



FACULTAD DE POSTGRADO

TESIS DE POSTGRADO

**NIVEL DE SATISFACCIÓN EN LA ATENCIÓN INTEGRAL
BRINDADA A PACIENTES ADULTO MAYOR EN EL CENTRO
DE SALUD DE PAZ BARAHONA**

**SUSTENTADO POR:
ARLETH FERNANDEZ RUIZ**

**PREVIA INVESTIDURA AL TÍTULO DE
MASTER EN DIRECCION EMPRESARIAL**

SAN PEDRO SULA, CORTES, HONDURAS, C.A.

ENERO 2018

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA CENTROAMERICANA

UNITEC

FACULTAD DE POSTGRADO

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

RECTOR

MARLON BREVE REYES

SECRETARIO GENERAL

ROGER MARTÍNEZ MIRALDA

VICERRECTORA ACADÉMICA

DESIREE TEJADA

VICEPRESIDENTE ZONA NORTE

CARLA PANTOJA

DECANO DE FACULTAD DE POSTGRADO

JOSE ARNOLDO SERMEÑO LIMA

**NIVEL DE SATISFACCIÓN EN LA ATENCIÓN BRINDADA A
PACIENTES ADULTO MAYOR EN EL CENTRO DE SALUD DE
PAZ BARAHONA**

**TRABAJO PRESENTADO EN CUMPLIMIENTO DE LOS
REQUISITOS EXIGIDOS PARA OPTAR AL TÍTULO DE
MASTER EN DIRECCIÓN EMPRESARIAL**

**ASESOR METODOLÓGICO
TULIO BUESO**

**ASESOR TEMÁTICO
ALDO CRASO ZAVALA JOYA**

**MIEMBROS DE LA TERNA
CARLOS ROBERTO AMADOR**

CESAR ORELLANA

ELVIN DERAS

DERECHOS DE AUTOR

© Copyright 2017

ARLETH FERNANDEZ RUIZ

Todos los derechos son reservados

**AUTORIZACIÓN DEL AUTOR(ES) PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN
PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO
DE TESIS DE POSTGRADO**

Señores

CENTRO DE RECURSOS PARA

EL APRENDIZAJE Y LA INVESTIGACION (CRAI)

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA CENTROAMERICANA (UNITEC)

SAN PEDRO SULA

Estimados Señores:

Yo, Arleth Fernandez Ruiz, de San Pedro Sula autor del trabajo de postgrado titulado: NIVEL DE SATISFACCIÓN EN LA ATENCIÓN INTEGRAL BRINDADA A PACIENTES ADULTO MAYOR EN EL CENTRO DE SALUD DE PAZ BARAHONA, presentado y aprobado en Noviembre, 2017, como requisito previo para optar al título de máster en Dirección Empresarial y reconociendo que la presentación del presente documento forma parte de los requerimientos establecidos del programa de maestrías de la Universidad Tecnológica Centroamericana (UNITEC), por este medio autorizo a las Bibliotecas de los Centros de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación (CRAI) de UNITEC, para que con fines académicos puedan libremente registrar, copiar o utilizar la información contenida en él, con fines educativos, investigativos o sociales de la siguiente manera:

- 1) Los usuarios puedan consultar el contenido de este trabajo en la salas de estudio de la biblioteca y/o la página Web de la Universidad.

2) Permita la consulta y/o la reproducción a los usuarios interesados en el contenido de este trabajo, para todos los usos que tengan finalidad académica, ya sea en formato CD o digital desde Internet, Intranet, etc., y en general en cualquier otro formato conocido o por conocer.

De conformidad con lo establecido en los artículos 9.2, 18, 19, 35 y 62 de la Ley de Derechos de Autor y de los Derechos Conexos; los derechos morales pertenecen al autor y son personalísimos, irrenunciables, imprescriptibles e inalienables. Asimismo, el autor cede de forma ilimitada y exclusiva a UNITEC la titularidad de los derechos patrimoniales. Es entendido que cualquier copia o reproducción del presente documento con fines de lucro no está permitida sin previa autorización por escrito de parte de UNITEC.

En fe de lo cual se suscribe el presente documento en la ciudad de San Pedro Sula, a los 21 días del mes de Noviembre del año 2017

Arleth Fernandez Ruiz

21513047



FACULTAD DE POSTGRADO

NIVEL DE SATISFACCION EN LA ATENCION INTEGRAL BRINDADA A PACIENTES ADULTO MAYOR EN EL CENTRO DE SALUD DE PAZ BARAHONA

Arleth Fernandez

Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo determinar el nivel de satisfacción de los pacientes adulto mayor que asisten al Centro de Salud de Paz Barahona en el 2017 siendo las variables en cuestión el género, infraestructura y la calidad de la atención. El estudio tuvo un enfoque mixto con un diseño de tipo descriptivo transversal, en la cual se utilizó como instrumento una encuesta de 20 preguntas basadas en el modelo de Rendimiento del Servicio (SERVPERF). Se consideró como población a la cantidad de adultos mayores programados a recibir por el Ministerio de Salud, pacientes arriba de 60 años, que acuden a las diversas áreas de atención sanitaria del CESAMO, obteniendo una muestra de 376 pacientes. Las conclusiones del presente estudio fueron: ambos géneros, hombres como mujeres, presentaron niveles similares de satisfacción en la atención brindada, el mayor porcentaje de insatisfacción lo presentó la dimensión de capacidad de respuesta siendo la falta de suministro de medicamentos el indicador más alto y se recomienda realizar mejoras en la infraestructura para brindar una atención de calidad a los pacientes.

Palabras claves: Nivel de satisfacción, adulto mayor, Centro de Salud



FACULTAD DE POSTGRADO

Arleth Fernandez

ABSTRACT

The objective of the study is to determine the satisfaction rate in the elderly patients whom assists to the Health Center Paz Barahona in 2017, being gender, infrastructure and quality service the variables of the investigation. It was used a mixed research approach with a descriptive transversal study, a survey with 20 questions was applied as instrument based on the model of Service Performance (SERVPERF). The population data, elderly 60 years up, was determined using the planned number of patients which is going to attend the Health Center based on the decision of Health Department, the sample used in the investigation was 376 patients. As conclusions, both genders demonstrated the similar satisfaction rates in sanitary attention, the greatest dissatisfaction rate was reflected in the capability of response, being the lack of drugs the highest indicator, it is recommended to improve the infrastructure of the health center to provide a better quality attention to the elderly patients.

Keywords: Satisfaction rate, elderly, health center

DEDICATORIA

Primeramente dedico la culminación de este logro a Dios, por proveer y brindarme la oportunidad de estudiar la maestría en una de las universidades más prestigiosas de la ciudad, por darme salud, fortaleza y sabiduría para poder concluir con éxito esta meta planteada. Así mismo, dedico este logro a mis padres, Delfina Ruiz y Julio Fernandez, y hermanas Cesia y Abby Fernandez, que siempre estuvieron ahí para brindarme su apoyo incondicional, animándome a estudiar y concluir con éxito la maestría.

AGRADECIMIENTO

Agradezco primeramente a Dios por abrir las puertas y poner en el camino al personal idónea para ayudarme a desarrollar esta investigación, por proveerme de fortaleza y determinación para concluir con la investigación

Agradezco a mis amistades por darme palabras de ánimo para culminar mis estudios en la Universidad Tecnológica Centroamericana y por comprender los momentos de estrés experimentados.

Agradezco al personal del Centro de Salud de Paz Barahona, especialmente al Dr Medina, director del centro de salud, a la jefa de enfermería y de análisis de datos por su apoyo incondicional. Así mismo agradezco a los expertos del tema que me brindaron de su tiempo para contestar mis preguntas.

Agradezco al Dr. Tulio Bueso y Lic. Aldo Zavala por su dedicación, paciencia y asesoría para permitirme culminar con éxito mi proyecto de graduación.

INDICE DE CONTENIDO

CAPITULO I. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACION	1
1.1 INTRODUCCION	1
1.2 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	2
1.3 DEFINICION DEL PROBLEMA	3
1.3.1 ENUNCIADO DEL PROBLEMA.....	3
1.3.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	4
1.3.2 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	7
1.4 OBJETIVOS DEL PROYECTO.....	7
1.4.1 OBJETIVO GENERAL	7
1.4.2 OBJETIVO ESPECIFICO.....	8
1.5 JUSTIFICACION.....	8
CAPITULO II: MARCO TEORICO	10
2.1 ANALISIS DEL MACRO ENTORNO	10
2.1.1 SISTEMA DE SALUD	10
2.1.2 ENVEJECIMIENTO A NIVEL MUNDIAL	17
2.1.3 ESPERANZA DE VIDA A NIVEL MUNDIAL.....	21
2.1.4 SITUACIÓN DE SALUD EUROPA Y AMÉRICA LATINA.....	23
2.1.5 COBERTURA DE SALUD	26
2.1.6 GASTO EN SALUD	31
2.1.7 INFRAESTRUCTURA	35
2.2 ANALISIS DEL MICRO ENTORNO.....	39
2.2.1 SISTEMA DE SALUD DE HONDURAS.....	39
2.2.1 ENVEJECIMIENTO EN HONDURAS	40

2.2.2 COBERTURA DE SALUD	43
2.2.3 GASTO DE SALUD	44
2.2.4 MEDICAMENTOS	46
2.2.5 RECUROS HUMANO.....	47
2.2.6 INFRAESTRUCTURA	49
2.3 ANALISIS DEL ENTORNO INTERNO	51
2.3.1 UBICACIÓN GEOGRÁFICA	52
2.3.2 ESTRUCTURA POBLACIONAL.....	53
2.3.3 RECURSO HUMANOS.....	53
2.3.4 SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS	53
2.3.5 INFRAESTRUCTURA	55
2.3.6 PROCESO DE RECUPERACION	57
2.3.7 PROCESO DE ATENCIÓN PACIENTE DE TERCERA EDAD	59
2.4 TEORÍAS DE SUSTENTO	61
2.4.1 CALIDAD EN LA ATENCIÓN SANITARIA SEGÚN AVEDIS DONABEDIAN ..	61
2.4.2 MODELO DE CRONIN Y TAYLOR (1992) SERVICE PERFORMANCE SERVPERF	63
2.5 CONCEPTUALIZACIÓN	65
2.6 BASES LEGALES.....	67
2.6.1 MARCO JURÍDICO A NIVEL MUNDIAL.....	67
2.6.2 MARCO JURÍDICO-LEGAL EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE.....	71
2.6.3 LEYES ESPECIALES	72
2.6.4 MARCO JURÍDICO-LEGAL DE HONDURAS	74
2.6.4.1 ATENCIÓN SANITARIA	75
2.6.4.2 INSTITUCIONES PARA LA PROTECCIÓN DEL ADULTO MAYOR	75

2.6.4.3 PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR	76
CAPITULO III: METODOLOGIA	78
3.1 CONGRUENCIA METODOLÓGICA.....	78
3.1.1 MATRIZ METODOLÓGICA.....	78
3.1.2 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES.....	80
3.1.3 HIPÓTESIS	85
3.2 ENFOQUE Y MÉTODOS	85
3.3 DISEÑO DE LA INVESTIGACION	87
3.3.1 POBLACION Y MUESTRA	87
3.3.2 UNIDAD DE ANÁLISIS.....	89
3.3.3 UNIDAD DE RESPUESTA.....	90
3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS APLICADOS.....	90
3.4.1 INSTRUMENTO.....	90
3.5 FUENTES DE INFORMACIÓN.....	92
3.5.1 FUENTES PRIMARIAS	93
3.5.2 FUENTES SECUNDARIAS.....	93
3.6 LIMITANTES DEL ESTUDIO	93
CAPITULO IV: RESULTADOS Y ANALISIS	95
4.1 SEGÚN EL GÉNERO	95
4.2 FACTORES DE CALIDAD	99
4.2.1 FIABILIDAD	99
4.2.2 SEGURIDAD	100
4.2.3 CAPACIDAD DE RESPUESTA.....	101
4.2.4 EMPATÍA	102
4.2.5 SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS	103

4.3 INFRAESTRUCTURA.....	104
4.4 COMPROBACION DE LA HIPOTESIS	106
CAPITULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	107
5.1 CONCLUSIONES	107
5.2 RECOMENDACIONES	109
BIBLIOGRAFIA	110
ANEXOS	119

INDICE DE FIGURAS

Figura 1 Pacientes adulto mayor atendidos en CESAMO PAZ BARAHONA	6
Figura 2 Número de pacientes adulto mayor atendidos mensualmente	6
Figura 3 Transición demográfica mundial, 1950-2050.....	18
Figura 4 Porcentaje de población mundial y regional según rango de edades	19
Figura 5 Esperanza de vida por región de 1975-2015 y proyecciones de 2015-2050	22
Figura 6 Representación de la cadena de resultados respecto de la cobertura sanitaria universal	27
Figura 7 Servicios sanitarios utilizados por los adultos mayores	29
Figura 8 Gasto sanitario mundial.....	32
Figura 9 Sistema de Salud de Honduras	39
Figura 10 Vista satelital del Centro de Salud de Salud de Paz Barahona.....	52
Figura 11 Croquis de las instalaciones del Centro de Salud de Paz Barahona	57
Figura 12 Flujo de fondos de recuperación.....	58
Figura 13 A la izquierda, área de estadística y a la derecha el cuaderno de registro de pacientes	59
Figura 14 Proceso de atención al paciente adulto mayor.....	60
Figura 15 Modelo de calidad de la atención médica.....	62
Figura 16 Modelo SERVPERF DE CALIDAD DEL SERVICIO	64
Figura 17 Identificación de las variables	80
Figura 18 Diseño del esquema metodológico.....	86
Figura 19 Distribución de la población que asiste al Centro de Salud Paz Barahona por género	95
Figura 20 Suministro de medicamentos.....	96
Figura 21 Capacidad de respuesta según la atención recibida	97
Figura 22 Seguridad proporcionada del proveedor del servicio hacia el usuario	97
Figura 23 Empatía en la atención brindada.....	98
Figura 24 Percepción de la infraestructura del área de consultorio	98
Figura 25 Fiabilidad en la atención del Centro de Salud Paz Barahona	99
Figura 26 Seguridad proporcionada del proveedor de la asistencia sanitaria al usuario	100
Figura 27 Capacidad de respuesta por parte del personal del CESAMO de Paz Barahona	101
Figura 28 Empatía por parte del personal sanitario hacia el usuario adulto mayor	102
Figura 29 Suministro de medicamentos.....	103
Figura 30 Infraestructura.....	104

Figura 31 Sala de espera externa al lado izquierdo e interna al lado derecho.	105
Figura 32 Satisfacción general del adulto mayor en el Centro de Salud de Paz Barahona	106

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Porcentaje de mayores de 60 años respecto de la población total	19
Tabla 2 Principales causas de mortalidad	24
Tabla 3 Principales causas de morbilidad en el adulto mayor, 2004	25
Tabla 4 Gasto sanitario según ingreso y región	33
Tabla 5 Causas de morbilidad en Honduras	42
Tabla 6 Principales causas de mortalidad a nivel nacional	43
Tabla 7 Variación del gasto sanitario entre 2005 y 2011	45
Tabla 8 Gasto por proveedores de servicios de salud, 2011	45
Tabla 9 Presupuesto de Salud, 2015	46
Tabla 10 Distribución de los Centros de Salud que dependen de la Región Metropolitana.....	52
Tabla 11 Distribución de la población por grupos de edades, 2017	53
Tabla 12 Medicamentos suministrados por el Centro de Salud de Paz Barahona.....	54
Tabla 13 Derechos de las personas mayores establecidas en 21 constituciones.....	71
Tabla 14 Leyes especiales en algunos países de Latinoamérica y el Caribe	72
Tabla 15 Matriz metodológica	79
Tabla 16 Operacionalización de las variables.....	81
Tabla 17 Unidad de Análisis.....	89

CAPITULO I. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACION

En este capítulo se presenta información referente a los elementos que conforman el planteamiento de la investigación dando una breve introducción, antecedentes, definición del problema con sus respectivos objetivos generales y específicos los cuales guiaran el orden lógico de los resultados en el tema a evaluar finalizando con las preguntas de investigación y justificación del tema en discusión.

1.1 INTRODUCCION

El envejecimiento es un proceso universal, continuo, irreversible e inherente de la vida, conocido por todos los seres humanos y difícil de afrontar debido a los cambios que se experimentan a nivel bioquímico, fisiológico, morfológico, social, psicológico y funcional (Alvarado & Salazar, 2014). En 1982, en la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, la Organización de las Naciones Unidas acordó determinar como adultos mayores a todas las personas de 60 años o más, aceptando este término así mismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) con el propósito de implementar un solo criterio sobre la edad en la cual una persona es considerada de tercera edad a nivel mundial.

Las personas mayores realizan aportes significativos a la sociedad de muchas maneras, ya sea desde el seno de sus hogares, en la comunidad local o en la sociedad en general. Sin embargo, las oportunidades de envejecer y ser miembro activo de la sociedad dependerán en gran medida del estado de salud de la persona.

El envejecimiento es un fenómeno global que representa grandes retos a nivel económico, social, político y sanitario debido a que se trata de uno de los grupos poblacionales más vulnerables y complejos en sus demandas de salud. En muchos países sobre todo en los subdesarrollados, los servicios de salud y las entidades formadoras no se encuentran totalmente preparados para dar respuesta satisfactoria a todas las demandas pero están tomando medidas y realizando programas para cumplir con lo propuesto en las Asambleas Mundiales sobre el Envejecimiento a causa del acelerado incremento que se prevé de adultos mayores a nivel mundial.

Hoy en día la esperanza de vida en la mayor parte de los países es arriba de los 60 años, esto debido a la importancia puesta por parte del gobierno de los países de ingresos medios y bajos a disminuir los niveles de mortalidad y natalidad. En los países con ingresos altos, han disminuido los decesos de las personas mayores gracias a un mejor control de sus enfermedades crónicas y promoviendo desde temprana edad un estilo de vida saludable.

En Honduras, los adultos mayores es uno de los grupos poblacionales de mayor vulnerabilidad, experimentando grandes índices de pobreza, falta de apoyo por sus familiares, discriminación en aspectos laborales y sociales además de la falta de acceso a un sistema de salud que le proporcione todos los medicamentos para tratar su enfermedad crónica. Sólo en San Pedro Sula hay una población adulto mayor alrededor de 140,800 según Censo de población adulta del 2012.

El Centro de Salud de Paz Barahona es uno de los centros de asistencia sanitaria más grandes de San Pedro Sula, brindando atención a 18,000 adultos mayores de esta ciudad. En Honduras existe un programa diseñado para satisfacer la necesidad sanitaria de este grupo, conocido como “Programa Nacional de Atención Integral al Adulto Mayor” teniendo dos instituciones como proveedoras de este servicio, el Centro de Salud Alonzo Suazo en Tegucigalpa y el Centro de Salud de Paz Barahona en San Pedro Sula.

1.2 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

El CESAMO Dr. Miguel Paz Barahona es el establecimiento más importante del área metropolitana ya que es la unidad productora de servicios de atención primaria con mayor cantidad de población programática, atiende un alto volumen de pacientes del área y es un centro de referencia por brindar algunos servicios de mayor complejidad.

El centro de salud fue construido en el año 1959 en un terreno donado por la Señora Amalia viuda de Rosales; cuya construcción inicio en el gobierno del presidente Dr. Ramón Villeda Morales con fondos provenientes del Gobierno y el Patronato Nacional de la Infancia.

