responda a las necesidades de la población, requiere entre otros componentes el incremento de la calidad en la prestación de los servicios, la satisfacción de los intereses del personal y del usuario(11).

Es importante hacer los servicios de atención más sensibles, mejorando las áreas de recepción, disminuir los trámites y llenado de formularios, aumentar la coordinación entre servicios y niveles, mejorar la naturaleza y la calidad de la información, conocer las opiniones de las personas afectadas por los servicios ofrecidos, desarrollar medidas y acciones en función de las demandas de los ciudadanos, tener en cuenta las reclamaciones y desarrollar medidas preventivas en función de las mismas, desarrollar acciones que incrementen la participación de los ciudadanos en los servicios(9). Estos principios deberán ser compartidos por todo el equipo de trabajo, por lo que se requiere un estilo de gestión participativa que favorezca el consenso en la toma de decisiones, para asegurarse que todas las acciones de los miembros del equipo de salud converjan hacia las necesidades de los usuarios del servicio(11).

La calidad de los servicios de salud debe constituir una ventaja duradera en el tiempo, por lo tanto debe ser evaluada para asegurar que su nivel en el servicio prestado cumpla con los requisitos de excelencia establecidos y demandados por los usuarios(11). Según Donabedian nunca ha estado convencido de que la competencia por sí sola pueda mejorar la eficiencia o la eficacia de la atención y ni siquiera de que pueda reducir los costos de la misma atención; es más considera que la comercialización de la atención es un gran error. La salud es una misión sagrada, es una empresa moral y una empresa científica pero ni una empresa comercial en sentido

estricto, debido a que no se está vendiendo un producto, no hay un cliente que entienda todo y hace elecciones razonables; el personal médico y de enfermería son guías muy valiosos; su labor es una suerte de vocación y no simplemente un trabajo; los valores comerciales no alcanzan a captar lo que ellos hacen por los pacientes y por la sociedad en su conjunto(14).

La conciencia de los sistemas y el diseño de los sistemas son importantes para los profesionales de la salud, pero no bastan; sólo son mecanismos potenciadores; lo esencial para el éxito de un sistema es la dimensión ética de los individuos; uno debe amar a sus pacientes; amar su profesión; si se logra hacer esto, entonces se puede volver la mirada para monitorear y mejorar el sistema.⁷ El primer paso es la búsqueda de incrementos en la calidad de atención es el de definir qué es un proceso y qué son los consumidores(10).

Entre las medidas propuestas más comunes y más innovadoras para mejorar la satisfacción están(10):

- Reducir el tiempo en la sala de espera: Mediante estrategias que alienten al usuario a visitar el servicio en horas de menor movimiento y aquellas encaminadas a atender de mejor manera el flujo de los usuarios durante las horas de más trabajo.
- Mejorar el horario de atención: Para mejorar la satisfacción con las horas de atención se recomienda mantener las clínicas abiertas durante más horas, especialmente durante la noche y los fines de semana, así también se recomienda mejorar el sistema de rotación del personal y ofrecer servicios durante todo el día sin interrupción; lo que permite manejar la asignación del personal para tener más médicos y otro tipo de personal médico disponible durante los períodos en que más se necesita.
- La fijación de honorarios: Es un importante problema que enfrentan los servicios, debido a su misión de servir a clientes de bajos ingresos y el mandato, aparentemente conflictivo, de lograr la autosuficiencia financiera.

Es importante reconocer que el mejoramiento de los servicios de salud no se pueden fomentar sin la participación de los usuarios, quienes reciben la acción que genera el

servicio. Por lo cual resulta necesaria la incorporación de las comunidades en la planificación, ejecución y evaluación del servicio de atención, para impulsar un modelo de gestión en salud orientado a la solución de los principales problemas que afectan a la población, asumiendo la salud colectiva como una responsabilidad compartida entre el equipo de salud y las comunidades(11).

La carencia de un procedimiento de evaluación continua en los servicios de atención en salud, que incorpore todas las dimensiones de la calidad y que sea expresión del trabajo colectivo entre equipo de salud y la población, limita las posibilidades de transformación del modelo de atención en salud; el modelo de atención en salud, de acuerdo al perfil de salud bucal de la población debe estar orientado al desarrollo del concepto de atención en salud integral en el que se le de respuesta a las necesidades clínico curativas y se articule con las actividades de fomento de la salud y prevención específica con la participación organizada de la comunidad, estableciéndose mecanismos de corresponsabilidad entre la prestación del servicio, la comunidad, la familia y el individuo(11).

El mejoramiento de la calidad de los servicios médicos requiere de la incorporación de un modelo de gestión que permita articular las necesidades de la atención en salud de la población con el desempeño del equipo de salud, la oferta del servicio y la evaluación continua. El mejoramiento de la calidad igualmente implica crear un modelo de gestión participativa, que involucre al equipo de salud en conjunto con las organizaciones de base de la comunidad, en el que se definan estrategias que permitan incluir la participación comunitaria y la satisfacción tanto de los usuarios como de los proveedores, así como de los indicadores de la evaluación de la calidad de estos servicios que permiten medir el impacto de la prestación de los servicios en salud en el perfil de salud de la población(11).

Creación y Construcción de Escalas

Las escalas de satisfacción en salud usualmente se construyen basándose en ítems/preguntas discriminadas por el investigador y que se cree que constituyen el entorno causal o relacional de la variable que se estudia; que pueden ser dicotómicas

o que usualmente siguen un patrón de escala de Likert, que básicamente son ítems de respuesta probable del usuario, tal como se muestra a continuación:

1. Muy insatisfecho
2. Insatisfecho
3. Satisfecho
4. Muy Satisfecho

En el caso de las variables asociadas o que influyen sobre la variable satisfacción del usuario se ubican las ya expuestas previamente en este marco conceptual y convertidas en forma de pregunta por el investigador, que igualmente asigna la puntuación. Es importante observar aquí que la asignación de puntos puede variar en el transcurso de las pruebas y errores que se hacen con la escala propuesta hasta alcanzar un nivel de confiabilidad satisfactorio; siendo la herramienta de control un indicador desarrollado por el psicólogo *Lee Cronbach* y dado a conocer por éste en 1951³; como recurso para desarrollar a su vez escalas psicométricas, derivando en una herramienta aplicada en todas las ciencias. Luego de intuirse y diseñarse las probables preguntas que abarcan el contexto de la variable que se busca medir se procede a aplicar la técnica de análisis discriminante, que básicamente tiene como utilidad determinar si hay similitud importante entre las preguntas y puntajes propuestos, una vez que se determinan estos, se procede a realizar el análisis factorial de las preguntas seleccionadas, en donde el objetivo principal es determinar cuáles preguntas conforman un bloque (componente principal) y que preguntas conforman otro bloque (otro componente principal)(22) para luego determinar en el mismo proceso factorial el porcentaje de varianza que cada bloque aporta al resultado de la variable que se está midiendo; o al nivel de satisfacción. Una vez determinado esto, que actúa como un tamizador de preguntas y apartados, se procede a realizar un análisis de confiabilidad por apartados o de la suma total con la variable que se busca medir, aplicando para ello la técnica de Alfa de Cronbach, en donde si se obtiene resultado $>0.5-0.6$ en escalas experimentales se considerará válido, aunque debe

³Alfa de Cronbach. Fuente Electrónica Disponible de: www.es.wikipedia.org/wiki/Alfa_de_Cronbach.htm

validarse en diversos ambientes y contextos diferentes para aceptarla como válida universalmente. Las mediciones de 0.6-0.8 se aceptan para escalas validadas y probadas de la forma recién mencionada, estimándose que los valores arriba de 0.9 son redundantes(23).

VI. Diseño Metodológico

Tipo de estudio

Estudio prospectivo, de corte transversal.

Universo

168 adultos mayores vivos incluidos en el programa hasta marzo del 2010.

Marco muestral

Programa de Atención Domiciliaria del Adulto Mayor como parte del Centro de Atención Integral del Adulto Mayor (CAIAM) del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) y aplicación de entrevista directa por parte del autor al paciente previa charla sobre la utilidad y propósito de este estudio y las ventajas que podría traer para mejorar la calidad de atención del paciente geriátrico, solicitándole consentimiento firmado al paciente e informado al cuidador para la aplicación de la encuesta/instrumento de recopilación de información, sólo se incluyeron casos que aceptaron firmar la hoja de consentimiento informado y que el cuidador aplicó dicha encuesta.

Determinación del Tamaño muestral

Se determinó el número de casos según siguiente fórmula en la que se contempla error de tipo I de 10% (Confiabilidad de 90%) y error de tipo II de 10%(Precisión 90%), esperando al menos 50% de pacientes insatisfechos en el universo de 168 pacientes incluidos en el programa de atención domiciliaria del adulto mayor. El cálculo se realizó con el programa Epi-Dat 3.1⁴ utilizando la opción **“Tamaños de Muestra y Precisión para estimación de una Proporción Poblacional”** calculando la muestra en 49 pacientes a incluir que fueron aleatorizados mediante cálculo realizado con el mismo programa pero en la sección de **“Muestreo Simple Aleatorio”** (Figura 2), pero se logró al final del trabajo la inclusión de 55 pacientes seleccionados utilizando selección según

⁴ Area de Análisis de Salud y Sistemas de Información Sanitaria. Organización Mundial de la Salud (OMS/OPS) – Xunta de Galicia-Consellería de Sanidade. Dirección Xeral de Saúde Pública. EpiDat. Programa para Análisis Epidemiológico de Datos Tabulados. Versión 3.1. OMS-Xunta de Galicia. 2006. Disponible de: [www.http://www.sergas.es/MostrarContidos_N3_T02.aspx?IdPaxina=50100&uri=http://dxsp.sergas.es/ApliEdatos/Epidat/gal/default.asp&hifr=900&seccion=0](http://www.sergas.es/MostrarContidos_N3_T02.aspx?IdPaxina=50100&uri=http://dxsp.sergas.es/ApliEdatos/Epidat/gal/default.asp&hifr=900&seccion=0)

método de muestreo aleatorio simple generado por computadora. A continuación se muestra el cálculo realizado en la siguiente figura.