Anteriormente funcionaba en el Barrio Guamilito con el nombre de Distrito Sanitario No. 3, conocido popularmente como “Sanidad”, trasladándose posteriormente a su ubicación actual. El primer director fue el Dr. Humberto Pineda Santos, como supervisora de enfermería la Lic Iris Yolanda Gutiérrez y el primer administrador Carlos Manuel Zerón.

Se han realizado diversos cambios en la infraestructura y la ubicación de los departamentos del Centro de Salud aunque no los suficientes y el modelo de prestación de servicio no han sufrido los cambios necesarios para responder con eficiencia a las exigencias de la población que asiste a este centro sanitario.

El CESAMO Dr. Miguel Paz Barahona está ubicado actualmente en el Barrio Medina junto con las oficinas de la Regulación Sanitaria Metropolitana de San Pedro Sula. Su área geográfica de influencia está constituida por 180 barrios y colonias, las cuales están distribuidas en seis de los siete sectores en que la Municipalidad de San Pedro Sula ha dividido la unidad con fines operativos.

1.3 DEFINICION DEL PROBLEMA

En esta sección se presenta el enunciado y la formulación del problema incluyendo las preguntas de investigación.

1.3.1 ENUNCIADO DEL PROBLEMA

Acuña & Adrianzén, (2012) mencionan:

“En el contexto mundial, la tendencia del incremento poblacional proyectado de 1980 a 2025, en 29 países indica un crecimiento de la población general del 14.74% y del 76.91%, para los mayores de 60 años; además, la población mundial mayor de 65 años aumenta en más de 750.000 personas por mes y el 70% de estas personas viven en países en desarrollo”

Según las cifras obtenidas del Banco Mundial, en los últimos años la esperanza de vida en Honduras ha incrementado, en el año 2010 fue de 72.40 y en 2015 alcanzó a 73.32 permitiendo tener una población total de adultos mayores que asciende a 786,016 lo que representa el 8.6% de la población total, según los datos de la Encuesta Permanente de Hogares y Propósitos Múltiples (EPHPM) Mayo 2012.

Las necesidades de salud de los pacientes adultos mayores son complejas donde convergen por un lado aspectos intrínsecos del envejecimiento, alta prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas, mayor frecuencia de alteraciones en la funcionalidad o dependencia física (entre las que hay que agregar demencia y depresión) que los sitúan en una posición de vulnerabilidad; y con aspectos extrínsecos como la falta de recursos económicos, débil soporte familiar y social (Acuña & Adrianzén, 2012).

1.3.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Según las metas propuestas en el Plan Nacional de Salud de Honduras, se determinó que 10 hospitales estarían trabajando de manera descentralizada para garantizar la eficiencia y transparencia del uso del presupuesto. En respuesta a la meta planteada, en Agosto del 2015, el Consejo de Ministros aprobó la descentralización del Hospital Leonardo Martínez y Mario Catarino Rivas y cerrar las consultas externas generales (La Prensa, 2015) dando lugar a un incremento en la atención en los demás centros sanitarios. La descentralización es la transferencia de funciones y responsabilidades del gobierno central a municipios u otros entes, como ONG y corporaciones privadas, para diseñar, regular, monitorear, recolectar fondos y asignar recursos (Mardones, 2008) para realizar un manejo más transparente de los recursos.

Los datos de la figura 1 demuestran que ha incrementado el número de pacientes adulto mayor que es atendido anualmente en el Centro de Salud de Paz Barahona, produciéndose un incremento del 42% del año 2016 al 2017, como consecuencia del crecimiento poblacional de personas de 60 años o más.

Así mismo este incremento poblacional adulto mayor puede ser una consecuencia del nuevo plan de salud donde el paciente tiene que ser atendido en un centro de atención primaria inicialmente, en caso que no se pueda manejar su patología en el centro por la gravedad, deberá ser remitido a los hospitales Leonardo Martínez o Mario Catarino Rivas para ser atendido por un especialista en el área.

El Centro de Salud de Paz Barahona tiene programado atender anualmente 18,000 pacientes adultos mayores de 60 años o más. En los 2 últimos años se ha producido un incremento en la asistencia y atención de pacientes geriátricos, figura 2, actualmente se atiende un promedio de 1,742 pacientes mensualmente.

El Centro de Salud de Paz Barahona es una institución sanitaria donde los estudiantes de medicina, enfermería y odontología realizan su práctica profesional con el propósito de culminar sus requisitos para ser unos profesionales.

El CESAMO cuenta con diversos departamentos en los cuales se podría evaluar la eficacia y eficiencia del uso de los recursos en áreas críticas como la farmacia y el laboratorio, enfermedades más prevalentes dentro de la población que se atiende versus la presencia de medicamentos para tratarlos y si se cuenta con la capacidad para atender a la cantidad de pacientes que llegan con esa afección, evaluar la atención del personal de enfermería en los diferentes departamentos, calcular y analizar tiempos de, pero es la satisfacción del paciente la que influye de manera positiva a incrementar la adherencia al tratamiento (Ginarte, 2001), es por ello que se considera muy importante evaluar el nivel de satisfacción de los pacientes de 60 años a más y poder determinar los factores de la atención en el Centro de Salud que causan mayor insatisfacción en el paciente e influyen en su salud.

Existe consenso en nuestra sociedad, que el adulto mayor es uno de los grupos más vulnerables y complejos en sus demandas de salud, que los servicios y unidades sanitarias no se encuentran totalmente preparados para dar respuesta satisfactoria a sus demandas.

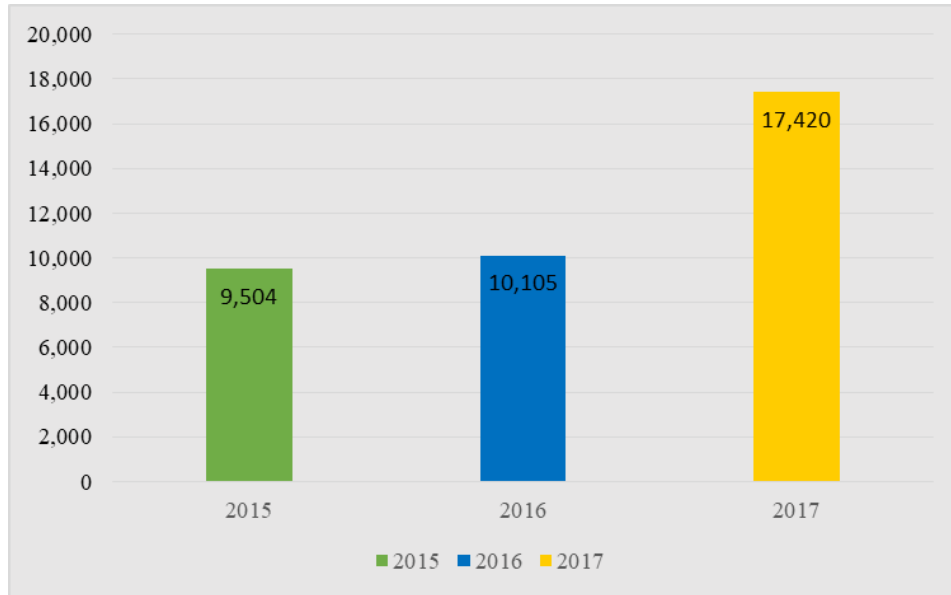


Figura 1 Pacientes adulto mayor atendidos en CESAMO PAZ BARAHONA

Fuente: (Departamento de análisis de datos de CESAMO PAZ BARAHONA, 2017)

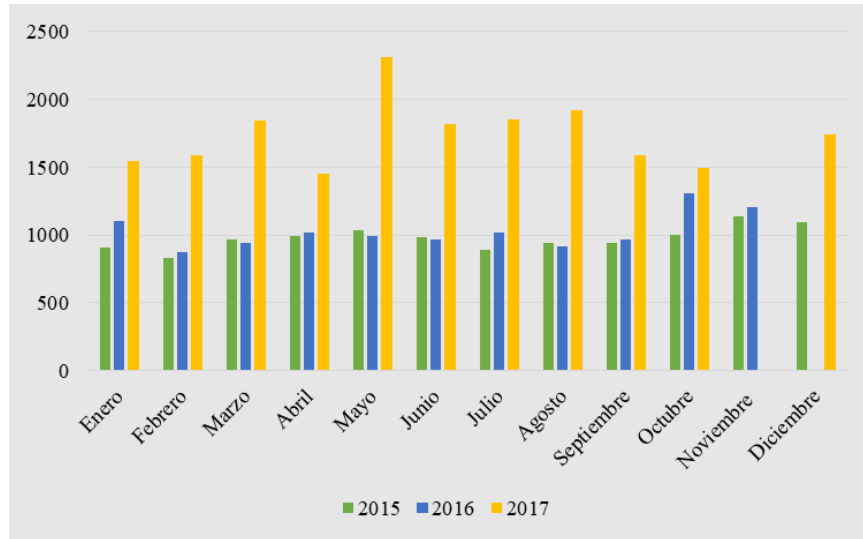


Figura 2 Número de pacientes adulto mayor atendidos mensualmente

Fuente: (Departamento de análisis de datos de CESAMO PAZ BARAHONA, 2017)

La satisfacción del usuario va a depender de que la organización (el Centro de Salud) tenga un sistema administrativo y cultura organizacional enfocada en la persona teniendo un sistema eficiente para suplir las necesidades, deseos y expectativas del paciente (Summers, 2006).

Por lo mencionado anteriormente, se ha formulado la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es el nivel de satisfacción de los pacientes geriátricos en cuanto a su género, calidad de atención e infraestructura que efectúan en relación con la atención que reciben en el Centro de Salud de Paz Barahona?

1.3.2 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- 1) ¿Qué género de los pacientes geriátricos presenta mayor satisfacción sobre la atención brindada en el Centro de Salud de Paz Barahona
- 2) ¿Cuáles son los factores que afectan en la calidad de atención al paciente?
- 3) ¿Cuál es la percepción y condición de la infraestructura del consultorio donde son atendidos los pacientes adulto mayor?

1.4 OBJETIVOS DEL PROYECTO

Es necesario determinar los objetivos que orienten y determinen las aspiraciones del presente trabajo de investigación de modo que contribuyan y aporten los elementos necesarios para lograr establecer la satisfacción de los pacientes en estudio.

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la satisfacción del paciente geriátrico en cuanto a su género, calidad en la atención e infraestructura que brinda el Centro de Salud de Paz Barahona

1.4.2 OBJETIVO ESPECIFICO

- 1) Determinar el género de pacientes geriátricos que mayor satisfacción presenta en la atención brindada en el Centro de Salud de Paz Barahona
- 2) Identificar los factores que afectan la calidad de la atención brindada a los pacientes adulto mayor.
- 3) Establecer la percepción y condición de la infraestructura del lugar donde son atendidos los pacientes adulto mayor.

1.5 JUSTIFICACION

Según la OMS (2015) por primera vez en la historia la mayor parte de la población tiene una esperanza de vida igual o superior a los 60 años. Para 2050, se espera que la población mundial en esa franja de edad llegue a los 2000 millones, un aumento de 900 millones con respecto a 2015. Sin embargo, para que este grupo poblacional llegue alcanzar esta proyección depende en gran medida de un factor: la salud.

El objetivo del sistema nacional de Salud es preservar, mantener y mejorar la salud de la población promoviendo una atención integral centralizada en el paciente logrando establecer una relación de confianza con el personal sanitario. Sus efectos es que el resultado de la atención en salud se mide hoy en términos de efectividad, eficiencia, percepción por el paciente de la atención que recibe medida en términos de satisfacción.

La satisfacción del paciente adulto mayor constituye un elemento importante para la evaluación de los servicios de salud. En primer lugar, es un resultado invaluable, ya que está relacionada con el bienestar que la salud intenta promover; en segundo, contribuye a una mejor atención porque es más probable que el paciente participe de manera más efectiva; y, en tercero, la satisfacción y el descontento constituyen juicios de valor de la persona sobre la calidad de la atención recibida (Tinoco, 2015)

El éxito de una buena evolución clínica se ve inmersa en factores del entorno que rodean al paciente, de este modo se puede decir que en la satisfacción del usuario influyen la utilización y continuidad de los servicios de salud y en la capacidad de comprender y aceptar el tratamiento.

La descentralización que envuelve al Centro de Salud de Paz Barahona lo hace un factor para evaluar la manera como esta ha afectado en el aumento de afluencia de pacientes por lo tanto el incremento demanda de medicamentos y otros insumos necesarios para brindar un buen servicio al adulto mayor.

La satisfacción de los usuarios es el indicador más usado para evaluar la eficacia, efectividad y equidad en la calidad de la atención de los servicios de salud logrando demostrar mediante un estudio transversal las fortalezas y debilidades en la atención al adulto mayor, siendo la primera vez que se realiza un estudio de esta magnitud en el Centro de Salud de Paz Barahona.

CAPITULO II: MARCO TEORICO

Después de haber realizado el planteamiento de la investigación, se procede a brindar un análisis enfocado en la situación actual del macro entorno, micro entorno y entorno interno relacionados a los objetivos de estudio establecidos en el capítulo anterior, además de las bases teóricas y legales que sustentan la investigación junto con definiciones y conceptualizaciones en base a la literatura que se obtuvo a partir de las fuentes primarias y secundarias, todo esto con el fin de dejar claro y detallado información relevante que impulsaron a realizar la investigación.

2.1 ANALISIS DEL MACRO ENTORNO

2.1.1 SISTEMA DE SALUD

Según la OMS (2005) un sistema de salud “es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud proporcionando buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde punto de vista financiero.” Los sistemas de salud deben promover un envejecimiento saludable en donde la supervivencia en la vejez sea con autonomía, con la mejor función física, mental y social posible. Fortalecer el sistema de salud ha sido una lucha y objetivo constante para todos los países del mundo.

La descentralización ha sido un fenómeno que se ha producido a partir de 1980 en muchos países de una u otra forma. La descentralización puede ser de carácter político o administrativo. Los principales objetivos de la descentralización se basan en mejorar la prestación de servicios públicos y elevar el nivel de vida de la población (FAO, 2004).

En América Latina ha existido una inadecuada gerencia de salud, afectada por fuerzas políticas y sociales que generan conexiones de poder, que hacen imposible que el sistema de salud actúe eficazmente. Se considera que el proceso de descentralización contribuye a elevar la eficiencia, eficacia y efectividad de la administración pública de salud y a minimizar las profundas inequidades existentes debido a la pobreza, la inadecuada administración de los recursos y a la ingobernabilidad de los Sistemas de Salud latinoamericanos.

Los primeros países en implementar la descentralización del sistema de salud fueron Chile y Costa Rica, luego lo hizo Brasil y actualmente avanzan en una dirección similar Colombia y Argentina (Pérez et al, 2006)

Los sistemas de salud deben presentar componentes como (Vega, 2003):

- Accesibilidad
- Centralizado en la persona
- Coordinado
- Responsable de parte del personal sanitario
- Equidad y sostenibilidad
- Calidad

2.1.1.1 ACCESIBILIDAD

Debido a los cambios fisiológicos y mentales, se podría esperar que el adulto mayor sea el grupo poblacional que más utilice los servicios sanitarios debido a la alta incidencia que tienen de padecer enfermedades crónicas y degenerativas, consecuencia de hábitos de vida o por factores hereditarios.

Según el Dr. Pabón, la accesibilidad es una “condición variable de la población de poder utilizar o ser atendido por los servicios de salud” (Peña, 2016). El principal factor que afecta la accesibilidad a los servicios públicos es la condición socioeconómico de la persona.

Las personas adulto mayor en los países desarrollados tienen mayor acceso al sistema de salud y presentan una tendencia general de aumentar la demanda de los servicios sanitarios, sobre todo a nivel hospitalario, dicha demanda puede variar entre personas debido al factor socioeconómico.

El factor socioeconómico incluye aspectos personales, familiares, sociales, estado de salud, financieros y atención en salud lo que provoca que el paciente tenga limitantes en utilizar el servicio sanitario y tener una mayor adherencia a su tratamiento por la falta de dinero para adquirirlo.

En un estudio realizado por la OMS que incluyó 12 países europeos, se concluyó que los adultos mayores con bajo nivel socioeconómicas, asisten con mayor frecuencia a consulta general y a hospitalización que a consulta con especialistas u odontólogos. En Estados Unidos también se observó este fenómeno, que las personas mayores más desfavorecidas tenían un menor acceso a los servicios de salud. En los países subdesarrollados esta relación es mucho más evidente siendo los principales obstáculos para acceder al sistema de salud, el transporte sobre todo para aquellos pacientes que viven en las zonas rurales y el costo de la consulta a especialistas. (Organización Mundial de Salud, 2015).

Otro aspecto que afecta la accesibilidad de los servicios de salud, se relaciona con el hecho que no se toma en cuenta las limitaciones de la capacidad típicas de la vejez. Esto sucede en todos los países del mundo sin importar su ingreso económico, incluye obstáculos como la falta de infraestructura sanitaria adaptada a las personas mayores, largas filas y tiempo de espera para recibir asistencia y las barreras de comunicación debido a la falta de información accesible para personas con deficiencia auditiva o visual, o ambas. Los tiempos de espera y las largas filas pueden representar un verdadero problema para los adultos mayores que padecen alguna discapacidad física o restricción de movilidad y para las que tienen incontinencia urinaria, algunos países están optando por programar citas para solventar esos problemas (Organización Mundial de Salud, 2015).

Por lo tanto, debe ser un compromiso en todos los países se mejorar y derribar los obstáculos que se interponen en la accesibilidad a los servicios de salud para las personas mayores que lo necesitan.

2.1.1.2 CENTRALIZADO EN LA PERSONA

Geriatría es una especialidad de la medicina que se centra en el adulto mayor, se ocupa de la atención integral en la salud y enfermedad considerando aspectos clínicos terapéuticos, preventivos, psicológicos y rehabilitación precoz (Martínez & Mitchell, 2013).

La geriatrización consiste en cambiar la atención sanitaria que se da en los servicios de salud (públicos o privados) de acuerdo a las necesidades de la población que va envejeciendo adecuando los recursos materiales y humanos, lo que resulta más económico en comparación con la formación de nuevos recursos que consumen tiempo y dinero (Cabrera, 2008).

En los últimos años, los especialistas en geriatría, han tomado un interés creciente del nuevo modelo que se enmarca dentro del enfoque de atención centrada en la persona.

La Atención Centrada en la Persona “significa un cambio en la forma de planificar los apoyos a las personas para que tengan una vida mejor, garantizando su derecho a la autodeterminación y a ser protagonistas de sus vidas.” (Borderas, 2016)

La OMS determino que la atención centralizada se alcanza cuando se pone a la persona como eje sobre el que giran el resto de las dimensiones relacionadas con el servicio, el equipo, las intervenciones basadas en conocimientos científicos, la relación entre las diferentes disciplinas de la salud y el ambiente. Los países más avanzados en políticas sanitarias como Reino Unido, Países Nórdicos, Canadá, Francia, Estados Unidos o Australia, entre otros, han destacado este enfoque como un elemento clave para la mejora de la calidad asistencial a las personas mayores (Borderas, 2016).

La atención centrada en las personas mayores se basa en la idea de que son más que portadoras de una afección, sino que son miembros importantes de la sociedad que aún pueden seguir aportando a ella, por lo cual también se les debe de proporcionar una atención integral (Organización Mundial de Salud, 2015)

La atención integrada se basa en el servicio continuo de la atención, en todos los niveles y sitios del sistema de salud incluyendo cuidados a largo plazo. El objetivo está centrado en brindar al adulto mayor una atención integral y continua de su salud que va desde la promoción, la prevención de la aparición de enfermedades físicas y mentales, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación, con el propósito universal de mejorar su calidad de vida y mantener su grado de autonomía que les permita la integración social en su medio (Cabrera, 2008).

La estrategia mundial de la OMS propone cambiar el financiamiento, gestión y suministro de los servicios de salud, direccionándolos en los siguientes aspectos para que los sistemas de salud sean más integrados y estén centrados en el adulto mayor (Organización Mundial de Salud, 2015):

- Centrarse en el paciente y sus objetivos
- Potenciar la capacidad intrínseca
- El adulto mayor como participante activo en la planificación de la atención y el autocuidado
- La atención debe integrar personal sanitario, enfermedades, entornos y etapas de la vida.
- Existencia de una relación sólida entre la atención de salud y cuidados a largo plazo
- Considerar el envejecimiento como parte normal y valiosa de la vida.

2.1.1.3 COORDINADO

Los servicios de salud son un conjunto organizado de partes interrelacionadas que interactúan y son interdependientes y se necesita que todos los departamentos del servicio de salud tenga una relación armoniosa entre ellos para alcanzar el objetivo común, la salud del paciente.

La coordinación en salud podría definirse como la concertación de todos los servicios relacionados con la atención a la salud, con independencia del lugar donde se reciban, de manera que se sincronicen y se alcance un objetivo común sin que se produzcan conflictos (Terraza & Vargas, 2006). La coordinación de la atención es un proceso complejo donde se ven involucrados factores como la transferencia de información la cual es vital para conectar los servicios sanitarios a lo largo del seguimiento asistencial, un plan unificado de atención a los pacientes y la sincronización para que la atención se preste en el momento y lugar que el paciente lo necesite (Terraza & Vargas, 2006)

Los sistemas de salud buscan estandarizar los procesos de atención de los pacientes, los cuales pueden servir hasta cierto nivel, pero resultan ineficientes para procesos complejos en los que intervienen servicios especializados e interdependientes, utilizados usualmente por pacientes mayores, presentando deficiencias debido a la falta de adaptación mutua entre los diferentes profesionales y servicios a lo largo del servicio asistencial (Terraza & Vargas, 2006).

La adecuada coordinación de los profesionales de la salud, distintos entornos, y niveles de tratamiento pueden propiciar resultados seguros y efectivos en la salud de los pacientes adulto mayor.

2.1.1.4 RESPONSABLE DE PARTE DEL PERSONAL SANITARIO

La OMS (2006) define a un trabajador de la salud como “toda persona que lleva a cabo tareas que tienen por principal finalidad promover la salud. La atención que prestan debe de responder a las necesidades y expectativas de los adultos mayores, para ello los profesionales de la salud deben de contar con las competencias adecuadas organizándose en equipos multidisciplinarios que les ayuden a brindar una atención integrada.

La combinación específica de competencias necesarias en los distintos equipos multidisciplinarios depende del personal del sistema de salud y de los alcances definidos de su práctica. Lo ideal es que el equipo incluya a: un médico general, un trabajador social, un trabajador comunitario, un geriatra para consulta y apoyo, farmacéuticos, nutricionistas, fisioterapeutas rehabilitadores y psicólogos, solo para nombrar algunos. Además se podría incluir en el sistema como apoyo a pacientes expertos, para que compartan sus conocimientos y experiencias con otros pacientes con su misma patología (Organización Mundial de Salud, 2015).

Es común encontrar profesionales de la salud que no están capacitados para atender las necesidades de los adultos mayores. Debido a la creciente demanda de los servicios sanitarios de la población adulto mayor es de importancia ampliar los conocimientos y la capacidad en materia de atención geriátrica de todas las profesiones vinculadas a la salud. Para lograrlo, las universidades deberán considerar hacer ajustes a sus planes de estudio, el sistema de salud revisar los fondos y dar reconocimiento de la importancia de la capacitación en geriatría.

Además, estos deberán de ser competentes en procesos no médicos como la toma de decisiones compartida, la implementación de la asistencia en equipo, el uso de tecnología de la información y el compromiso con la mejora continua de la calidad (Terraza & Vargas, 2006). Se debe hacer hincapié sobre evitar la discriminación y maltratos a los pacientes geriátricos lo cual se encuentra muy presente en los entornos de asistencia sanitaria.

2.1.1.5 CALIDAD

En la actualidad el concepto de calidad en el servicio de salud tiene una gran importancia, sin embargo, su implementación involucra la gestión logística y cambio cultural de la organización que incluya a todos los actores de la institución con el objetivo de satisfacer las necesidades y preferencias del paciente (Forrellat Barrios, 2014).

Existen diferentes conceptos acerca de calidad en el servicio de salud:

Mejía Sánchez, Cabrera Cruz, & Rodríguez Acosta (2013) lo definen de la siguiente manera:

“Consiste en dar una respuesta efectiva a los problemas o situaciones sanitarias que inciden sobre una población y sus individuos y significa satisfacción de los pacientes, la familia y la comunidad para con estos servicios.”

Orozco (2009)

“La calidad de la atención consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médicas en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos.”

Avedis Donabedian propuso en 1980 lo siguiente:

"Calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes."

La Organización Mundial de la Salud establece que una atención sanitaria de alta calidad es aquella que destina los recursos de una forma completa y puntual a las necesidades identificadas en los individuos o en la población. Estas necesidades pueden ser educativas, preventivas, curativas o de mantenimiento.

La implementación de servicios de calidad en el sistema de salud de cada país, involucra la organización y garantía de los recursos humanos, tecnológicos y materiales aplicando normas, guías de práctica clínica, procedimientos y protocolos diagnósticos terapéuticos para asegurar la promoción, prevención, curación para el bienestar y satisfacción de la población (Mejía et al., 2013).

Se debe de concientizar a los profesionales de la salud sobre el concepto de calidad, su importancia, el por qué, para qué y los objetivos que este persigue. Para proporcionar una atención de calidad al paciente es necesario incluir dentro del equipo de trabajo a los profesionales de la salud (médicos, enfermeras, microbiólogos, dentistas) técnicos y personal administrativo que permita la interrelación entre servicios. (Forrellat Barrios, 2014)

2.1.2 ENVEJECIMIENTO A NIVEL MUNDIAL

A nivel mundial, los índices de natalidad y mortalidad han disminuido gracias a la conciencia que se está haciendo en la población sobre planificación familiar, prevención y tratamiento de enfermedades crónicas, provocando un aumento en la esperanza de vida y por consiguiente aumento en el envejecimiento poblacional.

La natalidad y mortalidad de la población mundial han disminuido a partir de la segunda mitad del siglo pasado. La natalidad tuvo un descenso entre los años 1950 y 2000 de 37.6 a 22.7 nacimientos por cada mil habitantes, mientras que la mortalidad bajo de 19.6 a 9.2 muertes por cada mil habitantes en el mismo periodo como lo muestra la figura 3, esta transición ha provocado un aumento de la población adulto mayor y se espera que este fenómeno siga promoviéndose en la primera mitad del siglo en curso. (Jiménez Lara & Quezada García, 2008)

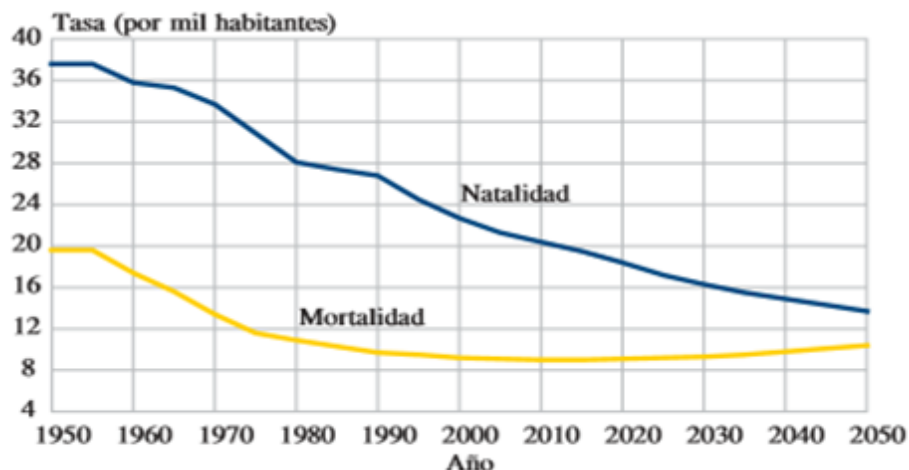


Figura 3 Transición demográfica mundial, 1950-2050

Fuente: (Naciones Unidas, 2015)

El envejecimiento de la población mundial está ocurriendo de forma rápida en todas partes del mundo, se estiman que hay 901 millones de personas de 60 años o más en el año 2015, representando el 13 por ciento de la población global creciendo un 3% anualmente, se estima que para el 2050 en todas las regiones, el grupo poblacional de 60 años o más va a ser aproximadamente un cuarto o más de su actual población, exceptuando este fenómeno en África. Las proyecciones realizadas por las Naciones Unidas, estiman que la población adulto mayor será de 1.4 billones en 2030 y 2.1 billones en 2050. (Revisión de Población Mundial Naciones Unidas, 2017)

Según lo muestra la figura 4, Europa es la región con el mayor porcentaje de personas de la tercera edad con un 25% de habitantes de 60 años o más, el cual se espera que para el 2050 incremente a 35%. Seguidamente Norte América con 22% y Oceanía con 17% los cuales se esperan que en el año 2050 aumenten a 28% y 23% respectivamente. América Latina y el Caribe representan el 12% y se proyecta que alcance a 25% en el 2050, así mismo Asia representa un 12% y se espera un 24% mientras que en África que tiene la distribución poblacional más joven, se espera que haya un incremento de 5% a 9% en el 2050. (Revisión de Población Mundial Naciones Unidas, 2017)

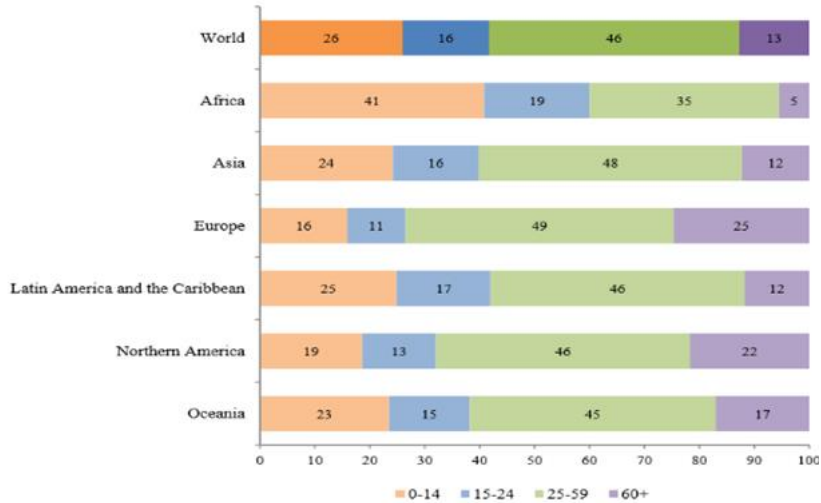


Figura 4 Porcentaje de población mundial y regional según rango de edades

Fuente: (Naciones Unidas 2017)

El envejecimiento interno de la población mayor europea sigue pronunciándose, en el año 2014, Italia y Alemania representaban los porcentajes más altos de población con un 22% y 21,1% respectivamente. Seguidos de Grecia con una población adulto mayor de 21.3%, Portugal de 20.7% y Bulgaria con 20.4% (Eurostat, 2014). Así mismo, Francia, Reino Unido y España se sitúan también entre los 20 países con mayor porcentaje de población de adulto mayor. (Jiménez Lara & Quezada García, 2008) Se espera un incremento de estas cifras en el año 2050, tabla 1.

Tabla 1 Porcentaje de mayores de 60 años respecto de la población total

	2014	2025	2050
Alemania	21.1%	32.9%	38.5%
España	18.7%	26.4%	38.2%
Francia	18.8%	27.8%	31.2%
Italia	22%	31.3%	38.7%
Reino Unido	17.9%	25.3%	29.0%
EU (27 países)	22.5%	28.4%	35.2%

Fuente: (Eurostat, 2015 y Jiménez Lara & Quezada García, 2008)

Japón, es el país con mayor de personas de 60 o más años respecto a su población total, con un 27,9% en 2007. El primer país de América Latina que tiene mayor población de tercera edad es Cuba, en el número 48 con un 16,1% de adultos mayores respecto a su población total. Emiratos Árabes, Qatar, Nigeria, Kuwait, Liberia presentan los porcentajes más bajos de población de 60 años o más siendo estos entre el 2 y el 4% (Jiménez Lara & Quezada García, 2008).

El Índice Global de Envejecimiento, AgeWatch un instrumento que evalúa los factores que determinan el bienestar social y económico de las personas adultas mayores en todo el mundo.

En el año 2015, Suiza fue el país con que mayor índice obtuvo gracias a su serie de políticas y programas para el envejecimiento activo y la promoción de capacidades, salud y entornos favorables para las personas mayores. Por el otro lado, Afganistan fue el país con el índice más bajo, teniendo limitadas políticas locales y nacionales para promover el bienestar de las personas mayores (HelpAge, 2015)

2.1.2.1 ENVEJECIMIENTO SEGÚN EL GÉNERO

La variable género es importante para estudiar la salud durante el envejecimiento porque nos permite reconocer dificultades y desigualdades en este grupo, estudiar enfermedades y calidad de vida (Barrantes, 2006). Algunas enfermedades como la artritis y el reuma, muestran porcentajes superiores en las mujeres, mientras que enfermedades cardiovasculares y metabólicas, las úlceras, la hernia hiatal, la gastritis o la duodenitis, y la osteoporosis predominan ligeramente en los hombres (Rodríguez et al, 2009).

Si bien es cierto la mayor parte de la población adulto mayor a nivel mundial son mujeres, especialmente en el grupo mayor de 80 años, no indica que tiene una mejor calidad de vida que el hombre, sino lo contrario, a causa de su estilo de vida, mala nutrición, embarazos, partos, entre otros, cobran un alto precio durante esta etapa de la vida. (Barrantes, 2006)

Aún en la vejez, las mujeres siguen siendo víctima de todo tipo de violencia (física y emocional), desigualdad social, un estado de salud desgastado, al no acceso a la educación, a ingresos mínimos, a la falta de reconocimiento de su participación activa en la economía de la familia, la comunidad y la sociedad originando que este porcentaje de mujeres, llegue a la vejez con serias desventajas (Larico, 2012)

Según la Organización Panamericana de Salud, 2010 estable que

“La inequidad de género en materia de salud se refiere a las desigualdades entre las mujeres y los hombres con respecto al estado de salud, la atención sanitaria y la participación en el trabajo sanitario que son injustas, innecesarias y evitables.”

El Plan de Acción de Madrid en el año 2002 estableció que se debía tener un compromiso por parte de los países miembros de poseer políticas de igualdad de géneros de las personas mayores mediante la supresión de la discriminación de género así como de todas las formas de discriminación (Guzmán, 2002).

2.1.3 ESPERANZA DE VIDA A NIVEL MUNDIAL

La revisión de la Población Mundial de Naciones Unidas del 2017 afirma que en estos últimos años se ha identificado un aumento significativo de esperanza de vida a nivel global, la cual ha incrementado por 3.6 años entre los periodos de 2000-2005 y 2010-2015 de 67.2 a 70.8 años.

Todas las regiones comparten el aumento de la esperanza de vida sobre este periodo de tiempo, pero se ve un aumento aún más significativo en África, donde la esperanza de vida incremento por 6.6 años entre estos periodos de años. La esperanza de vida en África en 2010-2015 fue de 60.2 años, en Asia de 71.8 años, en América Latina y el Caribe 74.6 años, en Europa de 77.2 años, Oceanía de 77.9 años y 79.2 años en América del Norte (Revisión de Población Mundial, Naciones Unidas, 2017).

Actualmente España es el país europeo con una mayor esperanza de vida y el segundo país a nivel mundial tras Japón, gracias a las estrategias sanitarias que han venido implementando en las últimas décadas (Ramos Cordero & Pinto Fontanillo, 2015).

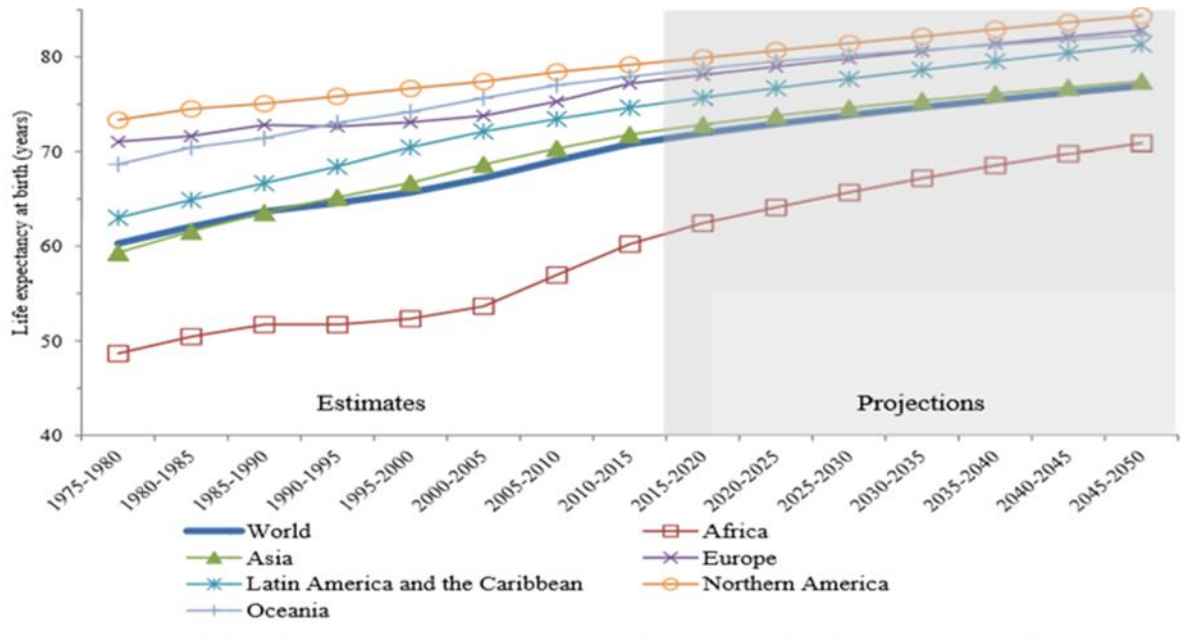


Figura 5 Esperanza de vida por región de 1975-2015 y proyecciones de 2015-2050

Fuente: (Naciones Unidas, 2017)

A nivel mundial, se proyecta que la esperanza de vida al nacer incremente de 71 años en 2010-2015 a 77 años en 2045-2050, figura 5. Se espera en Africa un ascenso aproximado de 11 años de esperanza de vida alcanzando a 71 años en 2015-2050. Estos aumentos se deben a la disminución de pacientes con VIH/SIDA y el tratamiento eficiente de infecciones así como otras enfermedades de alta mortalidad. En Asia, Europa, Latinoamérica y el Caribe se proyecta un aumento de 6 a 7 años en la esperanza de vida en el 2015-2050, mientras que América del Norte y Oceanía se estima alrededor de 4 a 5 años (Revisión de Población Mundial, Naciones Unidas, 2017)

2.1.4 SITUACIÓN DE SALUD EUROPA Y AMÉRICA LATINA

Para conocer la situación de salud del adulto mayor a nivel mundial es necesario utilizar los indicadores de morbilidad y mortalidad. La OMS define morbilidad como “toda desviación subjetiva u objetiva de un estado de bienestar fisiológico” y mortalidad como “el número de defunciones por lugar, intervalo de tiempo y causa”.