Figura 1

Cálculo de Tamaño muestral (Proporción simple)Epi-Dat3.1

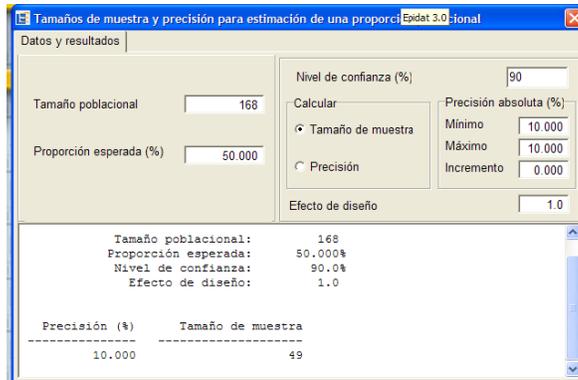
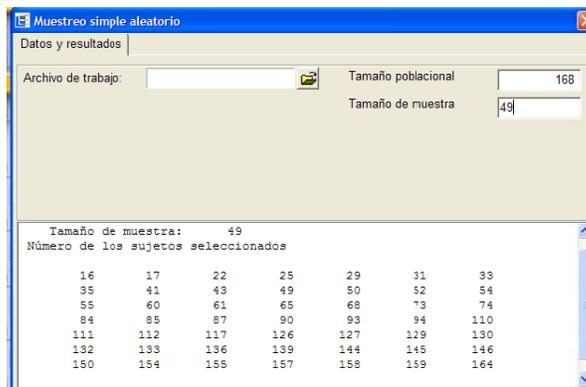


Figura 2

Listado de Aleatorización para 49 pacientes (Epi-Dat 3.1)



Unidad de Observación

Todos los pacientes inscritos en el Programa de Atención Domiciliaria del paciente geriátrico del IHSS atendidos en el año 2010.

Criterios de Inclusión

Paciente que cuenta con cuidador/responsable y que es conocido, con estado mental clasificado clínicamente como normal y atendido exclusivamente en el hogar por equipo(s) de atención domiciliaria del IHSS subscritos al Centro de Atención Integral del Adulto Mayor (CAIAM) durante el año 2010.

Criterios de Exclusión

1. Paciente que mostró estado mental/cognitivo anormal.
2. No consignación de firma en la Hoja de Consentimiento Informado y Firmado.
3. Paciente en estado grave o terminal o con diagnóstico de depresión severa no compensada.
4. No disponer de testigos/responsables/cuidador.
5. Paciente con cambio de domicilio.

Procesamiento de la Información

1. Se determinó el tamaño de muestra utilizando ecuación simple de determinación muestral de proporciones con el programa Epi-Dat 3.1 (OPS-OMS/Xunta de Saúde de Galicia, España, 2006) aplicando la ecuación simple también mostrada en Wayne Daniels (Bioestadística, 5ª. Ed. Ed. Limusa, 2006).
2. Se utilizó el programa estadístico SPSS versión 15.0 en versión básica (SPSS Inc, IL, EUA, 2006). Se introdujeron los datos en dicho software y se generaron los gráficos y tablas necesarios, agregándose los comentarios y trasladándolo a formato PDF para compaginarlo con el archivo generado en Word. Se calculó estadística descriptiva (media, mediana, moda, desviación estándar) y porcentajes con dicho programa. Se realizó análisis factorial de variables asociadas a accesibilidad, proceso y estructura de calidad de atención con SPSS 15.0 aplicando criterios de pertinencia y utilizando rotación Varimax con eigenvalue de 1.0 (SPSS Inc., IL, EUA, 2006).

Operacionalización de Variables

Variable	Tipo	Definición/Concepto	Indicador	Dimensión
Edad	Independiente	Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento a la fecha	Años	
Sexo	Independiente	Diferenciación de género en la especie humana	Masculino Femenino	
Estado civil	Independiente	Estado civil legal del paciente	Soltero, Viudo, Casado, Unión Libre, Divorciado	
Tipo de afiliado	Independiente	Categoría de afiliación del IHSS	Asegurado, Jubilado, Pensionado, Beneficiario	
Escolaridad	Independiente	Años cursados en el sistema lectivo público/privado	Años	
Procedencia	Independiente	Ciudad de procedencia	Tegucigalpa, Comayagua	
Ambiente de residencia	Independiente	Ambiente de residencia del paciente	Rural Urbano-marginal Marginal	
Patología crónica	Independiente	Diagnósticos médicos consignados en expediente del paciente	Diagnósticos	
Calidad de Vida	Independiente	Parámetros generales descritos en la literatura como asociados a Calidad de Vida del paciente	Caminar Ver Noticias Ejercicio Televisión Socialización Religión Familia No-nuclear/nuclear Consumo de fármacos antidepresivos/sedantes/ansiolíticos Independencia	
Cobertura de salud	Independiente	Nivel de cobertura de las necesidades de atención médica referida por el paciente	Total Parcial Nula	
Accesibilidad	Independiente	Opinión referida por el paciente sobre si está satisfecho con el nivel de accesibilidad de la atención suministrada por el programa	Frecuencia de visitas Necesidad de acudir al Hospital Necesidad de Transporte	
Proceso	Independiente	Opinión referida por el paciente sobre el nivel de calidad de atención del proceso de atención suministrado por el equipo de atención domiciliaria	Percepción de problemas administrativos Percepción de actitud del personal Percepción de confiabilidad del equipo de atención domiciliaria Calidad de trato personal	
Estructura	Independiente	Opinión referida por el paciente sobre el nivel disponibilidad de recursos humanos/materiales del equipo que lo atiende	Ahorra dinero en atención en salud Suministro de medicamentos Opinión sobre equipamiento general del equipo de atención domiciliaria Suministro de insumos del equipo de atención domiciliaria	
Proporción de casos que reportan Satisfacción	Dependiente	Paciente que refiere satisfacción con el servicio proporcionado por el equipo de Atención domiciliaria del adulto mayor	Si No	Satisfacción

VIII. Resultados

Características Sociodemográficas

- La media de la edad es 79.6 años (+/- 8.45; Rango: 64-95). Predominó el grupo de edad de 84-95 años con casi la mitad de los casos.
- Según el sexo, este se presentó en proporciones similares (49.1% vs. 50.9%).
- Respecto a la ocupación actual sólo uno refirió mantenerse activo, y refirió ser agricultor (1.8%).
- Todos los pacientes procedieron del distrito central, la mayor parte de Comayaguela con poco más de la mitad de los casos y el resto de Tegucigalpa.
- De acuerdo al ambiente de procedencia, la mayor parte procedente ambiente urbano (58.2%), y urbano marginal (41.8%).
- Según el tipo de afiliación, los jubilados comprenden más de dos tercios del total de la muestra estudiada (70.9%).
- De acuerdo al estado civil, la mayor prevalencia se presentó en viudez con 43.6%, seguido por casado con casi un tercio de casos (32.7%), y soltero con 20%.
- De acuerdo al nivel de escolaridad, la mayor parte eran alfabetos predominando el nivel de primaria incompleta-completa (58.2%).
- De acuerdo al sexo y la edad, estos mostraron mayor prevalencia en el grupo de 84-95 años de edad aunque no se observó diferencia entre sexos en ninguno de los estratos de edad.

Características Clínicas

- Dentro de las características clínicas, el primer diagnóstico confirmado en el expediente clínico que se muestra en este cuadro, predominando la diabetes mellitus, primer diagnóstico o diagnóstico principal, seguido por hipertensión arterial crónica, hipertrofia prostática, artritis reumatoide, cardiopatía.
- El 11% de los pacientes incluidos tienen un solo diagnóstico, el 89% tienen dos o más diagnósticos patológicos consignados en el expediente clínico correspondiente. Las patologías más frecuentes con 44/55 (80%) pacientes con dichos diagnósticos, seguidos por artritis reumatoide con 18/55 (32.7%)

casos.

- La mayor parte de los pacientes incluidos en este estudio refiere un hábito en particular en (89.1%), predominando el hábito del café, seguido por tabaquismo en 14.5%, alcoholismo en 9.1%, alcoholismo + tabaquismo en 5.5%.

Parámetros de Calidad de Vida

- De acuerdo a parámetros de calidad de vida del paciente, se encontró que el 84.5% de los pacientes estudiados son tienen hábitos asociados a sedentarismo, predominando la televisión o noticias con 37/55 (67.2%); refiriendo ejercitarse o caminar sólo 8/55 (14.5%).
- Se encontró que la mayor parte de los pacientes incluidos en este estudio han recibido al menos una capacitación sobre su autocuidado (87.3%).
- Se identificó que poco más de un cuarto del total de pacientes incluidos en la muestra viven en ambiente de familia no nuclear (25.5%).

Cobertura de necesidades de atención médica

- Se encontró que no han sido capacitados para autocuidado 12.7% de los pacientes con mayor frecuencia en el grupo de 84-95 años (4/7,57.1%).
- Se identificó falta de cuidados primarios en 11% de casos (6/55). La mayor parte de los casos sin cuidador primario se identificó en el grupo de 84-95 años (3/6).
- Se encontró que en el grupo de 84-95 años no han recibido capacitación 9/51 casos de los que tienen cuidador primario.
- De acuerdo a si la cobertura farmacológica es total en estos pacientes, estos refieren que no lo es en la mayor parte de los casos con 83.6%.

Aspectos de Calidad de Atención

- Casi la práctica totalidad de los encuestados reportó que no falta equipamiento (98.2%) al equipo de salud al momento de recibir la atención domiciliaria.
- Todos los pacientes incluidos perciben la actitud del personal que los atiende como positiva, demostrando capacidad y confiabilidad.
- El 96.4% de los pacientes incluidos en este estudio reportan que ahorran dinero

con este programa.

- El 96.4% de la muestra estudiada reporta que fue bien tratado por el personal del programa de atención domiciliaria.