La distribución de la morbilidad y mortalidad por edad está relacionada con el nivel de ingreso del país donde vive la persona. (Jiménez Lara & Quezada García, 2008). En los países desarrollados, el 78% de las muertes de adultos ocurren después de los 60 años mientras que en los países en vías de desarrollo es de 42%. Para las edades más avanzadas, las variaciones regionales en cuanto al riesgo de muerte son menos pronunciadas y oscilan entre el 40% para la mayoría de los países de Europa, el 60% para los países subdesarrollados y el 70% para el continente africano. Algunos países de Europa oriental, empezaron a experimentar mejoras en el índice de mortalidad, aunque otros como la Federación de Rusia no ha logrado mejorarlo (Organización Mundial de Salud, 2003).

La mortalidad en relación al sexo, presenta un predominio en la población masculina dando como resultado mayor cantidad de mujeres de edad avanzada solas tanto en la casa o en instituciones (Ramos Cordero & Pinto Fontanillo, 2015).

Las principales causas de mortalidad y morbilidad en el adulto mayor no han variado significativamente en la última década, según lo muestra la tabla 2, las cardiopatías isquémicas y las enfermedades cerebrovasculares son las causas principales seguidas por orden de importancia, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), seguida de las infecciones de las vías respiratorias inferiores y los cánceres de tráquea, bronquios y pulmón. Las causas de muerte relacionadas con los problemas cardíacos y respiratorios representan más de la mitad de todas las muertes de mayores que ocurren en el mundo (Jiménez Lara & Quezada García, 2008).

Tabla 2 Principales causas de mortalidad

Causa	Defunciones	Porcentaje
Cardiopatías isquémicas	5,772,037	19.1
Enfermedades cerebrovasculares	4,823,986	16
Enfermedad Pulmonar obstructiva crónica	2,652,056	8.8
Infecciones de las vías respiratorias bajas	1,623,993	5.4
Cánceres de tráquea, bronquios y pulmón	989,882	3.3
Diabetes mellitus	863,329	2.9
Cardiopatía hipertensiva	805,377	2.7
Cáncer de estomago	572,194	1.9
Cáncer de colon y recto	491,294	1.6
Tuberculosis	406,448	1.3

Fuente: (Jiménez Lara & Quezada Garcia, 2008)

La Organización Mundial de Salud, (2003) menciona:

“En los países desarrollados, las cardiopatías isquémicas y las enfermedades cerebrovasculares causan conjuntamente más del 36% de las muertes, siendo las tasas de mortalidad más elevadas para los varones que para las mujeres.”

Las principales causas de mortalidad para el sexo femenino son la diabetes mellitus, enfermedades cerebrovasculares y cardiopatía hipertensiva, mientras que para los hombres las principales causas de muerte son cánceres de tráquea, bronquios, pulmón, estómago y tuberculosis. (Jiménez Lara & Quezada García, 2008)

Como lo muestra la tabla 3, las enfermedades crónicas constituyen la principal causa de mortalidad representando el 63% de las muertes anuales. Según datos de la OMS en el año 2008, 36 millones de personas murieron a causa de enfermedades crónicas, 27 millones eran mayores de 60 años. (Ramos Cordero & Pinto Fontanillo, 2015)

Tabla 3 Principales causas de morbilidad en el adulto mayor, 2004

Causa	Porcentaje
Cardiopatía isquémica	14.4
Enfermedades cerebrovasculares	11.7
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	7.1
Alzheimer y otras demencias	4.2
Infecciones de las vías respiratorias bajas	3.6
Errores refractivos (hipermetropía, astigmatismo)	3.5
Diabetes mellitus	3.1
Trastornos de visión relacionados con la edad o de otro tipo	3.0
Cánceres de tráquea, bronquio y pulmón	2.8
Catarata	2.5

Fuente: (Jiménez Lara & Quezada García, 2008)

Las primeras causas de morbilidad en los adultos mayores en el mundo en el año 2004, tabla 4, eran las cardiopatías isquémicas, las enfermedades cerebrovasculares y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. En los países desarrollados las principales causas de morbilidad son patologías no transmisibles de carácter crónico que pueden provocar situaciones de discapacidad como Alzheimer y otras demencias, trastornos de visión especialmente las cataratas (Jiménez Lara & Quezada García, 2008).

Las enfermedades crónicas que más sufren las personas mayores en Europa son la artritis, la diabetes y las enfermedades cardíacas. En general, la morbilidad aumenta en la edad, de forma más prevalente en las mujeres que en hombres, padeciendo el sexo femenino hasta tres enfermedades crónicas al mismo tiempo (Jiménez Lara & Quezada García, 2008).

En Latinoamérica, las enfermedades cardiovasculares siguen siendo la principal causa de morbi-mortalidad entre la población adulto mayor. La prevalencia de hipertensión arterial oscila entre 48% según la encuesta SABE, en la que se especula que por lo menos 20 millones de adultos

mayores sufren de esta enfermedad y dos tercios de los cuales son mujeres. La prevalencia de diabetes tiende a ser más alta entre las personas que tienen menos de tres años de escolaridad asociadas a la obesidad. Una de las enfermedades más incapacitantes es la artrosis afectando a dos tercios de las mujeres. (CEPAL, 2003)

2.1.5 COBERTURA DE SALUD

Según lo establece la OMS, (2003)

“El objetivo de la cobertura sanitaria universal es lograr que todos obtengan los servicios de salud que necesitan —prevención, promoción, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos sin correr el riesgo de ruina económica o empobrecimiento, ahora y en el futuro”

En el Informe sobre la salud en el mundo 2010 se presentó el concepto de cobertura sanitaria universal en tres dimensiones: los servicios de salud que se necesitan, la cantidad de personas que los necesitan, y los costos para quienquiera que deba pagar (usuarios o el Estado).

La finalidad de la cobertura universal es que la población obtenga los servicios de salud que necesita a un costo asequible para el paciente y para la nación en su conjunto. En todos los países hay personas que no cuentan con la capacidad económica para pagar el uso de servicios sanitarios y todo lo que conlleva el tratamiento de su patología y es ahí, donde este tipo de paciente se encuentra con el dilema sobre si existe un servicio de salud local que pueda suplir todas sus necesidades en el ámbito de salud, que pueda adquirir atención médica y medicamentos gratuitos o empobrecerse aún más al tener que pagarlo, o bien decidir no usarlo, seguir enferma y correr el riesgo de aumentar las repercusiones en su salud (Organización Mundial de Salud, 2003).

Algunas medidas que han optado los países miembros es utilizar distintas formas de pago anticipado por los servicios que se obtienen de una combinación de impuestos oficiales y seguros médicos, lo que permite mancomunar fondos que puedan redistribuirse para reducir los barreras económicos que las personas puedan sufrir, de modo que los costos que conlleva una enfermedad se puedan repartir entre toda la población (Organización Mundial de Salud, 2003).

Los gobiernos de los países de bajos ingresos, por lo general, no logra recaudar suficientes fondos para cubrir la demanda de los servicios de salud que la población necesita, convirtiéndose una disyuntiva sobre cuál es la mejor manera de prestar apoyo a la salud dentro de las posibilidades presupuestarias. Se hacen inversiones financieras en medicamentos y otros productos, así como en infraestructura, a fin de generar servicios que tengan un impacto positivo en la salud de los pacientes (Organización Mundial de Salud, 2013).

Para obtener un avance en la cobertura sanitaria universal, primeramente, se debe de definir los servicios y políticas que se necesita tomando en consideración los riesgos económicos, la cantidad de población que va hacer uso de ello y el costo. Los gobiernos deben de decidir de qué manera avanzar conforme a los recursos financieros que dispongan. Seguidamente los gobiernos deberán de medir los progresos que se realizan mediante indicadores y datos apropiados (Organización Mundial de Salud, 2013).

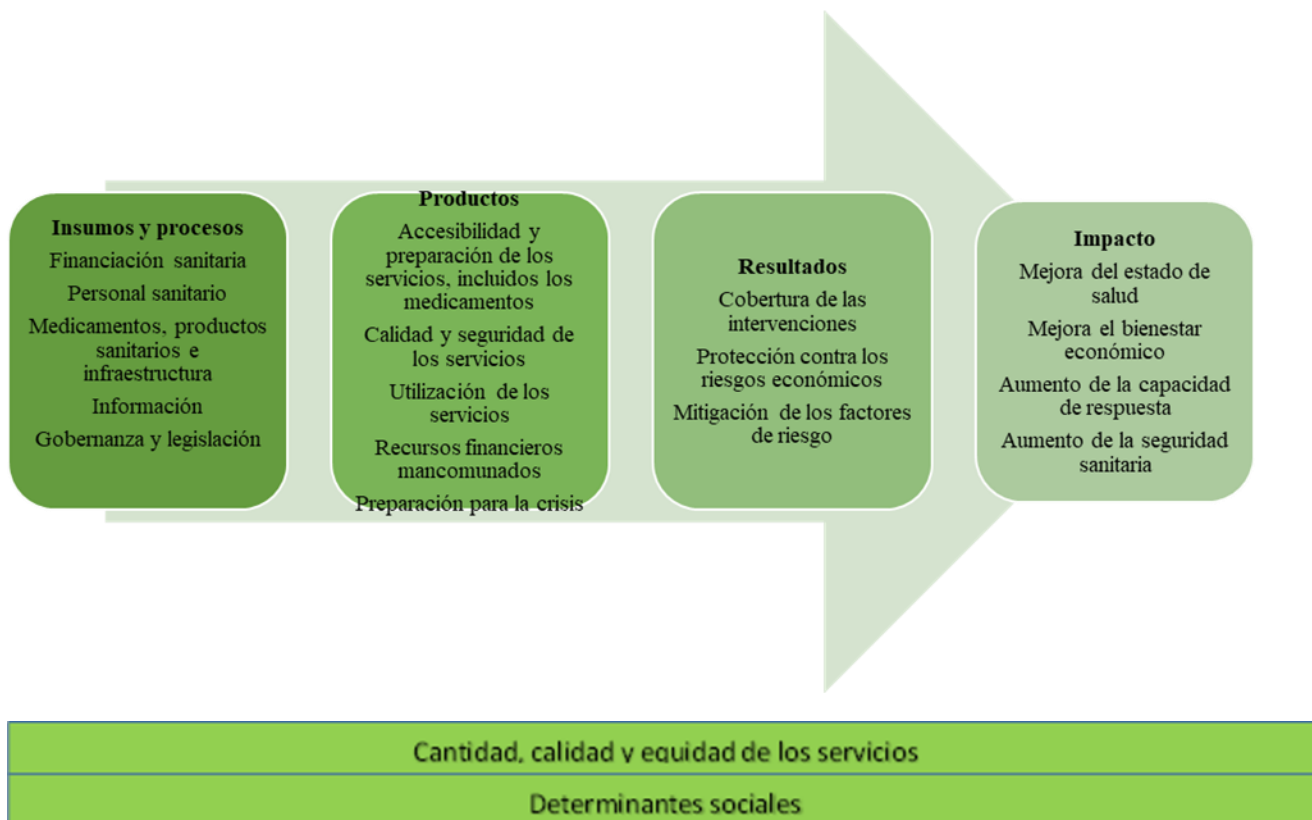


Figura 6 Representación de la cadena de resultados respecto de la cobertura sanitaria universal

Fuente: (OMS, 2013)

Cada uno de los resultados de las casillas de insumo, proceso y productos representados en la figura 6 tienen un impacto en la salud. Todas las mediciones deben indicar la cantidad, calidad y equidad al acceso a la salud, esta última está influenciada por las determinantes sociales (ocupación, ingresos, lugar de vivienda, entre otros).

2.1.5.1 UNIÓN EUROPEA

En Europa existen dos modelos sanitarios: Modelo Beveridge y Bismark, los cuales se diferencian fundamentalmente en su cobertura, organización y financiación.

El modelo Beveridge o también conocido como “Sistema Nacional de Salud”, tiene su origen en el sistema de salud británica. Este tipo de sistema apuesta por una protección sanitaria universal a través de fondos recaudados por el sistema fiscal mediante los impuestos sobre el valor añadido y otros gravámenes que se aplican a determinados productos como hidrocarburos, alcohol, tabaco o electricidad. Tiene una amplia red de centros sanitarios propios, no suele tener copago para los servicios sanitarios, excepto el copago farmacéutico y se encarga de regular el precio de los medicamentos. Suecia, Finlandia, Noruega, Dinamarca, Islandia, España, Italia y Portugal son países bajo este concepto y cuentan con una cobertura sanitaria del 100% (Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad, 2013)

El modelo Bismark o conocido también como el “Sistema de Seguridad Social” es el sistema financiado principalmente por cuotas obligatorias pagadas por empresarios y trabajadores e impuestos. En este sistema los impuestos generales son mayormente utilizados para financiar asistencia básica pública (vacunaciones o maternidad) a los sectores desfavorecidos y sin cobertura. Existen pagos complementarios, entre ellos el hospitalario y el farmacéutico que no ofrecen protección universal. Alemania, Austria, Bélgica, Francia, Grecia, Luxemburgo y Países Bajos se rigen bajo este sistema alcanzando una cobertura del 100% o cercano (Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad, 2013).

Según la Encuesta Europea de Salud (EHS), 2013 recolecto datos acerca del uso de los servicios sanitarios de los ciudadanos de tercera edad dividiéndolos en 3 grupos, mayores de 65 años, de 65 años a 74 años y de 74 años a 84 años, obteniendo los siguientes datos:

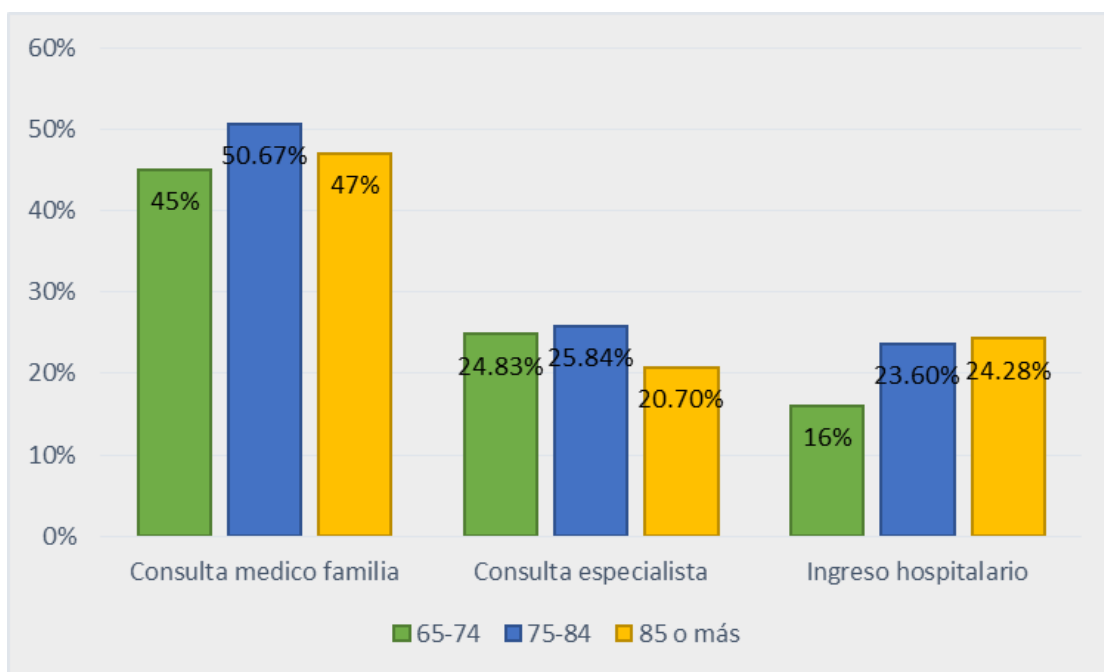


Figura 7 Servicios sanitarios utilizados por los adultos mayores

Fuente:(Datos obtenido del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013)

El rango de uso de la consulta de medicina de familia en el grupo de 65 a 74 años va desde el 67,4% de Eslovaquia al 6,9% de Chipre, en el grupo de 75 a 84 años con un rango entre el 68,4% de Austria y el 6% de Chipre; y en el grupo de 85 y más años con un rango que oscila entre el 68,2% de Hungría y el 9,5% de Chipre (EUROSTAT, 2013)

El uso de la consulta del especialista en el grupo de 65 a 74 años presento un rango entre el 45,9% de Eslovaquia y el 9% de Malta, en el grupo de 75 a 84 años un rango entre el 42,3% de República Checa y el 7,6% de Rumanía, y en el grupo de 85 y más años un rango entre el 41,9% de Chipre y el 6,6% de Malta. (EUROSTAT, 2013)

Los ingresos hospitalarios en el grupo de 65 a 74 años registraron un rango entre el 24,5% de Austria y el 11% de Chipre y Rumanía; en el grupo de 75 a 84 años un rango entre el 33% de Austria y el 14% de Rumanía; y en el grupo de 85 y más años con un rango entre el 35,6% de Austria y el 19,9% de Malta. (EUROSTAT, 2013)

La mayor utilización de los servicios en todos los grupos de edad de mayores de 65 años es el de consulta con el médico familiar confirmándose en la figura 7. Aunque la cobertura de salud es prácticamente universal en la Unión Europea, algunos ciudadanos tienen necesidades de atención médica insatisfechas, bien por problemas de acceso como falta de capacidad de pago, listas de espera o lejanía de los recursos, bien por falta de tiempo, no conocen un buen doctor o especialista y prefieren esperar (Jiménez Lara & Quezada García, 2008).

2.1.5.2 LATINOAMÉRICA Y EL CARIBE

Según la Organización Panamericana de Salud, OMS y CEPAL la mayoría de los países de América Latina tiene pendiente mejorar el acceso, cobertura y reducción de desigualdades en materia de salud.

En el Plan de Acción Internacional acordado en la Asamblea sobre el envejecimiento en Madrid, se estableció una Estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe donde establece como meta general, dar acceso a los adultos mayores a servicios de salud de forma integral y adecuada a sus necesidades, promoviendo una mejor calidad de vida y el mantenimiento de su autonomía y funcionalidad. La estrategia, así mismo tienen como objetivo promover la cobertura universal de los servicios de salud para las personas mayores, incorporando el envejecimiento como componente esencial de las leyes y políticas nacionales en torno a la salud (Núñez, 2009).

Actualmente, los sistemas de salud de América Latina son altamente fragmentados. Los derechos concedidos, la cobertura y la organización institucional varían entre los distintos grupos de la población. El servicio y atención al sistemas de salud en Latinoamérica está condicionado a la situación económica de la población presentando de una división en subsectores: servicios

tradicionales del sector público para la población de bajos ingresos, los servicios de seguridad social para los empleados formales (en algunos casos extensivos a sus familias), y los servicios privados para los que tienen capacidad de pago. La carencia de coordinación entre los tres subsectores ha sido fuente de ineficiencias, ya que los diversos grados de fragmentación dificultan el uso eficiente de los recursos requeridos para alcanzar la cobertura universal de salud. (Titelman & et al , 2014)

2.1.6 GASTO EN SALUD

El gasto en salud es un tema de relevancia para la economía de un país por el impacto de la sostenibilidad financiera del sistema de salud en relación con la cobertura sanitaria de la población (Molina et al, 2000). El gasto sanitario de un país mide el consumo final de bienes y servicios de salud y la inversión de capital en infraestructuras dedicadas a la atención sanitaria (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad 2014).

El análisis de la composición de las fuentes de financiamiento y el conocimiento del gasto sanitario nacional es esencial para la toma de decisiones, para distribuir los recursos del sector de salud y que estos sean utilizados de forma equitativa y eficaz para enfrentar los problemas de salud que afectan a la población. Se suele utilizar como indicador la proporción del gasto sanitario en relación con el PIB para conocer la prioridad que la sociedad asigna a la atención de la salud de su población (Molina et al, 2000).

Según datos del Banco Mundial, en el 2014, el gasto en salud a escala mundial ascendió a 9.9% del producto interior bruto, fig. 8, representando el nivel más alto America del Norte con 16.5% siendo Estados Unidos el país con mayor gasto sanitario con 17.1%, le sigue Europa con 9.5%, con 7.3% en América Latina y el más bajo de 4.4% en la Región de Asia Meridional. Por término medio, esto se traduce en aproximadamente US\$ 1,059 por habitante, si bien existen enormes variaciones que van desde los escasos US\$ 67 por habitante de la Región de Asia Meridional, US\$ 709.77 en América Latina hasta los US\$ 9,674 en Europa (Suecia).

A nivel regional, América Latina realiza un gasto en salud insuficiente y de distribución inadecuada que no proporciona una cobertura universal. El gasto sanitario depende mucho del gasto privado en los servicios de salud y abastecimiento de medicamentos, como promedio representa el 45% del gasto total en materia de salud, el cual como porcentaje PIB es mayor que la región europea, significando esto que las propias familias financian en gran medida su cobertura en salud (Tieltman et al, 2014).

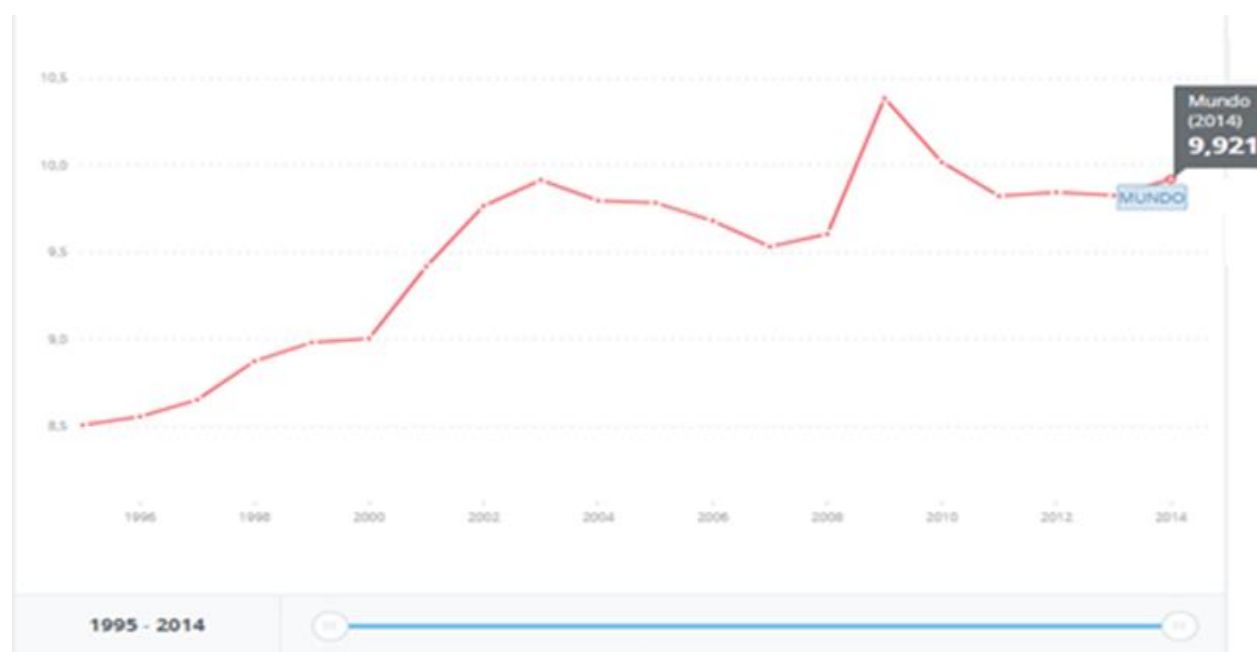


Figura 8 Gasto sanitario mundial

Fuente: (Banco Mundial, 2014)

El gasto sanitario per cápita en 2004 en América Latina fue de 277 dólares por habitante. Con este indicador se observan diferencias notables entre países de la misma región, presentando Bolivia, Nicaragua, Honduras y Paraguay un gasto sanitario total que no alcanza los 100 dólares por habitante, mientras que en México contaba con 424 dólares por habitante, Argentina con 383 dólares, Chile con 359 dólares, Panamá con 343 dólares y Uruguay con 315 dólares (Jiménez Lara & Quezada García, 2008).

Al compararlas con las cifras de países de la Unión Europea se observa una diferencia abismal, Alemania presentó un gasto sanitario total per cápita en el año 2004 sobre 3,521 dólares, en Francia era de 3,464 dólares, en el Reino Unido de 2,900 dólares, en Italia alcanzaba los 2,580 dólares y en España se situaba en 1,971 dólares. El gasto privado en la mayoría de los países representa más del 50% del gasto sanitario total. En el año 2004, República Dominicana con 68,4%, Paraguay con 66,3%, Ecuador con 59,3%, y Guatemala 59,0% representaban el gasto privado más elevado de la región. La participación más baja del gasto privado dentro del gasto total sanitario se da en Cuba con un porcentaje del 12,2%, seguida por Colombia (14%) y Costa Rica (23%) (Jiménez Lara & Quezada García, 2008).

A pesar que un país refleje un alto gasto sanitario, eso no siempre significa una mejor atención y cobertura, el nivel de gasto puede reflejar la prioridad que un país le otorga a la salud y el enfoque, siendo el asistencial el que representa mayor gasto sanitario lo cual no siempre es con un alto nivel de atención (Jiménez Lara & Quezada García, 2008).

Tabla 4 Gasto sanitario según ingreso y región

Países o Estado Miembro	Gasto total en salud como % PIB	
	2004	2014
Según sus ingresos		
Ingreso bajo	5.7	5.7
Ingreso mediano bajo	4.2	4.5
Ingreso mediano y bajo	5.2	5.8
Ingreso mediano	5.2	5.8
Ingreso mediano alto	5.5	6.2
Ingreso alto	10.9	12.3

Continuación tabla 4...

Región según la OMS		
Unión Europea	9.1	10
América Latina y el Caribe	6.4	7.3
América del Norte	14.7	16.5
África	6	5.5
Asia Oriental	6.7	6.9
Asia Meridional	4	4.4

Fuente: (Banco Mundial,2014)

En ciertos gobiernos, el gasto sanitario provocado por el adulto mayor puede ser más significativo, sobre todo en aquellos sistemas donde se producen hospitalizaciones prolongadas para el tratamiento de dolencias leves y moderadas que en aquellos otros donde estas situaciones son manejadas preferentemente de manera ambulatoria o mediante atención domiciliaria (Jiménez Lara & Quezada García, 2008).

Según los indicadores del OECD del 2011, el gasto en medicamentos y productos sanitarios ha incrementado en Europa representando un 1,6% de su PIB al gasto (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad 2014). Los recursos externos se están convirtiendo en una fuente muy importante de financiación de la salud en los países de ingresos bajos representando dos tercios del gasto sanitario total. Para el año 2006 se produjo un aumento del uso de recursos externos en los países de ingresos bajos representando un 17% en comparación con el 12% del gasto sanitario total en 2000 (OMS, 2009).

2.1.7 INFRAESTRUCTURA

La OMS ha señalado que dentro de las esferas para crear un sistema de salud bien adaptado es necesaria la infraestructura sanitaria incluyendo productos, vacunas y tecnologías adecuadas, además de recursos humanos, servicios de información, gobernanza y financiamiento (Organización Mundial de Salud, 2015)

Las condiciones biológicas del adulto mayor pueden dificultar ciertas actividades cotidianas que anteriormente realizaban con facilidad (subir gradas, correr, levantar objetos pesados, entre otros), pero debido a los cambios que experimentan se debe buscar alternativas para hacer accesibles la realización de ciertas tareas.

2.1.7.1 VIVIENDA

Las personas mayores desean vivir en una vivienda digna, con sus comodidades y seguridad independientemente su condición económica y social. En muchos casos, las personas mayores siguen viviendo en la misma casa que lo hacían ya hace tiempo teniendo elementos potencialmente peligrosos como alfombras, puertas estrechas, baños inaccesibles y poca luz que se convierten en obstáculos a medida que la persona envejece y pierde su capacidad motora (OMS, 2015).

Las reformas de la vivienda (conversiones o adaptaciones realizadas a elementos físicos de la vivienda para hacer más accesible el entorno físico) se convierten en una necesidad imperante para proveer al adulto mayor una mayor calidad de vida en su propio hogar trayendo diversos beneficios para ellos: facilitan las tareas, reducen los riesgos de salud, mantienen su independencia y tiene efectos positivos a nivel emocional. (OMS, 2015)

Para realizar las reformas de la vivienda se deben tener en consideración tres aspectos fundamentales, comodidad, seguridad y movilidad (Hernández, 2014)
Las modificaciones a realizarse en la vivienda dependerá de la condición física del adulto mayor, pero en general (Hernández, 2014):

- Cuanto menos muebles haya, mejor para evitar tropiezos con ellos
- Eliminar muebles inestables y esquinas con los que el paciente pueda tropezar y lastimarse.
- Evitar tapetes sueltos y pisos encerados o resbalosos.
- Para los usuarios con sillas de ruedas deberá de habilitarse rampas o ascensores y puertas anchas.
- Pasillos largos y escaleras con pasamanos en ambos lados.
- Buena iluminación y una Instalación eléctrica perfectamente distribuida en genera
- Los pisos lisos, nivelados y en buen estado para transitar sin dificultad
- El comedor deberá contar con sillas livianas, seguras y estables.
- La cama debe ser cómoda, de fácil entrada y salida, sin dificultades para ser tendida y alejada de la pared. De preferencia deben usarse camas articuladas y de baja estatura por fines de comodidad. En caso necesario implementar un timbre para que el adulto mayor comunique alguna emergencia.
- En el baño deberán colocarse barras de apoyo donde se requieran, por ejemplo, en la regadera o en el excusado si es que al adulto mayor se le dificulta sentarse o pararse de un asiento demasiado bajo. La puerta del baño y el cancel se deben poder abrir desde afuera.

2.1.7.2 ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS

Las instituciones sanitarias (centros de salud y hospitales) donde son atendidos los pacientes adultos mayores deben de tener una infraestructura física que fácilmente puedan usar.

Los consultorios deben estar en el primer piso para facilitar el acceso, con buena iluminación, puertas amplias, rampas, pasamanos, pisos antideslizantes, pasajes accesibles para personas con capacidad física disminuida o que use sillas de ruedas, áreas de descanso con asientos cómodos, ascensores o escaleras mecánicas y carteles grandes, claros y bien iluminados. Los establecimientos de salud deberán facilitar las relaciones interpersonales entre el usuario y proveedores proporcionándoles condiciones de privacidad y confidencialidad, además capacitar a todo el personal incluidos los porteros y el personal de oficina respecto como colaborar para que los servicios de salud de adapten mejor al adulto mayor. (MINSA, 2006)

2.1.7.3 EQUIPAMIENTO, MOBILIARIO Y MATERIALES

Según la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores de Perú (2006) los establecimientos de salud deben disponer de equipos para la atención integral del adulto mayor como ser: tensiómetro, estetoscopio, balanza, tallímetro, oto-oftalmoscopio, lámpara de cuello de ganso, camilla, peldaños de 2 pasos, sillas y escritorio. Además deberán contar con materiales como fichas de valoración clínica del adulto mayor, tabla del índice de masa corporal, información escrita sobre su condición de salud y material educativo.

Según la Norma Oficial Mexicana NOM-178-SSA1-1998 (Requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios) un consultorio de consulta externa debe de contar con dos áreas: una donde se efectuó la entrevista con el paciente y acompañante y otra donde se realiza la exploración física.

El área de exploración física requiere que la infraestructura, el mobiliario y el equipamiento tengan la distribución que permita realizar las actividades y acciones médicas de una manera eficiente, asegurando los espacios necesarios para mayor circulación tanto para el proveedor del servicio como para el usuario. Además debe de contar con un lavabo y botiquín en caso de alguna emergencia. La NOM-178-SSA1-1998 establece que el mobiliario mínimo que debe contener un consultorio de medicina general:

- Asiento para el médico, para el paciente y acompañante
- Mueble para escribir
- Sistema para guardar expedientes clínicos, medicamentos, materiales o instrumental
- Sistema para guarda de expedientes clínicos
- Banqueta de altura o similar
- Mesa de exploración con aditamento para las piernas
- Mesa de Mayo, Pasteur o similar, de altura ajustable
- Cubeta o cesto para bolsa de basura municipal y para Residuos Peligrosos
- Esfigmomanómetro mercurial, aneroide o electrónico con brazalete de tamaño que requiera para su actividad principal
- Estetoscopio biauricular
- Estetoscopio Pinard
- Estuche de diagnóstico (oftalmoscopio opcional)
- Báscula con estadímetro
- Lámpara con haz direccionable
- Termómetro clínico

2.2 ANALISIS DEL MICRO ENTORNO

2.2.1 SISTEMA DE SALUD DE HONDURAS

El Sistema de Salud Hondureño está conformado por todas las organizaciones, instituciones y recursos dirigidos a la realización de acciones cuyo propósito principal es el mejoramiento de la salud de la población, incluye organizaciones gubernamentales, grupos profesionales, agentes de financiamiento, organizaciones privadas, comunitarias y locales, y los proveedores de servicios. El sistema de salud hondureño es un sistema mixto figura 9, constituido básicamente, por el sector público: Secretaría de Salud (SESAL), Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) y el sector privado, con y sin fines de lucro. (Dinarte, 2015)

La Secretaria de Salud se encarga de brindar los servicios sanitarios a la población con escasos recursos económicos y el IHSS brinda servicios de salud a la clase trabajadora y familiares afiliados.

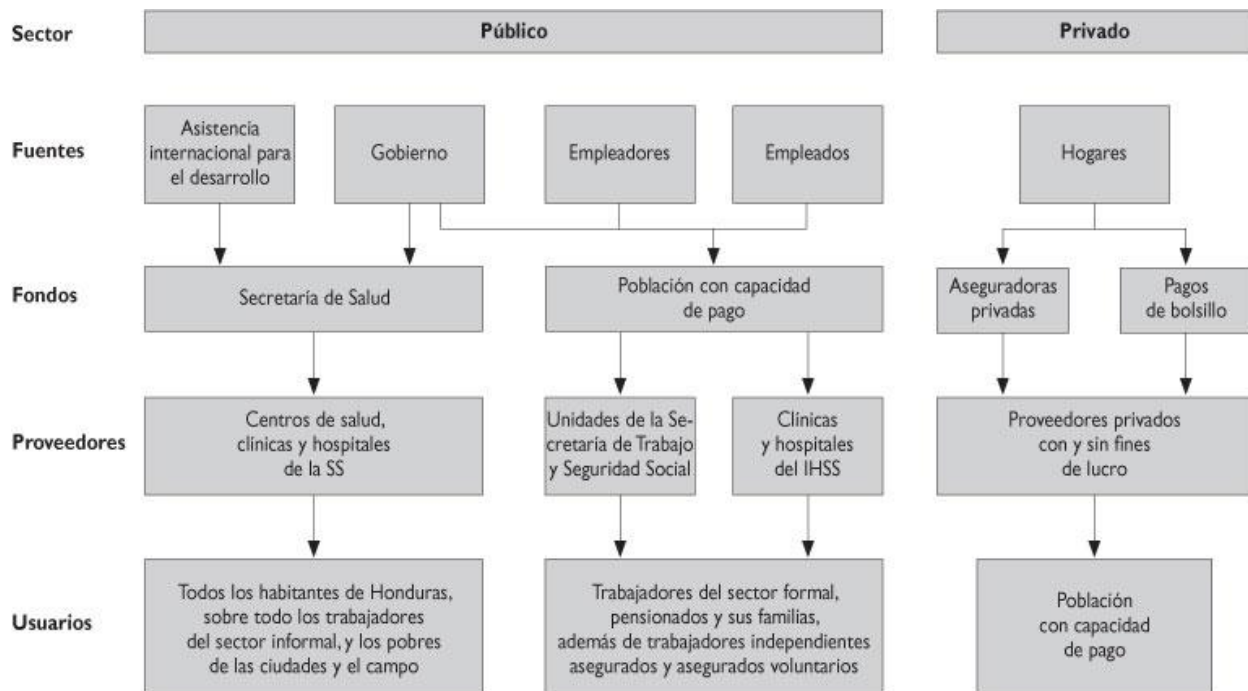


Figura 9 Sistema de Salud de Honduras

Fuente: (Bermudez et a, 2011)

El sistema de salud hondureño ha tenido cambios pero no tan sustanciales, se continúa utilizando el mismo modelo de salud y protección social de hace más de 50 años. En los últimos años se ha discutido la reforma del sector salud en Honduras pero se han visto postpuestas debido a crisis sanitarias, un colapso de los centros asistenciales y una severa crisis financiera por casos de corrupción (Lino et al, 2016).

Actualmente existen centros de salud (CESAR o CESAMO) que funcionan bajo el modelo descentralizado de salud, la Secretaría de Salud delega la gestión y provisión de servicios, a organizaciones comunitarias (alcaldías, mancomunidades, asociaciones, ONG, otras), mediante un convenio que permite la transferencia de funciones, atribuciones y recursos públicos para el manejo de los servicios de salud (Transformemos Honduras, 2013)

2.2.1 ENVEJECIMIENTO EN HONDURAS

El índice de envejecimiento dentro de la población hondureña ha incrementado en los últimos años. En el año 1961 el índice era de 9.1% aumentando en el año 2001 a 13.8%. (Trejo, 2005) Según datos de la CEPAL en el año 2003, la población adulto mayor era de 498,303 representando un 7% de la población total (7.000.011).

En el año 2012 el Instituto Nacional de Estadística realizó la trigésima novena encuesta permanente de hogares de propósitos múltiples obteniendo como resultados que los adultos mayores representan el 8.8% de la población total siendo 710,420 personas, de las cuales 332,257 (46.8%) son hombres y 378,163 (53.2%) son mujeres que reside en áreas rurales y la mayoría son analfabetas (Bueso & Vásquez, 2013).

La ciudad de San Pedro Sula es la segunda ciudad más importante de Honduras, siendo la cabecera departamental de Cortes, con un territorio de 898.6 km². Según información obtenida de Honduras en Cifras al 2014, San Pedro Sula contaba con un total de habitantes de aproximadamente 763,600, siendo la población adulto mayor aproximadamente de 140,800 personas según el Censo de Población Adulta del año 2012 (Bueso & Vásquez, 2013).