Satisfacción del paciente

- El 90.9% de los pacientes incluidos reporta que en efecto, este programa ha mejorado su situación en salud.
- Los tres componentes descritos a continuación se asocian o inducen el 86.5% de la varianza de satisfacción del paciente.
 - El componente 1 está conformado por las variables como "Falta de Insumos al equipo de atención" (-0.382)" sumándosele la variable "percepción de problemas administrativos en el proceso de atención domiciliaria" con 0.194.
 - Para el componente 2 la variables medicamentos del tratamiento se le suministran totalmente (0.275).
 - Para el componente 3 "Acudir al Hospital en forma presencial" (0.362) y el "ahorro de dinero" percibido por el paciente (0.111).

IX. Discusión y Análisis

En este estudio se encontró que a pesar de los logros que tiene el programa de atención domiciliaria del paciente geriátrico, como ser la mejora en la situación de salud percibida por el paciente en la mayor parte de los casos, así como la descripción de algunas variables del doble utilidad, como parte de la caracterización de esta población y como posibles variables utilitarias para estudios posteriores de calidad, tales como porcentaje de casos con capacitación en autocuidado y tasa de pacientes con cuidador capacitado.

Entre las características sociodemográficas se encontró que la edad media se corresponde con otros estudios publicados, con predominio del grupo de edad de 84-95 años (Tabla 1); aunque ésta es una muestra relativamente pequeña de un programa de atención domiciliaria al paciente geriátrico relativamente nuevo y en el que todavía no se compagina el acúmulo de experiencia local y soporte logístico, económico e interdisciplinario, se corresponde con dichas experiencias internacionales (21). La proporción de casos distribuidos según sexo fue similar en este estudio (Tabla 2), aunque en otros estudios se ha reportado predominancia del sexo femenino (24), es posible que esto se deba a que esta aún es una muestra pequeña y no es representativa de la población hondureña general. Respecto a la ocupación, la literatura establece que luego de los 65 años anteriormente el sistema social excluía al individuo de la clasificación de “productivo”, cosa que ha cambiado en el primer mundo especialmente, esto puede ser posible en esos países debido a que los individuos tienen mayor nivel de educación, por lo que su nivel de experticia en un área definida siempre es aprovechable; en este estudio se encontró que la mayor parte de los casos eran agricultores o amas de casa con sólo un quinto de los casos con educación secundaria completa (Tabla 9), lo que limita en gran forma la utilidad para la sociedad de dicha mano de obra, ya que depende en gran medida de la capacidad física no intelectual del individuo mayor de 60 años, por lo que con frecuencia no encuentran ocupación remunerada, lo que está en estrecha asociación con el ambiente de residencia que es urbano-marginal en más de dos quintas partes de los

casos (Tabla 5) y residentes en Comayaguela, que es la parte más desfavorecida socioeconómicamente del Distrito Central de Tegucigalpa.

Entre las características clínicas identificadas en estos pacientes, se encontró que ocupan los primeros lugares en frecuencia la Hipertensión Arterial Crónica Tratada y compensada (HTAC), seguido por Artritis Reumatoide (AR) y Diabetes mellitus (DM), lo que concuerda con otros reportes al respecto (25); difiriendo con algunos autores del primer mundo que reportan la fractura de cadera como de las más importantes causas de necesidad de atención domiciliaria (4, 25); es posible que esto se deba a diferencias características de la población propias del país, como por ejemplo que aunque más de la mitad son Viudos o Solteros (Tabla 8), tres cuartas partes de los casos viven en compañía de una familia nuclear (Tabla 20), usualmente familiares tal como hijos.

Entre los parámetros asociados a calidad de vida del paciente geriátrico se incluyen hábitos como el Tabaquismo, alcoholismo, consumo de ambos, café, ejercitarse físicamente en cualquier grado de intensidad y frecuencia, desde caminar a trotar cotidianamente, ver televisión o noticias, socializar, etc., todos asociados de forma positiva o negativa a la supervivencia, en donde el factor más importante para esto y referido en la literatura consultada, es el ejercicio y distracciones positivas como el socializar o tener un entretenimiento/hobby o empleo de algún tipo (26, 27); en este estudio se encontró que poco más de dos tercios de los casos estudiados tienen como principal pasatiempo ver televisión, con solo un séptimo de casos que se ejercitan físicamente de forma regular (Tabla 14), lo que deja un paréntesis donde se acota la recomendación de la promoción de la implementación de estímulos para la vida saludable en este grupo de población, que podría ser rentable para el sistema de atención en salud de estos pacientes, que sólo por reingresos en algunos países generan altos porcentajes de costos hospitalarios y estancia, además de mejorar la calidad de vida del paciente geriátrico. Dentro de la calidad de vida se incluye la funcionalidad, que aunque no fue objetivo del estudio, se exploró de forma secundaria, encontrándose que la mayor parte de casos ha sido capacitado en el programa para lograr sus propios autocuidados (Tabla 16), disminuyendo esto la presión sobre el

cuidador, encontrándose que en este estudio que la mayor parte de los pacientes que no han recibido estas capacitaciones se ubican en el grupo de edad de 84-95 años (Tabla 16) con déficit cognoscitivo en la mayor parte de casos, es decir con dependencia funcional importante, lo que explicaría la no capacitación en autocuidado. La mayor parte de los casos necesitan un cuidador primario para algunas funciones (52/55, 94.5%; Tabla 17), especialmente el grupo de 84-95 años parece importante que 3/26 casos no cuentan con uno, y además aproximadamente un sexto de los cuidadores no ha sido capacitados para proporcionar el máximo de atención en calidad del paciente geriátrico y contribuir a la disminución de estrés del mismo cuidador (Tabla 19), esto probablemente debido a que no hay una estrategia programática de vigilancia de cuidadores nuevos, que se renuevan según el paciente se muda o debido a los avatares familiares, todos estos elementos conformarán la recomendación final de los autores de este trabajo.

La mayor parte de los casos estudiados refieren satisfacción con la atención recibida, y que este programa ha venido a mejorar de forma importante su situación en salud (Tabla 27) y que cinco sextas partes de la muestra incluida reporta que el programa cumple con todas las necesidades de tratamiento; sin embargo es importante hacer notar que aún falta mucho por hacer al respecto, ya que actualmente no se realizan tamizajes de calidad de vida, impacto e implementación de nuevas estrategias adaptadas a nuestro medio, determinaciones cuantitativas del nivel de fragilidad del anciano ni características de la sobrevivencia ni de la mortalidad, ya que esto implica una notable cantidad de trabajo de campo para la que no hay presupuesto aún en este programa y que realmente lo ideal es cubrir las necesidades de tratamiento totales de todos los pacientes geriátricos incluidos en este programa de atención domiciliaria, que de acuerdo a la literatura es la forma más exitosa y asociada a mejor costo-beneficio de todos los métodos y estrategias aplicadas en el manejo del adulto mayor.

De acuerdo a lo descrito previamente en el marco conceptual de este trabajo, los parámetros esenciales de los procesos de identificación y medición de la percepción

de calidad por parte del cliente son accesibilidad, estructura y proceso(9-12), aunque el equipo se moviliza hacia el domicilio del paciente para suministrar la atención, se aplicó la pregunta sobre necesidad de transporte al hospital en caso de necesidad, también se obtuvo información sobre variables de estructura y proceso, encontrándose que las variables utilizadas en el cuestionario se asocian con el 86.5% de la varianza de satisfacción del paciente (Tabla 29), las variables más importantes asociadas a la percepción de calidad de atención y por ende satisfacción del paciente identificadas son: a. Contar con los Insumos adecuados para la atención del paciente; b. Percepción por parte del paciente de problemas administrativos en el proceso que dificultan la tarea del equipo, estas dos variables representaron 36% de la varianza; en el segundo componente el suministro de medicamentos aportó el 28.7% de la varianza en el grado de satisfacción del paciente; en el tercer componente se identificó la variable necesidad de medio de transporte adecuado para realizar visitas presenciales al hospital cuando fuera necesario como de alto impacto sobre la percepción de calidad de atención, representando el 21.7% de la variabilidad de satisfacción del paciente(Tabla 29); no siendo importantes como variables el impacto de falta de equipamiento y si percibe como positivo el ahorro obtenido por el tratamiento suministrado, que sólo representaron el 13.6%, también hay que hacer notar que la atención y el trato humano percibido por el paciente fue satisfactorio en el 100% de los casos, por lo que estas variables no fueron introducidas en el procesamiento estadístico, considerándose además que la calidad en estos aspectos es producto de la profesionalización y capacitación continua en esta área proporcionada por la institución; en suma los autores consideran que el apoyo logístico al equipo y en medicamentos en este momento representan las variables que de mejorarse podrían impactar positivamente en la percepción de calidad de vida de los pacientes incluidos en este programa de atención domiciliaria al adulto mayor; aunque el análisis estadístico alrededor de esto y de los índices de calidad de vida no fue posible debido a que se necesitaría de la implementación de un estudio institucional patrocinado con más recursos que los que disponían los investigadores, lo que podría permitir la

creación de índices de atención al adulto mayor que permitieran evaluaciones administrativas rápidas y eficientes para la toma de decisiones o el ahorro en costos de atención en el futuro.

X. Conclusión

1. Las características sociodemográficas del adulto mayor incluido en este estudio coinciden con las reportadas por otros autores.
2. Las enfermedades predominantemente asociadas a HTAC, diabetes mellitus y artritis reumatoide.
3. Los factores negativos de calidad de vida prevalentes como no ejercitarse, ver televisión en gran porcentaje de casos e ingesta de alcohol, café y tabaco.
4. En la mayor parte de los casos se cubre el tratamiento farmacológico requerido para el manejo del paciente.
5. Considerando sin embargo que el trato y calidad humana del equipo cumple los requerimientos para considerarse satisfechos, aunque reportan necesidades importantes como transporte especializado para consulta presencial en el hospital, en casos de morbilidad aguda o incapacidad funcional y mejorar aspectos como insumos médicos y equipamiento.
6. El programa de atención domiciliaria obtiene buenos resultados respecto a la percepción por parte del paciente de la calidad de atención suministrada.

XI. Recomendaciones

A la Dra. Miriam Chávez

Dirección de Atención Médica, IHSS

- La implementación de mejoras en el suministro de equipamiento en insumos al personal del equipo médico de atención domiciliaria y de medicamentos para el paciente, además de la programación de un servicio de transporte especializado para el adulto mayor, especialmente el de 84-95 años podría incrementar de forma notable la percepción de calidad de atención proporcionada por dicho programa en el adulto mayor incluido en el mismo; y de forma indirecta incrementar la calidad de vida de este y del cuidador.
- Realizar estudios institucionales de identificación inicial y monitoreo de fragilidad del adulto mayor, así como validar e implementar los índices de calidad de vida e independencia funcional, así como socializar la aplicación práctica de dichos índices y familiarizar al personal, así como incrementar los conocimientos, actitudes y prácticas para la identificación temprana de índices cognoscitivos y estrés emocional.

XII. Bibliografía

1. Literas L, Navarro A, Fontanals M. Diseño y validación de una escala de satisfacción y calidad de vida para usuarios de centros residenciales y sociosanitarios. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2010;45(6):320-325.
2. Cruz A, Pascal A, Ewa J, Piotr A, Katarzyna A, Milewicz A. European Silver Paper. Documento Europeo sobre el futuro de la promoción de la salud y las acciones preventivas, la investigación básica y los aspectos clínicos de las enfermedades relacionadas con el envejecimiento. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2009;44(2):61-65.
3. Alonso T, Alonso MT, ARana A, Gallego R, Gálvez N, Lozano G, Herrero JL, Jaramillo E, Martín J, Saiz F. Necesidad del Desarrollo de Servicios Especializados de Atención al Anciano Frágil: Informe de la Sociedad Extremeña de Geriatria y Gerontología (SOGGEX)(III). *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2004;39(3):193-205.
4. Romero A. Perspectivas Actuales en la Asistencia Sanitaria en el Adulto Mayor. *Rev Panam Salud Pública* 2008;24(4):288-94.
5. Crocker S, Devereaux K. Caring for an aging population. *Journal of Gerontological Nursing* 2009;35(12):8-13.
6. Fernández M. Hospitalización a domicilio del anciano con enfermedad aguda. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2009;44(1):39-50.
7. Ortiz CR. Visitas Domiciliarias en Pacientes Geriátricos. *Colombia Médica* 1998;29(4):138-42.
8. González A, Cuyá M, González H, Sánchez R, Cortina R, Barreto J, et al. Estado nutricional de ancianos cubanos atendidos en 3 escenarios diferentes: Comunidad, servicio de geriatría, hogar de ancianos. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición* 2007;57(3):266-272.
9. March J, Prieto A. La calidad y la salud pública: Un reto hacia una salud pública basada en la evidencia. *Rev Calidad Asistencial* 2001;16:57-60.
10. Williams T, Schutt J, Cuca Y. Evaluación de la calidad de los servicios de planificación familiar a través de encuestas de satisfacción de clientes. *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar* 2001;1:14-23.

11. Carrillo D, Romero Y. Evaluación de calidad de la atención odontológica de los servicios de salud adscritos a la corporación Merideña de Salud del municipio Libertador del estado de Mérida. *Acta Odontológica Venezolana* 2007;45(2):1-13.
12. Carrillo M, Chacón P, López A, Muñoz L, Sanabria G, Villanueva M. Calidad de Atención Estomatológica a Pacientes de Cuautitlan Izcalli de la Colonia Jardines de la Hacienda. México: Universidad de México; 2003.
13. Donabedian A. Criteria, norms and standards of quality: What do they mean? *American Journal of Public Health* 1981;71(4):409-412.
14. Donabedian A. Una experiencia directa con la calidad de la atención. *Boletín trimestral del NAADIIR/AL* 2001(8):1-4.
15. Frank J. In memoriam. Avedis Donabedian. *Salud Pública Mex* 2000;42(6):2-3.
16. Ramirez T, Nájera P, Nigenda G. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: Perspectiva de los usuarios. *Salud Pública Mex* 1998;40:3-12.
17. Clará C. Calidad de atención de las usuarias de planificación familiar en las unidades de salud de Santa Tecla. Santa Tecla, El Salvador: Dr. José Matías Delgado; 2000.
18. Romero X, García C, Aldaña A, Chambers V, Billings D. Calidad de atención del aborto: Percepción de las usuarias. In: M.C EE, editor. *Declaración de México para una maternidad sin riesgo*. México: IMES; 1993. p. 201-212.
19. Arista B, Flores L, Fonseca D, Trujillo P, Vargas D. La calidad en la atención odontológica de las clínicas Iztacala, Acatlán y Cuauhtepac dependientes de la FES Iztacala. Iztacala: Universidad de la FES, Iztacala; 2004.
20. Zambrano F, Gonzáles R, Gómez T, Rodríguez A, Garza L. El Grado de Satisfacción del Usuario en la Atención Odontológica en una Unidad Médica de Primer Nivel de Atención de un Sistema Local de Salud en Monterrey, Nuevo León. *Revista Salud Pública y Nutrición* 2005(7):1-2.

21. Cancela J, Ayán C, Varela S. La condición física saludable del anciano. Evaluación mediante baterías validadas al idioma español. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2009;44(1):42-46.
22. Kachigan S. *Multivariate Statistical Analysis. A Conceptual Introduction*. 2 ed. New York, USA: Radius Press; 1991.
23. Pardo A, Ruiz M. *SPSS 11. Guía para el Análisis de Datos*. Madrid, España: McGraw-Hill; 2002.
24. Leal D, Flores M, Borboa C. La Geriatria en México. *Investigación en Salud* 2006;8(3):185-190.
25. Barrantes M, García E, Gutiérrez L, Jaimes A. Dependencia Funcional y Enfermedades Crónicas en Ancianos Mexicanos. *Salud Pública Mex* 2007;49(4):459-465.
26. García G, Isern A. Calidad de vida en el adulto mayor que practica ejercicio físico. *Medicentro* 2008;12(4):1-3.
27. García C. Algunas estrategias de prevención para mantener la autonomía y funcionalidad del adulto mayor. *Rev Med Clin Condes* 2010;21(5):831-837.

XIII. Anexos

Tabla 1. Frecuencia según grupo de edad de los pacientes en el estudio "Calidad de atención domiciliaria en el adulto mayor en el Instituto Hondureño de Seguridad Social"

Grupo de Edad	Frecuencia	Porcentaje
84-95	26	47.3
74-83	13	23.6
64-73	16	29.1
Total	55	100.0

La media de la edad es 79. 6 años (+/- 8. 45;Rango 64-95). Predominó el grupo de edad de 84-95 años con casi la mitad de los casos.

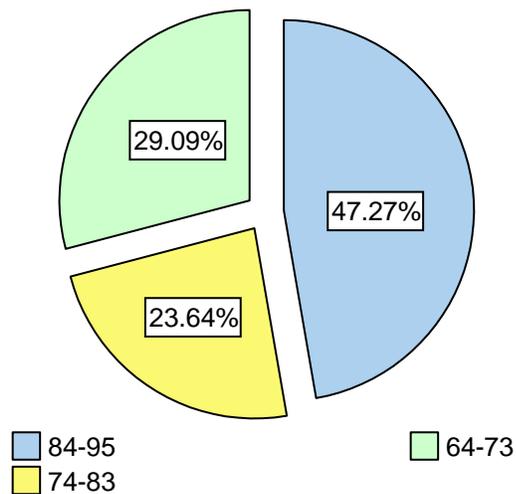


Tabla 2. Frecuencia según sexo de los pacientes en el estudio "Calidad de atención domiciliaria en el adulto mayor en el Instituto Hondureño de Seguridad Social"

Sexo del paciente	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	27	49.1
Femenino	28	50.9
Total	55	100.0

Según el sexo, este se presentó en proporciones similares (49.1% vs. 50.9%).

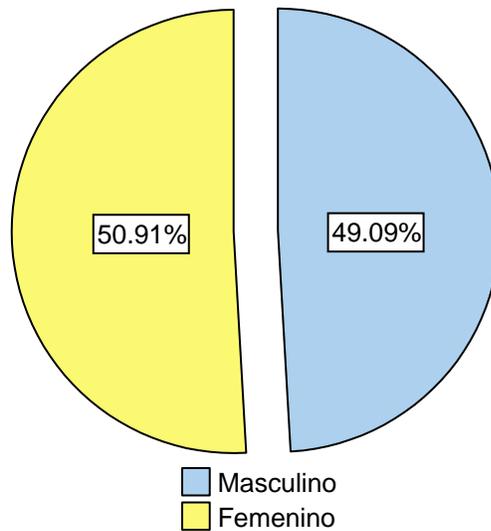


Tabla 3. Frecuencia según ocupación de los pacientes en el estudio "Calidad de atención domiciliaria en el adulto mayor en el Instituto Hondureño de Seguridad Social"

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Agricultor	1	1.8
Ninguna	54	98.2
Total	55	100.0

Respecto a la ocupación actual sólo uno refirió mantenerse activo, y refirió ser agricultor (1.8%).

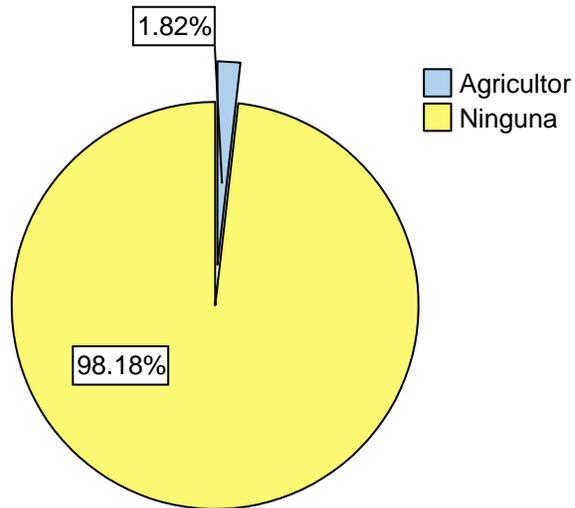


Tabla 4. Frecuencia según lugar de procedencia de los pacientes en el estudio "Calidad de atención domiciliaria en el adulto mayor en el Instituto Hondureño de Seguridad Social"

Lugar de procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Comayagua	29	52.7
Tegucigalpa	26	47.3
Total	55	100.0

Todos los pacientes procedieron del distrito central, la mayor parte de Comayagua con poco más de la mitad de los casos y el resto de Tegucigalpa.