La población adulto mayor representa un bajo porcentaje de la población hondureña pero se espera que este grupo mantenga su crecimiento sostenido que se observa desde 1950 a la fecha, como consecuencia del descenso de los niveles de fecundidad, mortalidad y migración gracias a las intervenciones de salud pública y políticas de atención primaria. La esperanza de vida al nacer ha aumentado para el periodo 1950-2003, de 43.2 a 71.3 años en las mujeres y de 40.5 años a 68.8 en los hombres (Plan Nacional de Salud 2021, 2005).

Según los datos obtenidos del Índice Global de Envejecimiento, 2015, Honduras con un índice de 82, se encuentra en el puesto más bajo de la región de América Latina, contando como beneficios para el adulto mayor de descuentos y pensiones únicamente para aquellos que aportaron al sistema contributivo.

El crecimiento inminente de la población adulto mayor y la falta de preparación de recursos y políticas, ha generado que las autoridades sanitarias tomen medidas para atender las nuevas necesidades de la demanda de servicios que este grupo poblacional conlleva, debido al resultado de la disminución o pérdida progresiva de su autonomía física y mental. Además de volverse más dependientes se presentan problemas sociales de pobreza, abandono y marginación.

Causas de Morbi-mortalidad

Según la OMS, (2017) Honduras presenta tres diferentes cargas epidemiológicas:

- a) la persistencia de las enfermedades infecto-contagiosas y transmitidas por vectores
- b) el incremento de las enfermedades no transmisibles
- c) la inseguridad ciudadana expresada en las altas tasas de morbilidad y mortalidad por lesiones de causa externa tales como la accidentalidad vial y homicidios concentrados

En la tabla 5, se muestran las principales causas de morbilidad en el país, siendo las enfermedades infectocontagiosas y transmitidas por vectores las más prominentes sobre todo en la época lluviosa. Las principales causas de mortalidad, tabla 6, para los pacientes adulto mayor en Honduras son las enfermedades cardiovasculares, cáncer y demencia.

Tabla 5 Causas de morbilidad en Honduras

Causas de morbilidad		
Carga epidemiológica	Patología	Casos
Enfermedades infectocontagiosas y transmitidas por vectores	Dengue	44,834
	Chikungunya	85,369
	Zika	31,964
	VIH	20,000
	Leishmaniasis	2,060
	Malaria	921
	Tuberculosis	32 por 100,000 habitantes
Enfermedades no transmisibles	Diabetes	7.2%
	Sobre peso	47.7%
	Obesidad	16.3%
	Hipertensión arterial	22.6%
	Consumo de tabaco	12.9%
Inseguridad social	Homicidios	20 muertes violentas cada día
	Accidentes viales	15.5 por 100 mil habitantes

Fuente: (OMS, 2017)

Tabla 6 Principales causas de mortalidad a nivel nacional

Principales 10 causas de mortalidad	
Enfermedad	Porcentaje
Cardiopatías isquémicas	5.2
Infartos	3
Violencia interpersonal	2.6
VIH/SIDA	1.7
Infecciones respiratorias bajas	1.6
Accidentes viales	1.5
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	1.4
Diarrea	1.3
Complicaciones de parto prematuro	1.1
Anomalías congénitas	0.8

Fuente: (OMS, 2015)

2.2.2 COBERTURA DE SALUD

El sistema de salud se divide en público y privado, la primera ofrece atención a toda la población aunque solamente el 60% de la población utiliza estos servicios sanitarios de forma regular y el Instituto Hondureño de Seguridad Social cubre alrededor del 18% (Bermúdez, et al, 2011).

El personal médico que trabaja con la Secretaría de Salud tiene jornadas de 8 horas diarias en las cuales deben atender a un máximo de 36 pacientes, teniendo horarios de 07:00 a.m. a 01:00 p.m y de 1:00 p.m a 7:00 p.m aunque la mayoría de este personal atiende pacientes en el horario diurno de manera que los centros sanitarios quedan prácticamente sin atención médica por la tarde y fines de semana. En términos de personal de salud, se estima que existen 10.1 médicos por 10,000 en general, el departamento con mayor número de médicos por cada 10,000 habitantes es Francisco Morazán con 23.8 médicos mientras que Lempira y Santa Bárbara cuenta cada uno con 2 médicos por 10.000 habitantes.

Ninguno de los 18 departamentos cumple con el mínimo del indicador de 23 médicos por 10,000 habitantes como lo indica la OMS. Los odontólogos tienen una tasa de 0.2 por 10.000 habitantes. Con respecto a las enfermeras profesionales es 2 enfermeras por cada 10,000 habitantes, y 8 auxiliares enfermeras por 10,000 habitantes siendo baja en comparación con la recomendación de la OMS de 50 enfermeras por cada 10.000. (Lino et al, 2016)

2.2.3 GASTO DE SALUD

Dinarte, (2015) menciona lo siguiente:

“El Gasto Total en Salud incluye los gastos en bienes y servicio que realiza la sociedad hondureña para financiar actividades, cuyo propósito principal es restablecer, mejorar y mantener la salud de la nación, durante un período determinado. El gasto total en salud se puede dividir en sectores público y privado”

Según la información establecida en el Plan Nacional 2021, la Secretaría de Salud obtiene fondos del Tesoro Nacional (76%), de créditos externos (11%), de donaciones (9%) y recientemente de alivio de la deuda (4%) siendo destinados de la siguiente manera 40% a la atención hospitalaria, 20% a la atención ambulatoria; de parte de los ingresos que aporta el pago al IHSS, el 41% lo destina a atención hospitalaria y el 14% a atención ambulatoria.

Según la tabla 7, el gasto total en salud, para el año 2005 fue de 10.7 miles de millones de lempiras y para el 2010 alcanzó los 11.7 miles de millones de lempiras constantes (Dinarte, 2015). En el año 2011 alcanzo a ser 28.8 miles de millones, obteniendo un crecimiento anual desde el 2005 de 12% (Secretaria de Salud, 2014).

La Secretaria de Salud dividió el presupuesto del año 2011 de la siguiente manera: 34.16% corresponde a fondos públicos (9,851.4 millones), el 61.97% a fondos privados (17,870.7 millones) y el 3.86% (1,113.2 millones) al resto del mundo (Secretaria de salud, 2014).

Tabla 7 Variación del gasto sanitario entre 2005 y 2011

Gasto en Salud	2005	2011
Gasto total del sector salud (millones de lempiras)	10,715.80	28835.5
Gasto per cápita en salud en lempiras	1499	3509.9
Gasto per cápita en salud en dólares	78.36	184.2
Gasto en salud como porcentaje de PIB	5.83	8.61

Fuente: (Secretaria de salud, 2014)”

Los proveedores se agrupan por el tipo de atención de salud que proporcionan: hospitales, atención ambulatoria, suministros y administración de programas de salud pública, administración general de la salud y los seguros médicos, instituciones proveedoras de servicios relacionados con la salud y el resto del mundo. En la tabla 8 se da una representación de los proveedores en relación con el gasto sanitario que hacen siendo los hospitales los que consumen más recursos financieros son los hospitales.

Tabla 8 Gasto por proveedores de servicios de salud, 2011

	Gasto(en millones de lempiras)
Hospitales	14,995.90
Proveedores de atención ambulatoria	11,165.50
Suministros y administración de programas de salud pública	21.6
Administración general de la salud y los seguros médicos	2,379.20
Instituciones proveedoras de servicios relacionados con la salud	142.80
Resto del mundo.	130.10
Total	28,835.40

Fuente: (Secretaria de Salud. 2014)

El sector Salud representa el 11.5% de los gastos totales del presupuesto nacional, el cual ha disminuido en un 3,7% en los últimos 5 años (Lino et al, 2016). Para el año 2015, tabla 9, el presupuesto establecido fue de Lps. 12, 493, 966,349.00

Tabla 9 Presupuesto de Salud, 2015

Descripción	Tesoro Nacional	Recursos propios	Fuentes externas	Total Fuentes
Secretaria de Salud	Lps. 9,866,420,014		Lps. 2,627,546,335	Lps. 12,493,966,349

Fuente: (Diario oficial de la Republica de Honduras La Gaceta, 2014)

2.2.3.1 GASTO EN SALUD RESPECTO AL PIB

Honduras presento como gasto total como % del PIB del 8.5%, siendo inferior al promedio de 14.1% de la región de América, sin embargo se encuentra en segundo lugar a nivel Centroamericano y cuarto a nivel Latinoamericano según la Comisión Económica para América Latina, haciendo una inversión de \$101 por persona para cobertura sanitaria, estando por debajo del promedio a nivel latinoamericano que es de \$392 por persona. (Lino et al, 2016)

2.2.4 MEDICAMENTOS

El gasto total de medicamentos para el 2011 fue de 9,804.6 millones de lempiras, que representa un 34% sobre el gasto total en salud. La financiación por los hogares fue la que represento mayor porcentaje con 76.28% equivalente a 7,478.9 millones de lempiras, el 16.72% se consume a través de agentes públicos equivalente a 1,639.6 millones de lempiras, el 2.74% por el Instituto Hondureño de Seguridad Social y el 4.26% restante, son financiados donaciones del sector privados y otros países. (Secretaria de salud, 2014)

Tanto la Secretaria de Salud y el Instituto Hondureño de Seguridad Social se abastecen de manera centralizada y separada de medicamentos. La Secretaria de Salud lo hace en base al cuadro básico (medicamentos esenciales) y el IHSS limita sus compras a la lista de medicamentos que la institución ha establecido (Organización Panamericana de Salud, 2009). La compra de medicamentos a nivel nacional consume el 78% del gasto en salud siendo el 72% proveniente del bolsillo de los hogares (Plan Nacional de Salud, 2015)

Según los datos de ENDESA 2005 de Honduras, el 24.5% de las personas que acuden a las instalaciones públicas compran medicamentos. El modelo de financiamiento de Honduras se considera de los más inequitativos debido a la falta de suministro de medicamentos en las instalaciones las cuales afectan de gran medida a las familias de menores ingresos y con menos educación, así como a las de mayor edad, poblaciones que se encuentran en situación de vulnerabilidad. (Dinarte et al, 2015)

2.2.5 RECUROS HUMANO

Según la Secretaria de Salud un CESAMO debe de contar con el siguiente personal para el establecimiento en general:

- a) Jefe(a) o Director(a) del establecimiento, Médico graduado
- b) Administrador
- c) Enfermera profesional, supervisora de enfermeras y auxiliares de enfermería (Aplica a CESAMOS urbanos)
- d) Médico(s) general(es), diariamente durante el horario de atención, de acuerdo a demanda de servicios
- e) Una enfermera profesional por cada 10,000 habitantes.
- f) Un auxiliar de enfermería, con curso reconocido por la Secretaría de Salud, una por cada 5,000 habitantes
- g) Trabajadora Social (Aplica a CESAMOS urbanos)
- h) Personal voluntario de salud, uno por cada 200 habitantes por localidad o por área prioritaria
- i) Técnico en Salud Ambiental

- j) Receptores de fondos
- k) Psicólogo (Aplica a CESAMO urbano)
- l) Personal para aseo y limpieza, de acuerdo a las necesidades del establecimiento
- m) Personal para vigilancia, contratado o comunitario, para la vigilancia diurna y nocturna del establecimiento
- n) Motorista
- o) Conserjes

Para el servicio de odontología

- a) Cirujano Dentista titulado, Jefe del servicio, permanente por horario de atención en CESAMOS urbanos
- b) Pasante de odontología, en CESAMOS rurales
- c) Asistente dental, con cursos de Bio Seguridad

Para el servicio de laboratorio

- a) Microbiólogo titulado. Jefe del Servicio (Aplica para CESAMOS urbanos)
- b) Técnico de laboratorio
- c) Auxiliar de laboratorio

Para el servicio de farmacia

- a) Auxiliar de farmacia, con curso reconocido por la Secretaría de Salud
- b) Para el servicio de archivo clínico o admisión
- c) Estadígrafo(a) capacitado para el desarrollo de las actividades del servicio
- d) Auxiliar de Archivo. (Aplica a CESAMOS urbanos)
- e) Auxiliar Administrativo (Aplica a CESAMOS urbanos)
- f) El personal técnico que labora en el establecimiento ha sido acreditado por su asociación correspondiente
- g) El personal profesional que labora en el establecimiento ha sido acreditado por su Colegio.

2.2.6 INFRAESTRUCTURA

La Secretaria de Salud se divide en 1,635 unidades de salud, 29 hospitales, 74 Clínicas Materno Infantil (CMI), 3 (Clínicas de emergencia periférica) CLIPER, 436 CESAMO (Centro de Salud Rural con Médico y Odontólogo), y 1078 CESAR (Centro de Salud Rural), estos últimos son los encargados de referir a los pacientes que lo ameritan a los hospitales de área y regionales y 15 centros escolares odontológicos (CEO). El IHSS sólo dispone 2 hospitales ubicados en San Pedro Sula y Tegucigalpa, 7 clínicas periféricas, 1 centro odontológico, 2 centros de medicina física y rehabilitación y 1 centro para atención del adulto mayor (Lino et al, 2016)

Los hospitales están clasificados en tres grupos (Dinarate, 2015):

- a) hospitales nacionales: son de referencia del primer nivel de complejidad
- b) hospitales regionales: son de segundo y tercer nivel de complejidad.
- c) hospitales de área: son de tercer nivel de complejidad ofreciendo servicios básicos asistenciales como hospitalización, consulta externa y emergencias.

Actualmente en el país existen un total de 7,588 camas hospitalarias (0.97 camas por mil habitantes) distribuidas así: 5,201 camas en los hospitales de la Secretaria de Salud, 634 camas en el IHSS, 1652 en el subsector privado lucrativo y 101 en ONGs y otras instituciones. (Secretaria de Salud, 2015)

En censo realizado por la OIT se identificó 1131 establecimientos, dentro de los que se incluyen centros médicos, clínicas, laboratorios, farmacias y consultorios médicos (Bermúdez et al, 2011)

Según el primer informe presentado por la Comisionado Nacional de los Derechos Humanos (CONADEH) en el 2014, a nivel general, que en los establecimientos visitados (hospitales) existen las condiciones básicas mínimas de infraestructura para brindar a los pacientes una atención completa de salud.

Sin embargo, algunos de los hospitales y centros de salud siguen teniendo una infraestructura deficiente y los servicios no son de calidad total y cobertura requeridas. Algunos centros públicos fueron construidos a principios del siglo pasado y requieren fuertes inversiones en infraestructura y equipo para proporcionar los servicios en condiciones óptimas y exentas de riesgo. El mantenimiento ha sido escaso y ha motivado el constante deterioro, tanto de la infraestructura como del equipo. La mayoría de los hospitales datan de antes de 1980, siendo los únicos con instalaciones nuevas los hospitales de las ciudades de Tela, Danlí y más recientemente se habilitado el Hospital María Especialidades Pediátricas (HMEP) en Tegucigalpa. (Lino et al, 2016)

Los estándares mínimos de estructura física e instalaciones constan de (Transformemos Honduras, 2013):

- a) Los ambientes de las área clínicas, protegen la intimidad y privacidad auditiva y visual del usuario
- b) Sala de Espera
- c) Área para Archivo Clínico
- d) Ambiente para Preclínica
- e) Ambiente para Clínica
- f) Área para Inmunizaciones y Rehidratación
- g) Área para Curaciones e inyecciones
- h) Área para farmacia
- i) Área de esterilización segura y funcional, separada de ambiente de farmacia y bodega
- j) Área para bodega
- k) Servicios sanitarios o letrinas para personal y usuarios

- l) Facilidades para lavado de manos durante el horario de servicio: Lavamanos con agua y jabón al menos en la clínica,
- m) En el exterior del inmueble, un lavadero y pila en buenas condiciones para materiales, ropa, utensilios, otros

Requerimientos Mínimos Farmacia

- a) Anaqueles o estantes en cantidad suficiente para las necesidades del servicio
- b) Kardex
- c) Medicamentos del cuadro básico
- d) Materiales para dispensar medicamentos: Bolsas, tarros, frascos, viñetas, otros.

2.3 ANALISIS DEL ENTORNO INTERNO

El CESAMO Dr. Miguel Paz Barahona es uno de los establecimientos más importantes del área metropolitana debido a la gran cantidad de población programática, atendiendo a nivel anual un gran volumen de pacientes y de referencia por brindar algunos servicios de mayor complejidad que otras instituciones sanitarias no cuentan.

El Centro de Salud de Paz Barahona es un centro que brinda atención primaria, dando solución a las necesidades básicas o más frecuentes en la atención de salud de una población. Un centro de salud es el primer contacto que tiene la población con el sistema sanitario que puede resolver teóricamente el 80% de los problemas de salud de la población (Teruel & Giron, 2016).

Dentro de las instalaciones del CESAMO, se encuentran ubicadas las oficinas de la Región Metropolitana que abastece de materiales y suministros a 16 centros de salud, tabla 10, favoreciendo en mayor proporción al Centro de Salud de Paz Barahona debido a su cercanía.

Tabla 10 Distribución de los Centros de Salud que dependen de la Región Metropolitana

No.	Nombre del Centro	No.	Nombre del Centro
1	Las Palmas	9	Brisas del Valle
2	Chamelecón	10	Naco
3	San Antonio Chamelecón	11	Armenta
4	Rivera Hernández	12	Santa Martha
5	Calpules	13	Buenos Aires
6	Fesitranh	14	San José
7	Cofradia	15	Paz Barahona
8	El Carmen	16	Tomalá

Fuente: (Información brindada en el Centro de Salud de Paz Barahona)

2.3.1 UBICACIÓN GEOGRÁFICA

El Centro de Salud de Paz Barahona se encuentra ubicado en la sexta avenida sureste y nueve calle sureste de la Ciudad de San Pedro Sula, figura 10.

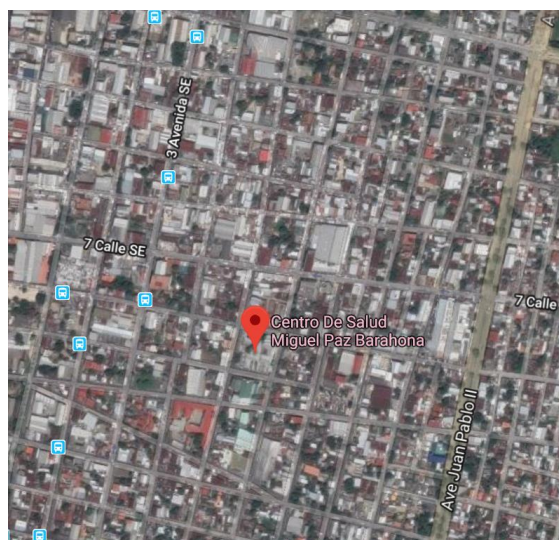


Figura 10 Vista satelital del Centro de Salud de Salud de Paz Barahona

2.3.2 ESTRUCTURA POBLACIONAL

La población asignada para el CESAMO Miguel Paz Barahona para el 2017 es de 262,439, tabla 11, la cual está distribuida de la siguiente manera:

Tabla 11 Distribución de la población por grupos de edades, 2017

<5 años	5-9 años	10-14 a	15-19	20-49	50-59	60 y más	Total
19,874	27,008	26,642	26,260	128,093	16,562	18,000	262,439

Fuente: Departamento de análisis de datos

2.3.3 RECURSO HUMANOS

El Centro de Salud Paz Barahona cuenta como fuerza laboral a 25 médicos que trabajan de forma permanente, médicos realizando su servicio social, 5 licenciadas en enfermería y 25 auxiliares. Para la atención específica al paciente adulto mayor, el recurso humano se divide de la siguiente manera: 5 médicos divididos en el turno de la mañana y tarde, siendo un médico general y como un estudiante de medicina realizando su servicio social y 2 enfermeras auxiliares, una por la mañana y otra por la tarde.