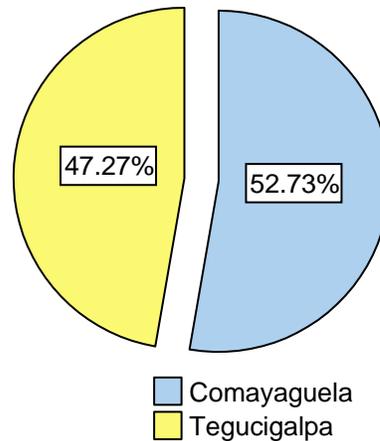


Tabla 5. Frecuencia según ambiente de procedencia de los pacientes en el estudio "Calidad de atención domiciliaria en el adulto mayor en el Instituto Hondureño de Seguridad Social"

Ambiente de procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Urbano Marginal	23	41.8
Urbano	32	58.2
Total	55	100.0

De acuerdo al ambiente de procedencia, la mayor parte procedente ambiente urbano (58.2%), y urbano marginal (41.8%).

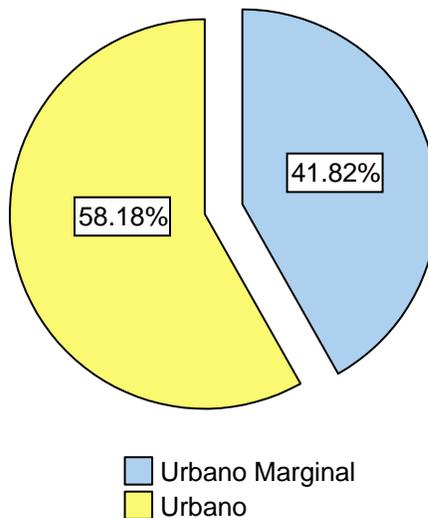


Tabla 6. Frecuencia según tipo de afiliación de los pacientes en el estudio "Calidad de atención domiciliaria en el adulto mayor en el Instituto Hondureño de Seguridad Social"

Tipo de afiliación	Frecuencia	Porcentaje
Jubilado	39	70.9
Pensionado	5	9.1
Beneficiario	9	16.4
Asegurado	2	3.6
Total	55	100.0

Según el tipo de afiliación, los jubilados comprenden más de dos tercios del total de la muestra estudiada (70.9%).

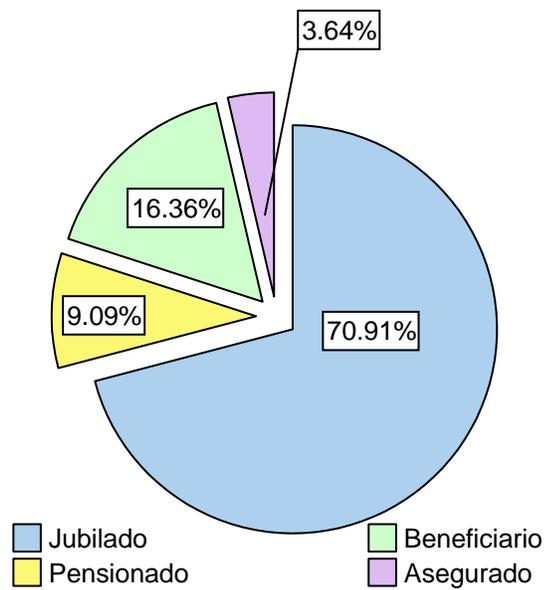


Tabla 7. Distribución según años en el Programa de Visita Domiciliaria de los pacientes en el estudio "Calidad de atención domiciliaria en el adulto mayor en el Instituto Hondureño de Seguridad Social"

Años en el programa	Frecuencia	Porcentaje
5 años	8	14.5
3 años	35	63.6
1 año	6	10.9
0,6 meses	6	10.9
Total	55	100.0

La mayor parte de los pacientes incluidos en este estudio tienen tres años o más de esta siendo atendido por personal asignado a este programa de atención domiciliaria del paciente geriátrico (68.1%).

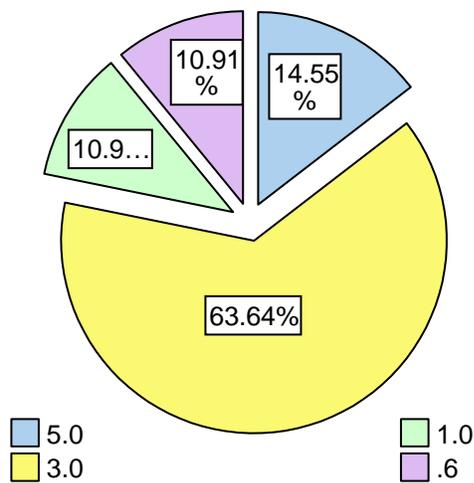


Tabla 8. Frecuencia según estado civil de los pacientes en el estudio "Calidad de atención domiciliaria en el adulto mayor en el Instituto Hondureño de Seguridad Social"

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Viudez	24	43.6
Unión libre	2	3.6
Soltero	11	20.0
Casado	18	32.7
Total	55	100.0

De acuerdo al estado civil, la mayor prevalencia se presentó en viudez con 43.6%, seguido por casado con casi un tercio de casos (32.7%), y soltero con 20%.

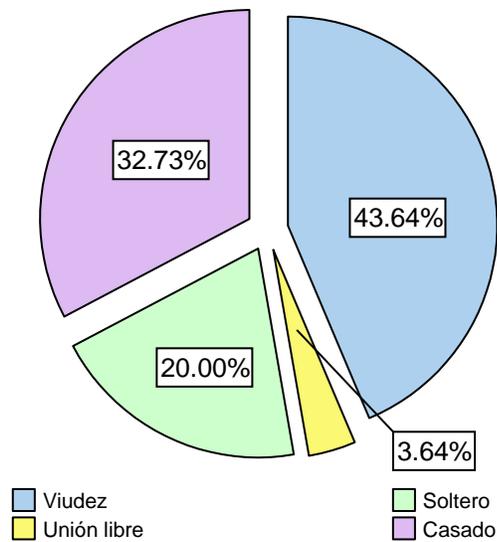


Tabla 9. Frecuencia según nivel de escolaridad de los pacientes en el estudio "Calidad de atención domiciliaria en el adulto mayor en el Instituto Hondureño de Seguridad Social"

Nivel de escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Secundaria Completa	11	20.0
Secundaria Incompleta	5	9.1
Primaria Completa	18	32.7
Primaria Incompleta	14	25.5
Analfabeta	7	12.7
Total	55	100.0

De acuerdo al nivel de escolaridad, la mayor parte eran alfabetos predominando el nivel de primaria incompleta-completa (58.2%).

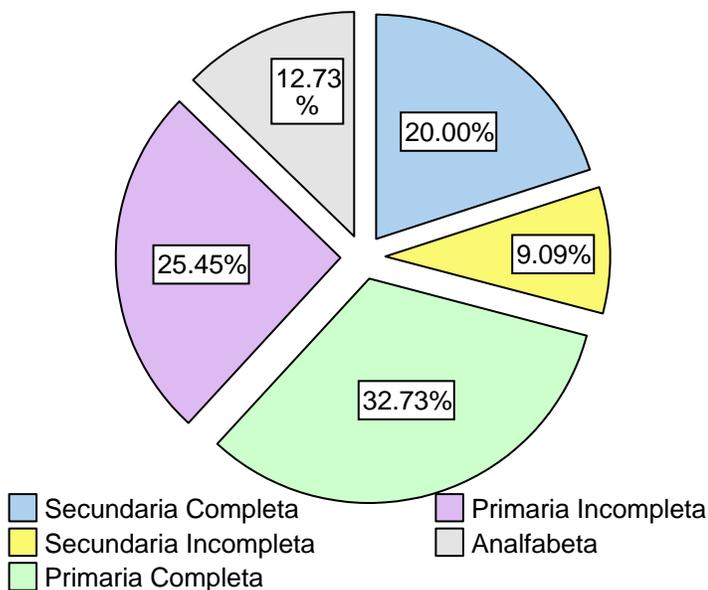


Tabla 10. Relación entre grupo de edad y sexo de los pacientes en el estudio "Calidad de atención domiciliaria en el adulto mayor en el Instituto Hondureño de Seguridad Social"

Edad en Categorías	Sexo del paciente		Total (%)
	Femenino (%)	Masculino (%)	
64-73	10 (18.2)	6 (10.9)	16 (29.1)
74-83	6 (10.9)	7 (12.7)	13(23.6)
84-95	12 (21.8)	14 (25.4)	26 (47.3)
Total	28 (50.9)	27 (49.1)	55 (100)

De acuerdo al sexo y la edad, estos mostraron mayor prevalecen en el grupo de 84-95 años de edad aunque no se observó diferencia entre sexos en ninguno de los estratos de edad.

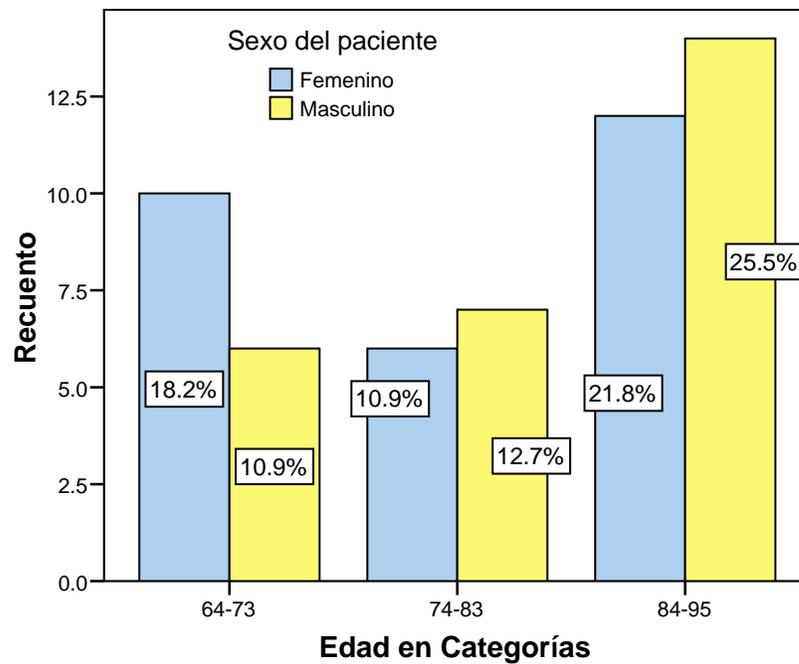


Tabla 11. Frecuencia según primer diagnóstico de los pacientes en el estudio "Calidad de atención domiciliaria en el adulto mayor en el Instituto Hondureño de Seguridad Social"

Primer diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
Asma bronquial	1	1.8
Colon irritable	2	3.6
Enfisema pulmonar	1	1.8
Osteoartrosis	1	1.8
Fractura de cadera	4	7.3
Insuficiencia renal crónica	1	1.8
Enfermedad cardiaca	7	12.7
Artritis reumatoidea	8	14.5
Depresión	1	1.8
Enfermedad de Alzheimer	1	1.8
Enfermedad de Parkinson	1	1.8
Hipertrofia prostática	6	10.9
Hipertensión arterial crónica	3	5.5
Diabetes mellitus tipo II	18	32.7
Total	55	100.0

Dentro de las características clínicas, el primer diagnóstico confirmado en el expediente clínico que se muestra en este cuadro, predominando la diabetes mellitus, primer diagnóstico o diagnóstico principal, seguido por hipertensión arterial crónica, hipertrofia prostática, artritis reumatoide, cardiopatía.

Tabla 12. Frecuencia según patología principal diagnosticada de los pacientes en el estudio "Calidad de atención domiciliaria en el adulto mayor en el Instituto Hondureño de Seguridad Social" (n=55)

Patología	Frecuencia	
	Frecuencia	Porcentaje de casos
Diabetes mellitus tipo II	18	32.7%
Hipertensión arterial crónica	44	80.0%
Paraplejia	3	5.5%
Hipertrofia prostática	8	14.5%
Enfermedad de Parkinson	2	3.6%
Enfermedad de Alzheimer	1	1.8%
Depresión	4	7.3%
Artritis reumatoidea	15	27.3%
Enfermedad cardiaca	11	20.0%
Insomnio	1	1.8%
Insuficiencia renal crónica	2	3.6%
Ceguera	3	5.5%
Reflujo gastroesofágico	1	1.8%
Glaucoma	1	1.8%
Gastritis	1	1.8%
Fractura de cadera	5	9.1%
Osteoartrosis	3	5.5%
Colostomia	1	1.8%
Úlcera gástrica	1	1.8%
Deterioro cognitivo	1	1.8%
Enfisema pulmonar	1	1.8%
Nódulo tiroideo	1	1.8%
Colon irritable	2	3.6%
Asma bronquial	1	1.8%
Osteoporosis	2	3.6%
EPOC	1	1.8%

El 11% de los pacientes incluidos tienen un solo diagnóstico, el 89% tienen dos o más diagnósticos patológicos consignados en el expediente clínico correspondiente. Las patologías más frecuente con 44/55 (80%) pacientes con dichos diagnóstico, seguidos por artritis reumatoide con 18/55 (32.7%) casos.

Tabla 13. Frecuencia según hábitos de los pacientes en el estudio "Calidad de atención domiciliaria en el adulto mayor en el Instituto Hondureño de Seguridad Social"

Hábitos del paciente	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	6	10.9
Alcoholismo+Tabaquismo	3	5.5
Café	33	60.0
Alcoholismo	5	9.1
Tabaquismo	8	14.5
Total	55	100.0

La mayor parte de los pacientes incluidos en este estudio refiere al ámbito en particular, (89.1%), predominando el hábito del café, seguido por tabaquismo en 14.5%, alcoholismo en 9.1%, alcoholismo + tabaquismo en 5.5%.

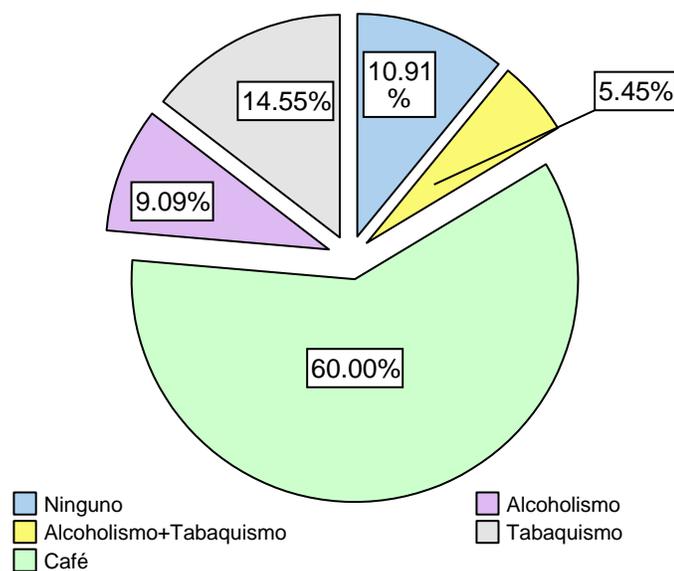


Tabla 14. Frecuencia según calidad de vida de los pacientes en el estudio "Calidad de atención domiciliaria en el adulto mayor en el Instituto Hondureño de Seguridad Social"

Calidad de vida del paciente	Frecuencia	Porcentaje
No ejercita	6	10.9
Solitario	4	7.3
Ver TV	30	54.5
Ejercitarse	1	1.8
Ver noticias	7	12.7
Caminar	7	12.7
Total	55	100.0

De acuerdo a parámetros de calidad de vida del paciente, se encontró que el 84.5% de los pacientes estudiados son tienen hábitos asociados a sedentarismo, predominando de televisión o noticias con 37/55 (67.2%); refiriendo ejercitarse o caminar sólo 8/55 (14.5%).

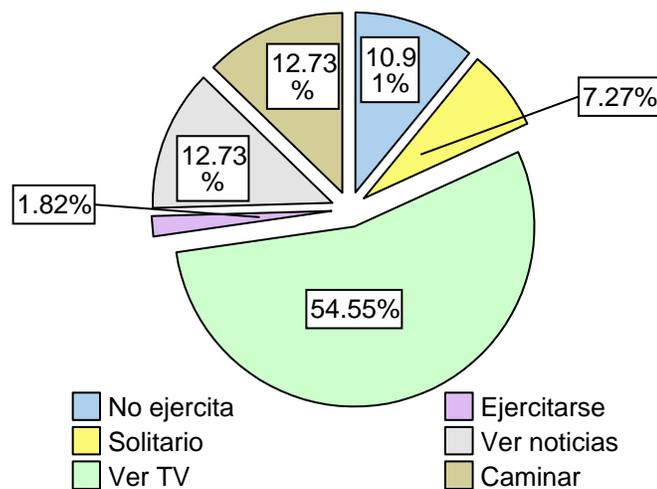


Tabla 15. Frecuencia según si el paciente ha sido capacitado para su autocuidado en el estudio "Calidad de atención domiciliaria en el adulto mayor en el Instituto Hondureño de Seguridad Social"

Ha sido capacitado para su autocuidado	Frecuencia	Porcentaje
No	7	12.7
Si	48	87.3
Total	55	100.0

Se encontró que la mayor parte de los pacientes incluidos en este estudio han recibido al menos una capacitación sobre sus autocuidado (87.3%).

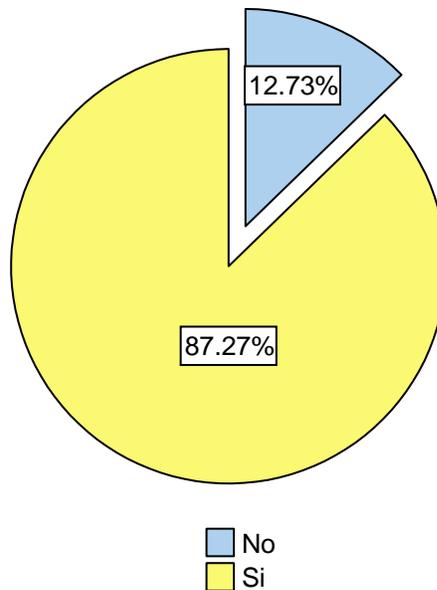


Tabla 16. relación según grupo de edad y si el paciente ha sido capacitado para su autocuidado en el estudio "Calidad de atención domiciliaria en el adulto mayor en el Instituto Hondureño de Seguridad Social"

Grupo de Edad	Ha sido capacitado para su autocuidado		Total (%)
	Si (%)	No (%)	
64-73	14 (25.4)	2(3.6)	16(29.1)
74-83	12(21.8)	1(1.8)	13(23.6)
84-95	22 (40)	4(7.2)	26 (47.3)
Total	48 (87.3)	7(12.7)	55 (100)

Se encontró que no han sido capacitados para autocuidado 12.7% de los pacientes predominando esto en el grupo de 84-95 años (4/7,57.1%).