2.3.4 SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

El CESAMO cuenta con un cuadro básico de medicamentos, tabla 12, que se abastece cada tres meses. El Centro de Salud depende directamente de dos proveedores:

- Las licitaciones aprobadas por la Secretaria de Salud que distribuye los medicamentos a todo el departamento de Cortes a través de la Región Metropolitana, cuya bodega de fármacos está en las instalaciones del centro.
- Donativos.

Tabla 12 Medicamentos suministrados por el Centro de Salud de Paz Barahona

No.	Nombre del medicamento	No	Nombre del medicamento
1.	Metronidazol	29.	Lactato de sodi
2.	Amoxicilina suspensión	30.	Lidocaína
3.	Salbutamol solución	31.	Ranitidina
4.	Difenhidramina	32.	Fluconazol
5.	Acetaminofen	33.	Anestesico local
6.	Zinc	34.	Hidrocortizona
7.	Ibuprofeno	35.	Adrenalina
8.	TrimetropinSulfa	36.	Bicarbonato de sodio
9.	Salbutamol para nebulización	37.	Vitamina K
10.	Bromuro de ipatropio	38.	Fenitoína
11.	Clopidrogel	39.	Tramadol
12.	Alfametildopa	40.	Ketoconazol
13.	Hidrolazina	41.	Sulfadizina
14.	Dopamina	42.	Oxitetraciclina
15.	Prednisona	43.	Metrocarbamol
16.	Colchicina	44.	Penicilina Procaínica
17.	Enoxaparina	45.	Gentamicina
18.	Ciprofloxacina	46.	Hidroclorotiazida
19.	Suero Dextrosa en Agua	47.	Enalapril
20.	Dextrosa con cloruro de sodio	48.	Levotiroxina
21.	Suero de Lactato de sodio	49.	Salicilato de metilo
22.	Diazepam	50.	Amoxilina tabletas
23.	Carbamazepina	51.	Propanolol
24.	Lorazepam	52.	Tinidazol
25.	Albendazol	53.	Ibuprofeno
26.	Prenatales	54.	Glibenclamida
27.	Multivitaminicos	55.	Insulina humana

Fuente: Farmacia interna del Centro de Salud de Paz Barahona

2.3.5 INFRAESTRUCTURA

El Centro de Salud de Paz Barahona tiene más de 50 años de estar funcionando en las mismas instalaciones por lo tanto se han producido deterioros significativos a lo largo de este tiempo. Desde el año 2015 se tiene previsto que el Centro de Salud de Paz Barahona se convertirá en una Policlínica adicionando más médicos especialistas por lo tanto, realizar procedimientos quirúrgicos el centro de salud deberá de sufrir reestructuraciones para que estos cambios puedan producirse de manera efectiva.

A inicios del año 2016 se produjeron algunos mantenimientos en cuanto a la iluminación, sistema eléctrico, pintura, instalación de unidades de aire acondicionado en algunas áreas, cambio a piso de cerámica en los baños, ampliación y división de algunos consultorios. (Prensa, 2016). En el año 2017 se hizo una inversión de Lps. 2 millones para realizar cambios de sillas, colocación de televisores en las salas de espera y ventiladores así como la adquisición de equipo médico para realizar ultrasonidos y electrocardiogramas (Prensa, 2017). A pesar de estos esfuerzos siempre existen áreas donde se observan los deterioros causados por la humedad, falta de higiene sanitaria y de mantenimiento, los cuales deben de ser continuos para brindar al paciente un ambiente de calidad de atención.

Actualmente el Centro de Salud cuenta con 20 clínicas para consulta general, además de odontología, laboratorios, rayos X, de tuberculosis, adulto mayor, área materno-infantil, adolescentes en un programa especial pero el espacio físico sigue siendo un limitante para brindar una atención primaria de mayor calidad.

El Centro de Salud de Paz Barahona cuenta con las siguientes unidades de atención sanitaria:

1. Caseta de vigilancia
2. Preclínica de Atención a la Mujer
3. Consultorio de Atención integral a la mujer
4. Clínica de psiquiatría y ginecología
5. Farmacia

6. Bodega de Farmacia
7. Clínica de psicología
8. Oficina de Zoonosis
9. Oficina del Personal
10. Oficina Departamento de Enfermería
11. Oficina de Saneamiento básico
12. Oficina de Área Metropolitana
13. Oficina dirección del Centro de Salud de Paz Barahona
14. Oficina Control de Vectores Área Metropolitana
15. Clínica de Tratamiento de Programa de Tuberculosis
16. Clínica de Atención de Neumología
17. Sala Rayos X
18. Recepción y entrega ordenes de esputo
19. Oficina Administración
20. Oficina de Colectora
21. Laboratorio
22. Departamento de Archivo y Estadística
23. Bodega área Metropolitana
24. Clínica de unidad de manejo integral de las enfermedades de transmisión sexual y VIH
25. Preclínica de Atención Integral al Niño
26. Clínica 1-3 de Atención Integral al Niño
27. Central de equipo
28. Oficina de SITRAMEDIS
29. Clínica de Atención al Adulto1-3
30. Clínica Odontológica 1-2 en adultos
31. Centro Odontopediatrico
32. Bodega de materiales del departamento de limpieza
33. Clínica de curaciones
34. Clínica inyecciones
35. Oficina de Control de Alimentos

- 36. Clínica de nebulizaciones e hidratación
- 37. Clínica medicina interna
- 38. Clínica atención al adulto mayor

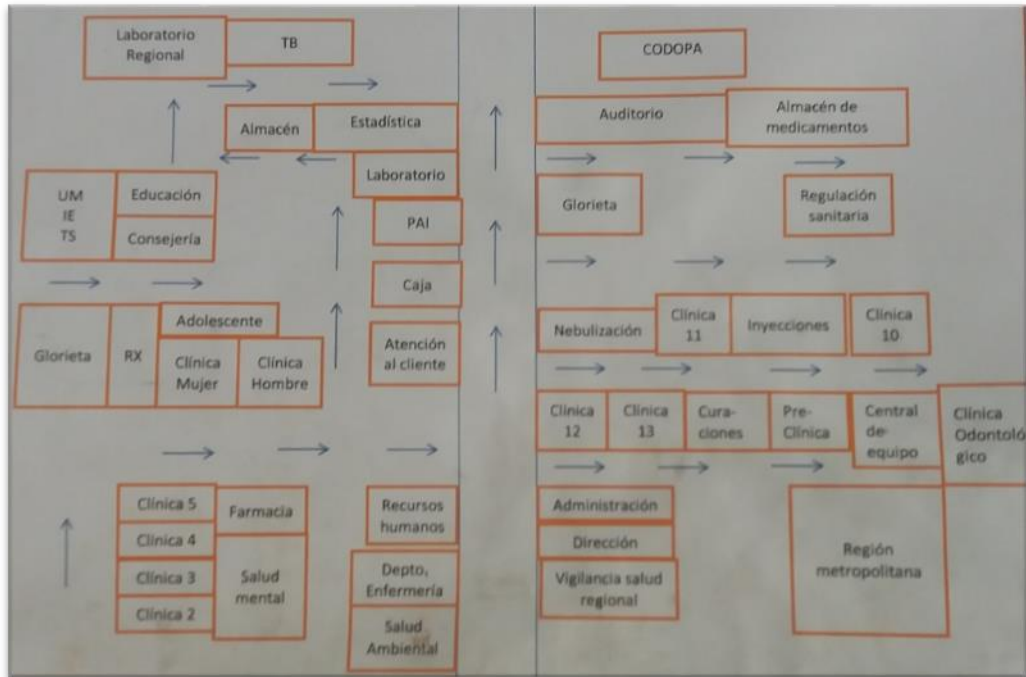


Figura 11 Croquis de las instalaciones del Centro de Salud de Paz Barahona

Fuente: Centro de Salud de Paz Barahona

En la figura 11 se ilustra la ubicación de cada unidad sanitaria del Centro de Salud de Paz Barahona, siendo el consultorio 11 el de atención específica para pacientes adulto mayor. A la par de este consultorio se encuentra el consultorio de medicina interna actualmente.

2.3.6 PROCESO DE RECUPERACION

El presupuesto establecido por la Secretaria de Salud exclusivamente para el Centro de Salud Paz Barahona es una información confidencial. Actualmente el centro realiza cobros simbólicos por la prestación de servicios de exámenes clínicos y consulta (excluyendo a los pacientes de tercera edad que no pagan nada).

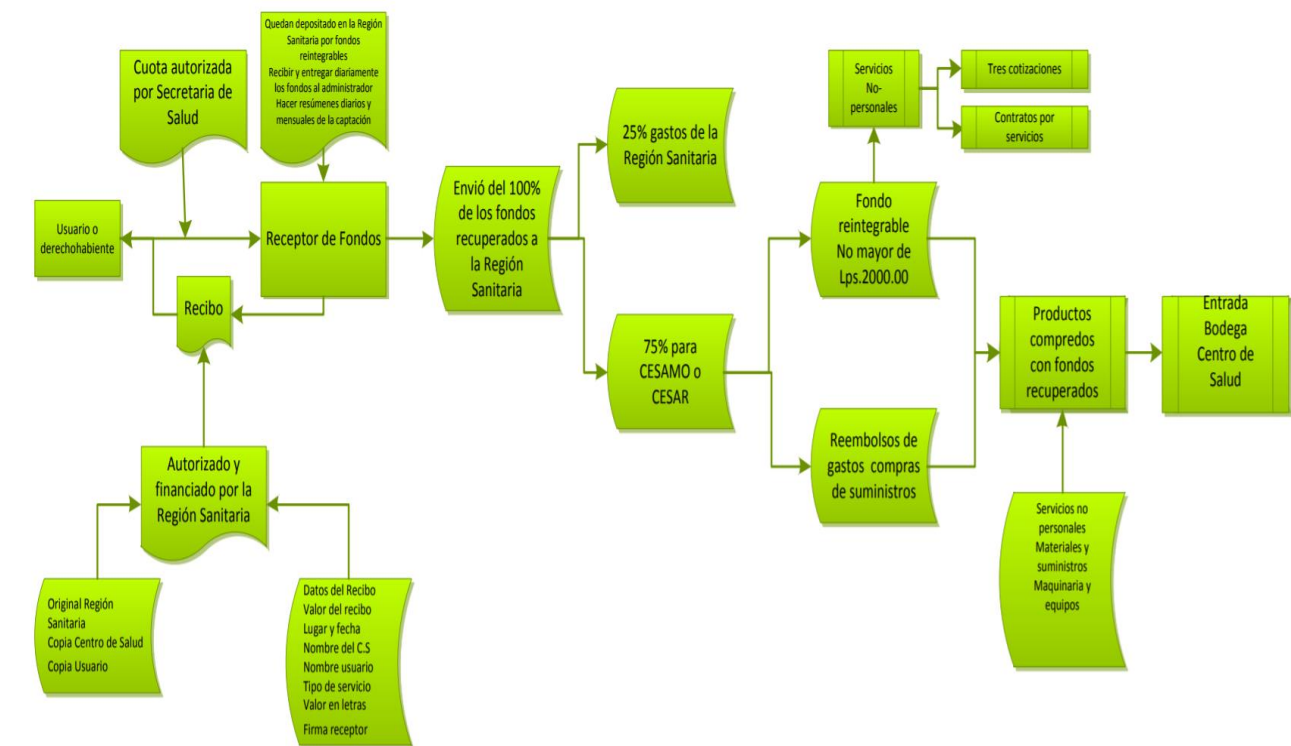


Figura 12 Flujo de fondos de recuperación

Fuente: (Transformemos Honduras, 2013)

El Centro de Salud de Paz Barahona se rige bajo el Manual y Reglamento para la Administración de los Fondos de Recuperados por la Unidades Productoras de Servicio (UPS) para el manejo y utilización de los fondos recaudados que se ilustra en la fig. 12. El total de los fondos ganados deben ser enviados a la Jefatura Regional (Regional Sanitaria).

La Jefatura Regional está autorizada para manejar para su funcionamiento el 25% y el 75% es utilizado por el Centro de Salud de Paz Barahona para reinvertirlo en mejoras. El Centro de Salud maneja una caja chica por un valor de Lps.2000 para la realización de compras de emergencia. El resto del 75% está destinado para la compra de productos y la contratación de servicios. Si la compra excede de Lps. 100.00 el centro de salud está obligado a presentar tres cotizaciones y si el servicio excede el pago de Lps.500 000 se debe realizar un contrato entre partes. Todos los productos que sean comprados con estos Fondos Recuperados previo a su uso deben entrar al inventario del centro de salud (Transformemos Honduras, 2013).

2.3.7 PROCESO DE ATENCIÓN PACIENTE DE TERCERA EDAD

El proceso para que el paciente adulto mayor se muestra en la figura 14, los tiempos de espera dependerán de la hora de llegada del paciente al centro de salud.

1. Paciente asiste al área de ventanilla de tercera edad presentando su tarjeta de identidad. El personal de ventanilla toma su nombre y le proporciona un número para ser atendido. Se encarga a una auxiliar del área de estadística de buscar el expediente del paciente.
2. El paciente es remitido al consultorio 11 la mayor parte de las veces el cual es exclusivo para el paciente adulto mayor por la mañana y consultorio 10 por la tarde atendiendo un total de 36 pacientes cada médico.
3. El paciente es anotado en un libro donde se lleva un registro de los pacientes.
4. La enfermera auxiliar va llamando a los pacientes, en orden de llegada según el número asignado en ventanilla, para que pasen de la sala de espera interna del consultorio para realizarle su monitoreo de presión, temperatura y peso antes de pasar con el médico.
5. El paciente pasa a consulta con el médico.
6. Paciente pasa a la farmacia del Centro de Salud de Paz Barahona.



Figura 13 A la izquierda, área de estadística y a la derecha el cuaderno de registro de pacientes

2.4 TEORÍAS DE SUSTENTO

El estudiar las diferentes bases teóricas que tratan acerca del tema de investigación, permite identificar y seleccionar cual es la mejor forma de enfocar el diseño metodológico, definiendo que clase de investigación se hará, como se recopilaran los datos y como se van a analizar. (Balliache, 2009)

Las bases teóricas tratan de la descripción de los elementos teóricos planteados por diferentes autores ayudando al investigador a fundamentar su estudio. Las bases teóricas se deben de seleccionar según el tema de investigación, el problema planteado y los objetivos del estudio. Se debe demostrar la relación que existe entre la teoría de sustento y el problema de investigación, mostrando la relación que estos poseen (Balliache, 2009).

2.4.1 CALIDAD EN LA ATENCIÓN SANITARIA SEGÚN AVEDIS DONABEDIAN

En el ámbito de salud el médico Avedis Donabedian brindo un aporte sustancial fundando el modelo de calidad en la atención sanitaria, la cual ha servido como base a las diferentes instituciones sanitarias como guía para proporcionar calidad en el servicio que brindan.

En el año de 1980, Donabedian definió la calidad en la atención como “aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes”. Es el resultado de la atención medido en base a la mejoría esperada.

En 1991 la OMS determinaba que para brindar una atención sanitaria de calidad se debían identificar las necesidades de salud, ya sea educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento de la población para destinar los recursos humanos y económicos de forma oportuna y efectiva. El modelo de Donabedian se basa en tres enfoques para evaluar la calidad: de estructura, proceso y resultado con sus respectivos indicadores para evaluarla. En la figura 15 se describe la estructura de este modelo (Torres et al, 2015).

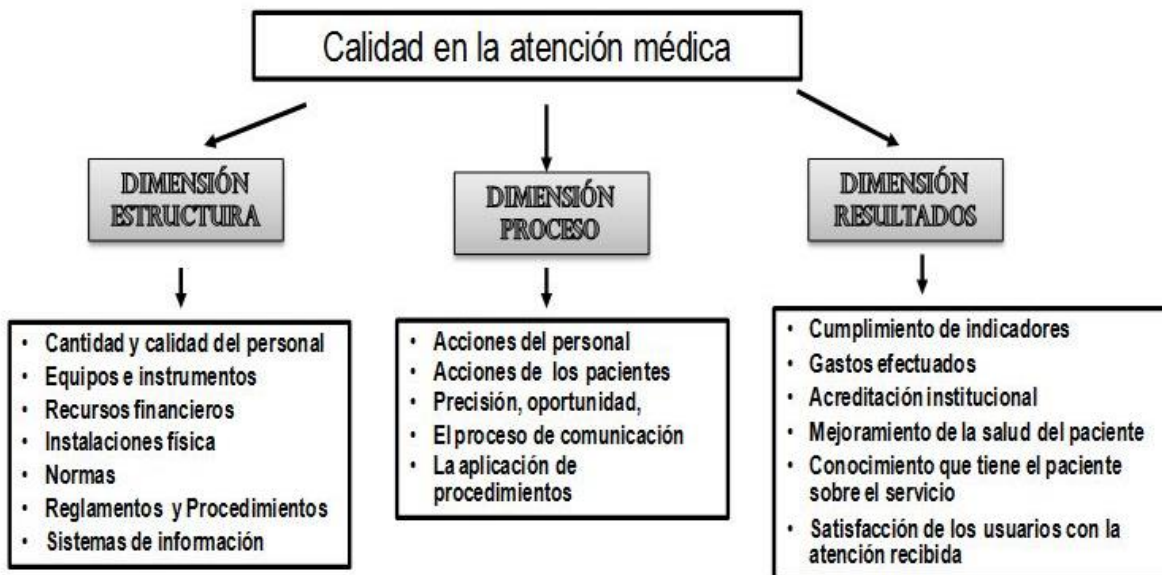


Figura 15 Modelo de calidad de la atención médica

Fuente: (Torres, 2015)

En este modelo, la estructura describe las características físicas, de organización, administrativos y otros elementos del entorno; el proceso involucra todo lo que se hace para tratar a los pacientes y la habilidad con que se realiza, y el resultado es lo que se consigue, normalmente se ve reflejado en una mejora en la salud, aunque también en la actitud, los conocimientos y en la conducta adoptada para una salud futura. (Torres et al, 2015) En el resultado se puede estudiar la satisfacción del usuario y del personal de salud. (González)

El mismo autor señala dos dimensiones fundamentales que están interrelacionadas e interdependientes: la atención técnica e interpersonal.

La atención técnica se refiere a la aplicación de conocimientos y tecnología médica para generar un beneficio para el paciente sin aumentar con ello los riesgos.