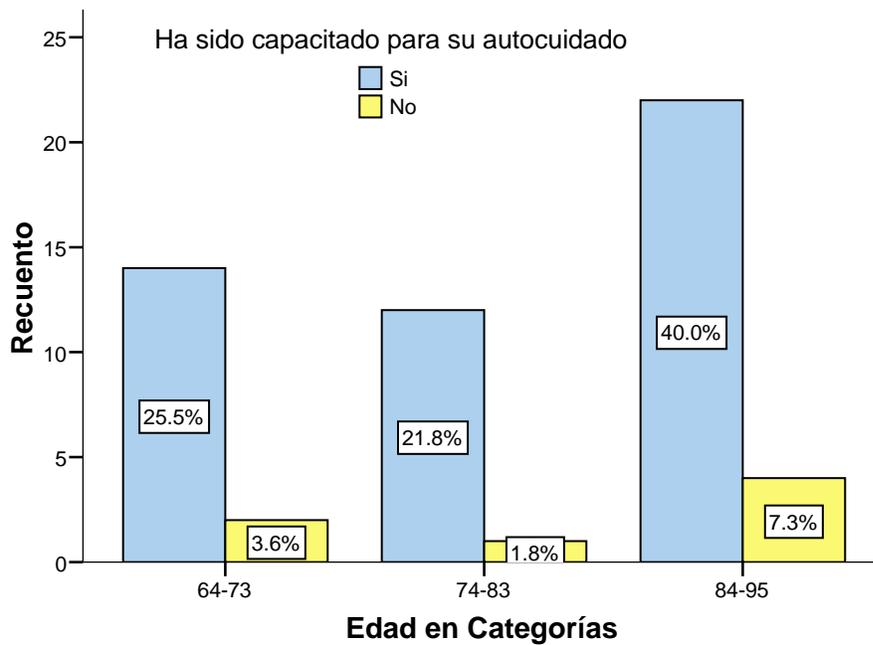


Tabla 17. Relación según grupo de edad y si el paciente necesita un cuidador primario en el estudio "Calidad de atención domiciliaria en el adulto mayor en el Instituto Hondureño de Seguridad Social"

Grupo de Edad	Necesita de un cuidador primario		Total
	Si (%)	No (%)	
64-73	15 (27.3)	1(1.8)	16(29.1)
74-83	12(21.8)	1(1.8)	13(23.6)
84-95	25(45.4)	1(1.8)	26(47.3)
Total	52(94.5)	3(5.4)	55(100)

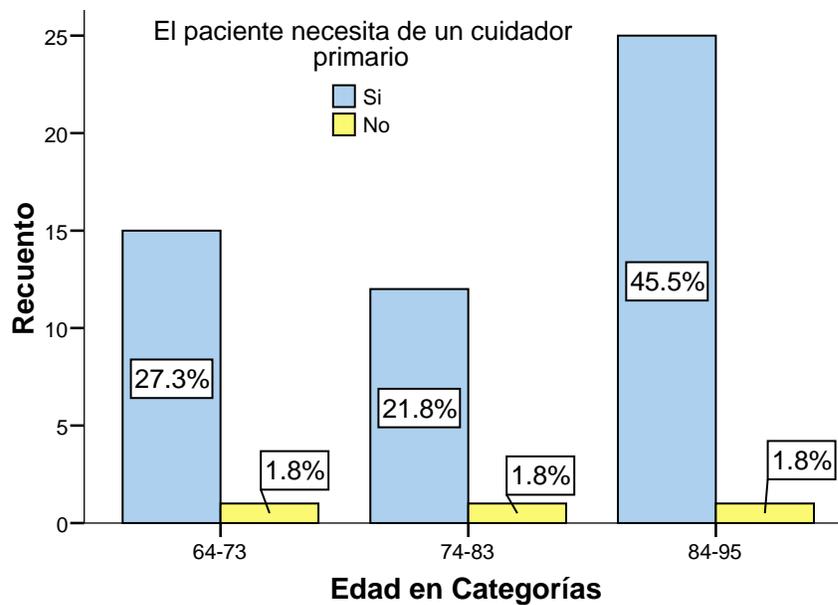


Tabla 18. Relación según grupo de edad y si el paciente tiene un cuidador primario en el estudio "Calidad de atención domiciliaria en el adulto mayor en el Instituto Hondureño de Seguridad Social"

Edad en Categorías	Tiene un cuidador primario		Total
	Si (%)	No (%)	
64-73	15 (27.3)	1(1.8)	16(29.1)
74-83	11(20)	2(3.6)	13(23.6)
84-95	23(41.8)	3(5.4)	26(47.3)
Total	49(89.1)	6(10.9)	55(100)

Se identificó falta de cuidados primario en 11% de casos (6/55). La mayor parte de los casos con falta de cuidador primario se encontró en el grupo de 84-95 años (3/6).

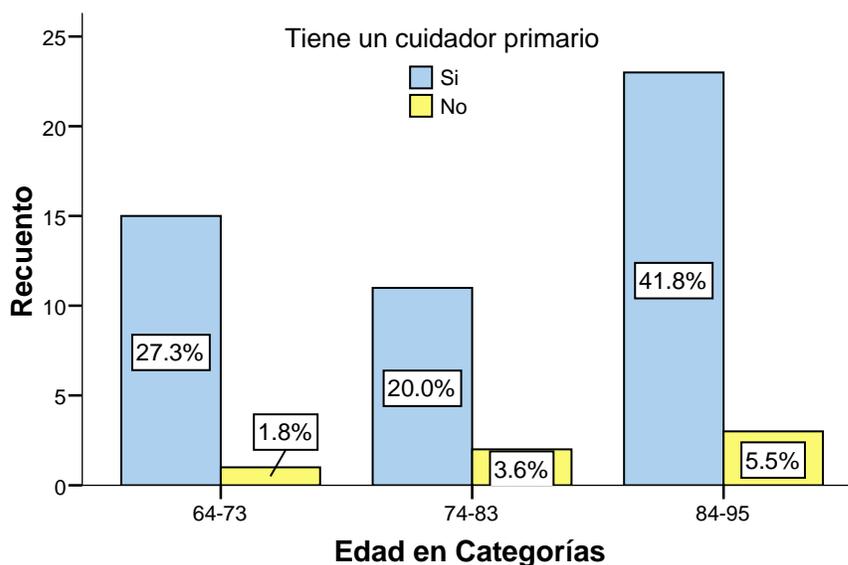


Tabla 19. Relación entre grupo de edad y si el cuidador primario ha recibido capacitación en el estudio "Calidad de atención domiciliaria en el adulto mayor en el Instituto Hondureño de Seguridad Social"

Grupo de Edad	El cuidador primario ha recibido capacitación			Total(%)
	Si (%)	No(%)	No tiene un cuidador(%)	
64-73	12(21.8)	4(7.3)	0	16(29.1)
74-83	11(20)	1(1.8)	1(1.8)	13(23.6)
84-95	19(34.5)	4(7.3)	3(5.4)	26(47.3)
Total	42(76.4)	9	4	55(100)

Se encontró que en el grupo de 84-95 años no han recibido capacitación 9/51 casos de las que tienen cuidador primario.

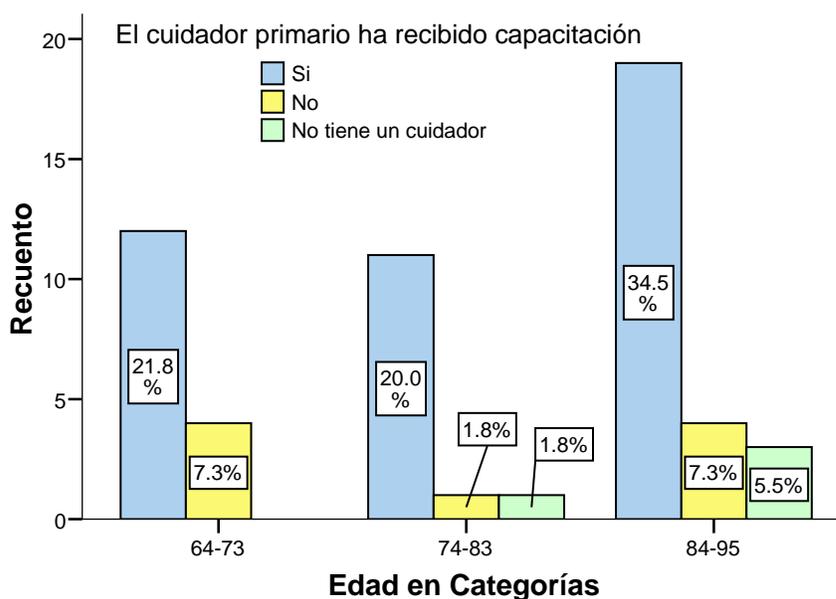


Tabla 20. Frecuencia según tipo de familia en el estudio "Calidad de atención domiciliaria en el adulto mayor en el Instituto Hondureño de Seguridad Social"

Tipo de familia	Frecuencia	Porcentaje
No Nuclear	14	25.5
Nuclear	41	74.5
Total	55	100.0

Se identificó que poco más de un cuarto del total de pacientes incluidos en la muestra viven en ambiente de familia no nuclear (25.5%).

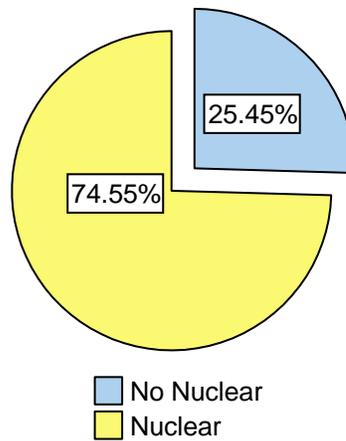


Tabla 21. Frecuencia según si los medicamentos del tratamiento se le suministran totalmente en la visita a domicilio en el estudio "Calidad de atención domiciliaria en el adulto mayor en el Instituto Hondureño de Seguridad Social"

Se le suministran totalmente	Frecuencia	Porcentaje
No	46	83.6
Si	9	16.4
Total	55	100.0

De acuerdo a si la cobertura farmacológica es total en estos pacientes, estos refieren que no lo es en la mayor parte de los casos con 83.6%

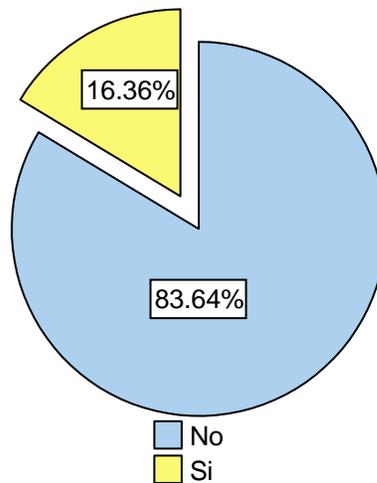


Tabla 22. Frecuencia según si el paciente cree que le falta equipamiento al equipo de atención en salud que lo visita en el estudio "Calidad de atención domiciliaria en el adulto mayor en el Instituto Hondureño de Seguridad Social"

Cree que le falta equipamiento	Frecuencia	Porcentaje
No	54	98.2
Si	1	1.8
Total	55	100.0

Casi la práctica totalidad de los encuestados reportes que no falta equipamientos al l equipo de salud al momento de recibir la atención domiciliaria

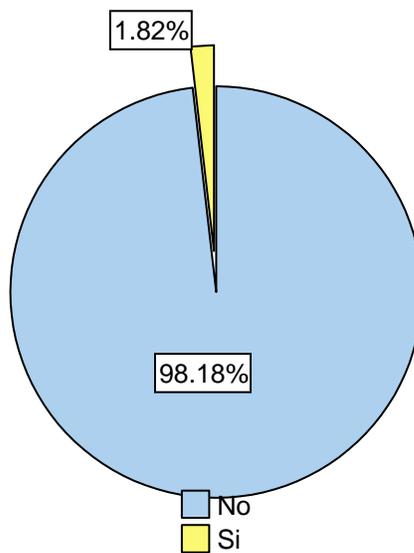


Tabla 23. Frecuencia según si el paciente cree que le faltan insumos al equipo que lo atiende en el estudio "Calidad de atención domiciliaria en el adulto mayor en el Instituto Hondureño de Seguridad Social"

Cree que le faltan insumos	Frecuencia	Porcentaje
No	37	67.3
Si	18	32.7
Total	55	100.0

Un tercio de los pacientes incluidos en este estudio en que le faltan insumos al equipo de salud que la paciente dentro del programa de atención domiciliaria (32.7%).

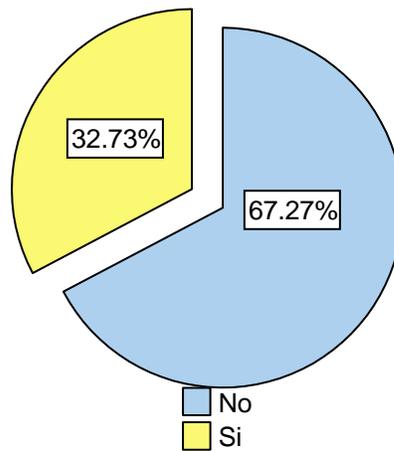
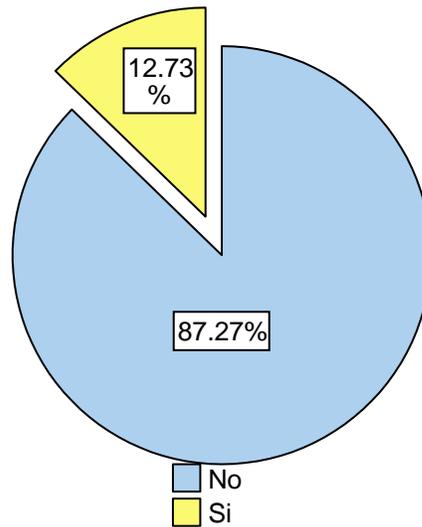


Tabla 24. Frecuencia según si el paciente percibe problemas administrativos en el proceso de su atención domiciliaria en el estudio "Calidad de atención domiciliaria en el adulto mayor en el Instituto Hondureño de Seguridad Social"

Percibe problemas administrativos	Frecuencia	Porcentaje
No	48	87.3
Si	7	12.7
Total	55	100.0



Todos los pacientes incluidos perciben la actitud del personal que los atiende como positiva, demostrando capacidad y confiabilidad.

Tabla 25. Frecuencia según si el paciente percibe que ahorra dinero con este programa en el estudio "Calidad de atención domiciliaria en el adulto mayor en el Instituto Hondureño de Seguridad Social"

Percibe que se ahorra dinero con este programa	Frecuencia	Porcentaje
No	2	3.6
Si	53	96.4
Total	55	100.0

El 96.4% de los pacientes incluidos en este estudio reportan que ahorran dinero con este programa.

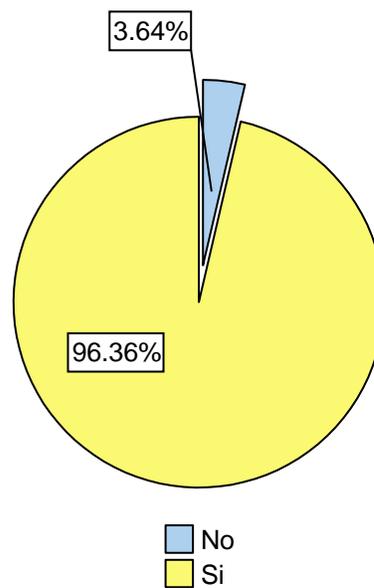


Tabla 26. Frecuencia según si el paciente considera que fue bien tratado en el estudio "Calidad de atención domiciliaria en el adulto mayor en el Instituto Hondureño de Seguridad Social"

Considera que fue bien tratado	Frecuencia	Porcentaje
No	2	3.6
Si	53	96.4
Total	55	100.0

El 96.4% de la muestra estudiada reporta que fue bien tratados por el personal del programa de atención domiciliaria.

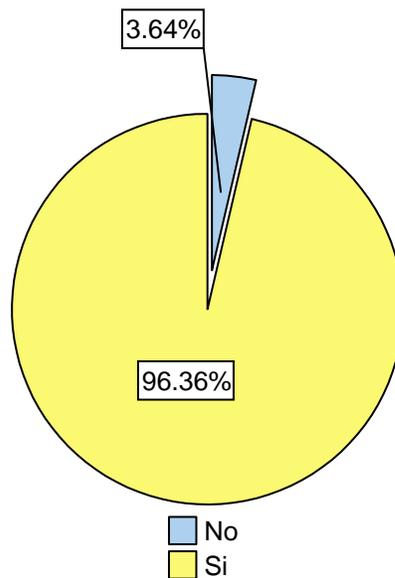


Tabla 27. Frecuencia según si el paciente considera que el programa ha contribuido a mejorar su situación en salud en el estudio "Calidad de atención domiciliaria en el adulto mayor en el Instituto Hondureño de Seguridad Social"

El paciente considera que el programa ha contribuido a mejorar su situación en salud	Frecuencia	Porcentaje
No	5	9.1
Si	50	90.9
Total	55	100.0

El 90.9% de los pacientes incluidos reporta que en efecto, este programa han mejorado su situación en salud. Además refieren necesidad de transporte para acudir a cifras presenciales al hospital todos los casos.

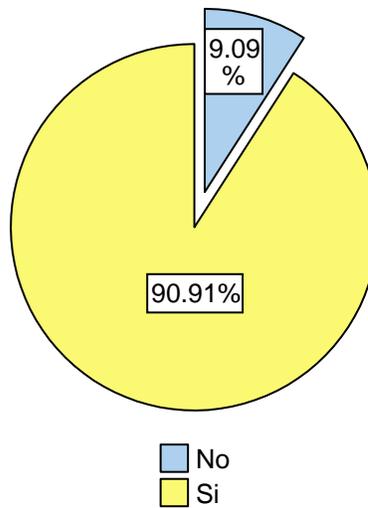


Tabla 29. Matriz de componentes^{a,b}

	Bruta			Reescalada		
	Componente			Componente		
	1	2	3	1	2	3
Frecuencia según si ha necesitado acudir al hospital a consulta de forma presencial	-.050	-.029	.362	-.134	-.078	.979
Frecuencia según si el paciente percibe que se ahorra dinero con este programa	-.003	.049	-.111	-.014	.247	-.563
Frecuencia según si los medicamentos del tratamiento se le suministran totalmente en la visita a domicilio	.242	.275	.027	.622	.708	.070
Frecuencia según si cree que le falta equipamiento al equipo de atención en salud que lo visita	-.007	.046	-.008	-.050	.327	-.055
Frecuencia según si cree que le faltan insumos al equipo que lo atiende	-.382	.275	-.003	-.811	.584	-.007
Frecuencia según si percibe problemas administrativos en el proceso de su atención domiciliaria	.194	.195	.051	.590	.594	.154

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

a. 3 componentes extraídos

b. Sólo aquellos casos para los que Frecuencia según si el paciente considera que el programa ha contribuido a mejorar su situación en salud = Si, serán utilizados en la fase de análisis.

La proximidad al 0 del resultado final de la Matriz de Covarianza, que es otro de los requisitos para considerar pertinente el Análisis Factorial fue 1.29 E-007 así como otros (Ver Anexos) en este estudio, lo que satisface dicho requisito para considerar los resultados de este análisis como válidos (Pardo A, Ruiz M. SPSS 11. Análisis Factorial. En: Pardo A, Ruiz M. Guía para el Análisis de Datos. Madrid, España: McGraw-Hill; 2002 pp.:410-11).

El componente 1 está conformado por las variables como "Falta de Insumos al equipo de atención" (-0.382) sumándosele la variable "percepción de problemas administrativos" en el proceso de atención domiciliaria con 0.194. Para el componente 2 la variables medicamentos del tratamiento se le suministran totalmente (0.275) y para el componente 3 "Acudir al Hospital en forma presencial (0.362) y el ahorro de dinero percibido por el paciente (0.111).

Varianza total explicada^b

	Componente	Autovalores iniciales ^a			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
		Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
		Bruta	1	.244	36.118	36.118	.244	36.118	36.118	.217
	2	.194	28.741	64.859	.194	28.741	64.859	.149	21.997	54.022
	3	.147	21.739	86.598	.147	21.739	86.598	.220	32.577	86.598
	4	.050	7.424	94.022						
	5	.027	3.950	97.972						
	6	.014	2.028	100.000						
Reescalada	1	.244	36.118	36.118	1.414	23.564	23.564	1.670	27.836	27.836
	2	.194	28.741	64.859	1.369	22.813	46.376	1.339	22.317	50.153
	3	.147	21.739	86.598	1.306	21.773	68.150	1.080	17.997	68.150
	4	.050	7.424	94.022						
	5	.027	3.950	97.972						
	6	.014	2.028	100.000						

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

a. Al analizar una matriz de covarianza, los autovalores iniciales son los mismos en la solución bruta y en la reescalada.

b. Sólo aquellos casos para los que Frecuencia según si el paciente considera que el programa ha contribuido a mejorar su situación en salud = Si, serán utilizados en la fase de análisis.