La atención interpersonal mide el grado de relación que se establece entre los que proporcionan el servicio médico y los usuarios (González), mide el apego a valores, normas, expectativas del paciente. (Torres et al, 2015)

Con frecuencia, el personal sanitario le da mayor importancia a la dimensión técnica mientras que el interpersonal lo resaltan más los pacientes. Se debe comprender que ambas dimensiones son igual de importantes, el aspecto técnico debería de evaluarse la competencia del personal sanitario para lograr una atención eficaz, eficiente y efectiva y el mantener una excelente relación interpersonal entre los prestadores del servicio y los usuarios, determina en gran medida los resultados para este último, propiciando una mejor adherencia terapéutica y una mayor satisfacción. (González)

2.4.2 MODELO DE CRONIN Y TAYLOR (1992) SERVPERF

Durante la década de los ochenta, se le dio relevancia a la percepción que tenía el cliente con respecto a los servicios prestados. La satisfacción del usuario es uno de los resultados más importantes de prestar servicios de alta calidad, dado que influye de manera determinante en su comportamiento, el paciente puede que siga o no las instrucciones del personal sanitario, regrese o no a dar continuidad a su tratamiento y el hecho que recomiende o no los servicios a otros. (Ministerio de Salud Perú, 2002)

El modelo SERVPERF fue diseñado por Cronin y Taylor en el año 1992, tras haber realizado un estudio a ocho empresas de servicios basándose en el modelo SERVQUAL de Parasuraman, Zeithaml y Berry en el año 1985 proponen una alternativa para evaluar la calidad del servicio basado en la percepción del usuario a través de 22 preguntas. (Torres, 2015). En la figura 16 se puede demostrar que el modelo SERVPERF se basa en el desempeño relacionado con la calidad del servicio, satisfacción del usuario e intenciones de utilizar el servicio.

El SERVPERF presenta ciertas ventajas:

- Requiere de menos tiempo para la administración del cuestionario, ya que porque solo se pregunta una vez por cada ítem o característica del servicio.
- Las medidas de valoración predicen mejor la satisfacción que las medidas de la diferencia.
- El trabajo de interpretación y el análisis correspondiente es más fácil de llevar a cabo.

Al igual que SERVQUAL se basa en las siguientes dimensiones:

- a) Empatía: muestra de interés y nivel de atención individualizada que ofrecen las empresas a sus usuarios;
- b) Fiabilidad: habilidad para ejecutar el servicio prometido de forma fiable y cuidadosa;
- c) Seguridad: conocimiento y atención de los empleados y su habilidad para inspirar credibilidad y confianza;
- d) Capacidad de respuesta: disposición para ayudar a los usuarios y para prestarles un servicio rápido, finalmente,
- e) Elementos tangibles: apariencia física de las instalaciones físicas, equipos, personal y materiales de comunicación.

Puntuación SERVPERF

La puntuación SERVPERF se calcula como la sumatoria de las puntuaciones de Percepción:

$$\text{SERVPERF} = \sum P_j$$

Así, la calidad del servicio será tanto más elevada, en cuanto mayor sea la suma de dichas percepciones, de sus puntuaciones.

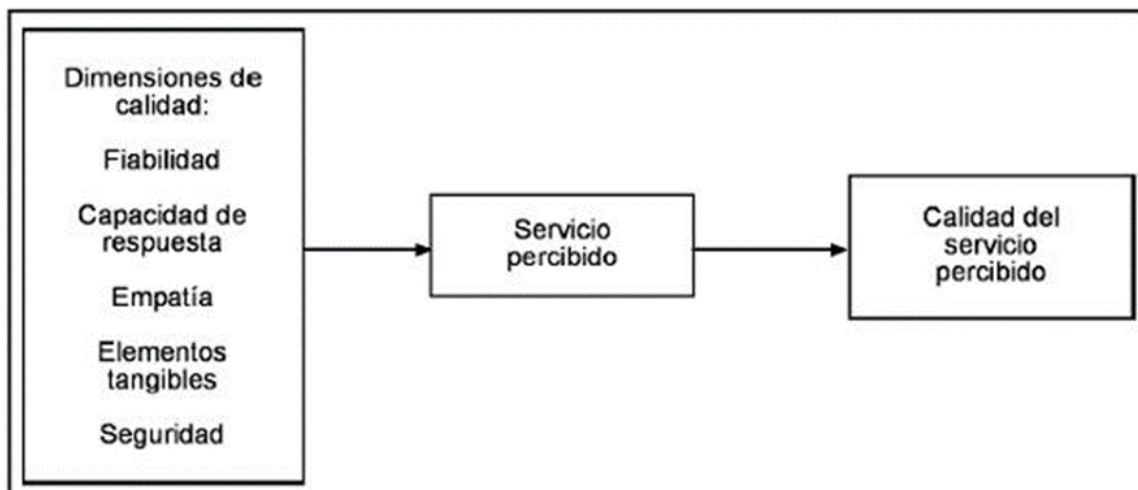


Figura 16 Modelo SERVPERF DE CALIDAD DEL SERVICIO

Fuente: (Cronin y Taylor, 1992)

La satisfacción del usuario no sólo depende de la calidad de los servicios sino que también de expectativas y percepción. Si el paciente tiene expectativas y percepción baja con respecto al servicio sanitario o tiene acceso limitado, puede ser que esté satisfecho con recibir servicios relativamente deficientes.

Los pacientes en los establecimientos de salud, por lo general, aceptan la atención de salud sin quejarse y hasta expresan satisfacción por ella, cuando participan en encuestas. Los resultados positivos expresados en las encuestas y entrevistas, no necesariamente pueden significar que la calidad es buena sino que también puede significar que las expectativas de los usuarios son bajas.

Es posible que el encuestado diga que está satisfecho porque quiere complacer al entrevistador, porque teme que no se le presten servicios en el futuro o porque responde positivamente a la palabra "satisfecho". Por lo tanto, los administradores no deben suponer que los servicios prestados son adecuados únicamente porque los usuarios no se quejan. Aun los niveles bajos de insatisfacción reportada, tan bajos como el 5%, deben tomarse en cuenta seriamente (Ministerio de Salud Perú, 2002).

2.5 CONCEPTUALIZACIÓN

Atención integral: “es un conjunto de procesos psicobiológicos y socioculturales brindada como servicio al ser humano, de forma tal que aplica las acciones de salud tomando como eje central las necesidades de salud de las personas en el contexto de familia y comunidad, contribuyendo al bienestar social e individual” (Marentes et al, 2011).

Percepción: es el proceso que permite al organismo, a través de los sentidos, recibir, elaborar e interpretar la información proveniente de su entorno (Sutton et al, 2013)

Calidad en la atención: “Es el grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en la salud” (Zurita, 1999).

Centro de Salud Rural con Médico y Odontólogo, CESAMO: “Establecimiento dedicado a la atención ambulatoria. Ejecuta acciones de atención en salud realizadas por un equipo multidisciplinario, además de acciones de promoción, prevención, atención, seguimiento y rehabilitación a la salud individual y colectiva en la población sede y en su área geográfica de influencia” (Transformemos Honduras, 2013)

Descentralización: “La descentralización es un proceso de naturaleza política y administrativa que implica transferir responsabilidades y recursos a unidades subnacionales de gobierno (estado, departamento, provincia o municipio) caracterizadas por tener personalidad jurídica y patrimonio propio, y capacidad autónoma para actuar en los términos establecidos por las Leyes.”

Enfermedad crónica: “enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta” (OMS)

Género: El término género se refiere a las formas en que las relaciones entre los sexos se organizan en una sociedad, y a la división de roles y poder asociados con esa organización.

Geriatría: “es la rama de la medicina dedicada a los aspectos preventivos, clínicos, terapéuticos y sociales en los adultos mayores con alguna condición aguda, crónica, tributaria a rehabilitación, o en situación terminal” (Ávila, 2010).

Infraestructura: “Conjunto de elementos o servicios que se consideran necesarios para la creación y funcionamiento de una organización cualquiera” Real Academia española

Morbilidad: “término de uso médico y científico que sirve para señalar la cantidad de personas o individuos considerados enfermos o víctimas de una enfermedad en un espacio y tiempo determinados. La morbilidad entonces es un dato estadístico de altísima importancia para comprender la evolución y avance o retroceso de una enfermedad, así como las razones de su surgimiento y las posibles soluciones” (Rivera, 2011)

Mortalidad: “número de defunciones por lugar, intervalo de tiempo y causa, reflejando las defunciones recogidas en los sistemas nacionales de registro civil, con las causas básicas de defunción codificadas por las autoridades nacionales” (OMS)

Paciente geriátrico: “Sujeto normalmente de edad avanzada, especialmente frágil ante cualquier tipo de agresión, con patologías crónicas, múltiples y normalmente productoras de limitaciones funcionales físicas y/o psíquicas” (Ribera, 1993)

Satisfacción: la medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumplen con las expectativas del usuario (Corbella & Saturno, 1990)

2.6 BASES LEGALES

La CEPAL, 2003 establece lo siguiente:

“Las políticas de vejez son aquellas acciones organizadas por el Estado frente a las consecuencias sociales, económicas y culturales del envejecimiento poblacional e individual, y para su estudio es necesario considerar elementos tales como: definición de la cuestión, actores involucrados y ámbitos de acción de la política”.

2.6.1 MARCO JURÍDICO A NIVEL MUNDIAL

A nivel del marco jurídico internacional se han desarrollado dos instrumentos basados en las normas internacionales de derechos humanos: Declaración Política y el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento activo, siendo este último un marco político de la Organización Mundial de la Salud. (OMS, 2015) En ambos documentos se tocan temas sobre el aumento de la esperanza de vida, la importancia de este grupo poblacional gracias a sus habilidades, experiencia y sabiduría para aportar en el desarrollo futuro, así mismo, destacan la importancia de la salud en esta etapa de la vida. (OMS, 2015). A nivel mundial se han realizado asambleas para tratar aspectos relevantes sobre el envejecimiento mundial.

2.6.1.1 I ASAMBLEA MUNDIAL SOBRE EL ENVEJECIMIENTO, (VIENA, 1982)

Se realizó en Viena, capital de Austria en el año 1982, convirtiéndose en el primer instrumento internacional para reflexionar sobre la creación de programas y políticas para la protección del adulto mayor.

En esta primera asamblea se estableció un Plan de Acción Internacional sobre Envejecimiento que cuenta con 62 puntos para que se lleven a cabo específicamente, en temas como:

- El bienestar social

- El empleo

- La independencia

- La participación

- La educación

- La vivienda

- La autorrealización

- La dignidad

- La seguridad de las personas de edad.

Los objetivos puntuales de este plan de acción fueron:

- Fomentar la comprensión nacional e internacional de las consecuencias económicas, sociales y culturales que el envejecimiento de la población tiene en el proceso de desarrollo.
- Promover la comprensión nacional e internacional de las cuestiones humanitarias y de desarrollo relacionada con el envejecimiento.
- Proponer y estimular políticas y programas orientados a la acción y destinados a garantizar la seguridad social y económica a las personas de edad, así como a darles oportunidades de contribuir al desarrollo y compartir sus beneficios.
- Presentar alternativas y opciones de política que sean compatibles con los valores y metas nacionales y con los principios reconocidos internacionalmente con respecto al envejecimiento de la población y a las necesidades de las propias personas de edad.
- Alentar el desarrollo de una enseñanza, una capacitación y una investigación que respondan adecuadamente al envejecimiento de la población mundial y fomentar el intercambio internacional de aptitudes y conocimientos en esta esfera.

2.6.1.2 II. ASAMBLEA MUNDIAL SOBRE EL ENVEJECIMIENTO

En el 2002, se celebró la II Asamblea Internacional sobre este tema en la ciudad de Madrid, España; en la cual se aprobó una Declaración Política y Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento con el objetivo de realizar un cambio de actitud de políticas y prácticas para el beneficio del adulto mayor.

Dentro de las recomendaciones, la declaración destaca tres directrices para aplicar políticas: las personas de edad y su desarrollo; la promoción de salud y bienestar de las personas mayores y la protección de unos entornos propicios y favorables para estas personas. (Torrado Ramos& Sánchez Pérez, 2014)

El Plan de Acción de la II Asamblea propone directrices sobre las maneras en que la comunidad internacional puede enfrentar los retos del envejecimiento:

- La protección de los derechos de las personas de edad y dignificación de las pensiones y remuneraciones.
- La especial atención a las mujeres, considerado como el colectivo mayoritario y más desprotegido dentro de las personas de edad.
- La erradicación de la pobreza, mediante el desarrollo de programas que atiendan las necesidades de las personas de edad en el medio rural, principalmente en los países en desarrollo.
- La atención a las necesidades de las personas de edad que viven solas y de las que padecen discapacidades.
- La necesidad de atender de forma generalizada los cuidados de salud de las personas de edad, y aplicar sistemas preventivos para que todos envejezcamos de forma saludable.
- La capacitación continuada de quienes se encargan de cuidar de las personas de edad, mediante programas educativos en geriatría y formación en tecnología aplicada.
- El aprovechamiento del potencial humano aportado por las personas de edad, a través de la integración permanente y la promoción de espacios e intercambios intergeneracionales productivos.

2.6.2 MARCO JURÍDICO-LEGAL EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

En América Latina y El Caribe, el acceso a la salud como derecho básico, que garantiza la asistencia sanitaria, promueve la prevención y tratamiento de enfermedades en la vejez, está contemplado en diversos instrumentos jurídicos como ser las constituciones y a su vez, hay países que han creado leyes especiales a favor de estos ciudadanos (Jiménez Lara & Quezada García, 2008).

En la tabla 13 se establece un comparativo de las constituciones de 21 países, con sus respectivas reformas en el ámbito de salud.

Tabla 13 Derechos de las personas mayores establecidas en 21 constituciones

Derecho	No. De países	Países
Independencia	15	Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, República Dominicana, Uruguay y Venezuela
Cuidado	13	Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Puerto Rico, República Dominicana y Venezuela
Dignidad	5	Brasil, Costa Rica, Ecuador, México y Paraguay
Participación	3	Brasil, Colombia y Ecuador

Fuente: (CEPAL, 2003)

2.6.3 LEYES ESPECIALES

Las leyes especiales son un tipo de ley constituidas por el gobierno, en este caso, en el marco normativo de las acciones en materia de envejecimiento para la protección integral de los derechos de los adultos mayores.

Un número importante de países de la región cuenta con leyes especiales, tabla 14, que tiene por objeto promover y garantizar los derechos humanos de las personas mayores.

Tabla 14 Leyes especiales en algunos países de Latinoamérica y el Caribe

País	Estatuto	Declaración
Brasil	Estatuto del Mayor Ley 10.741, 2003	Asegura la atención integral a la salud con acceso universal e igualitario mediante el sistema único de salud incluyendo la atención especial de las enfermedades que afectan a los adultos mayores
Costa Rica	Ley 7935: Ley Integral para la persona Adulta Mayor, 1999	Establece que el Estado es el responsable de garantizar las salud, nutrición vivienda desarrollo integral y seguridad social a las personas mayores mediante sus instituciones
Ecuador	Ley Especial del Anciano N° 12 7, 1991	Establece la Procuraduría General del Anciano como organismo para la protección de los derechos económicos y sociales, y las reclamaciones legales, a fin de hacer efectivos los derechos consagrados en la ley.
El Salvador	Ley de Atención Integral para la Persona Adulta Mayor (2002).	La atención sanitaria al adulto mayor será gratuita en las instituciones públicas, y que gozarán de los derechos reconocidos en la Constitución, en los tratados internacionales ratificados por el país y en las demás leyes que garanticen su protección.

Continuación tabla 14...

Guatemala	La Ley 80-96 Ley de Protección para las Personas de la Tercera Edad	El Ministerio de Salud y Asistencia Social deberán fomentar la investigación, desarrollo de acciones y programas especiales que protejan al adulto mayor,
México	Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, 2002	Tiene como cometido garantizar el ejercicio de los derechos de las personas de edad, así como su cumplimiento, mediante la política pública nacional para la observancia de los derechos en la vejez.
Puerto Rico	Carta de Derechos de la Persona de Edad Avanzada y Política Pública, 1986	Reconoce la responsabilidad del Estado de proveer, hasta donde sus medios y recursos lo hagan factible, las condiciones adecuadas que promuevan en las personas de edad avanzada el goce de una vida plena y el disfrute de sus derechos naturales humanos y legales.

Fuente: (Antonio Jiménez Lara y Martha Quezada García, 2009)

Para la aplicación de estas leyes especiales, los países crean instituciones específicas para la atención de las personas mayores como es el caso de Chile, República Bolivariana de Venezuela y México.

En la República Bolivariana de Venezuela se creó un órgano rector, el Instituto Nacional de Servicios Sociales (INASS), que debe tomar las medidas necesarias para asegurar el ejercicio de los derechos de las personas mayores. En Brasil y Venezuela existen órganos estatales y municipales llamados Centros de Servicios Sociales que actúan bajo la coordinación del INASS. En México, la ley crea el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) para velar por los derechos del adulto mayor en conformidad con los principios, objetivos y disposiciones contenidos en la ley (CEPAL, 2009).

2.6.4 MARCO JURÍDICO-LEGAL DE HONDURAS

La única ley específica con la que cuentan las personas mayores en Honduras para ejercer sus derechos y deberes es la Ley Integral de Protección al Adulto Mayor y Jubilados. Esta ley fue aprobada en Julio del año 2007 cuya finalidad es fomentar y proteger el desarrollo del adulto mayor y jubilados garantizando el ejercicio de sus derechos y sancionando a aquellas entidades o personas que la infrinjan. (Ley del Adulto Mayor, 2006)

En el Artículo 2 se establecen objetivos según Ley del Adulto Mayor, 2006

1. Crear y ejecutar una política nacional para el Adulto Mayor y Jubilados
2. Crear, organizar y regular el funcionamiento de la Dirección General del Adulto Mayor (DIGAM)
3. Promover que los adultos mayores en su vida activa se incorporen a los sistemas previsionales de carácter público, privado o mixto vigentes en el país.
4. Promover que los adultos mayores y jubilados tengan acceso a los servicios médicos hospitalarios públicos y privados.
5. Garantizar al adulto mayor y jubilado el acceso al disfrute de los descuentos y tarifas especiales establecidas por la presente ley
6. Propiciar la formación de recurso humano, técnico y profesional, en las áreas de gerontología y geriatría, con el fin de garantizar la cobertura de los servicios de salud requeridos por la población adulta mayor y jubilado
7. Promover la ocupación del tiempo libre del adulto mayor y jubilado priorizando actividades remunerativas autosuficientes con recursos tecnológicos que les permita competir en el mercado
8. Impulsar la investigación integral de la situación del adulto y jubilado a fin de enfocar soluciones a sus problemas prioritarios
9. Fomentar en la familia, el Estado y la sociedad, una cultura de aprecio a la vejez para lograr un trato digno, favorecer su revalorización y su plena integración social
10. Impulsar el desarrollo humano integral de los adultos mayores y jubilados observando el principio de equidad de género, por medio de políticas públicas, programas y acciones a fin de garantizar la igualdad de derechos, oportunidades y responsabilidades de hombres y mujeres.

11. Incluir en los programas a reducción de la pobreza las políticas públicas y privadas orientadas a la atención del adulto mayor y jubilados

2.6.4.1 ATENCIÓN SANITARIA

El ámbito sanitario para el adulto mayor está respaldado por el Artículo 2 del capítulo 1 establece en los incisos:

4. Promover que los adultos mayores y jubilados tengan acceso a los servicios médicos hospitalarios públicos y privados
6. Propiciar la formación de recurso humano, técnico y profesional, en las áreas de Gerontología y Geriatría, con el fin de garantizar la cobertura de los servicios de salud requeridos por la población adulta mayor y jubilados.

En el capítulo III: Del acceso a los servicios de salud y las jubilaciones en la sección 1 acerca de los servicios de salud establece en el Artículo 10 Programa Nacional de Atención Integral al Adulto Mayor y Jubilado. Secretaria de Estado en el Despacho de Salud creara un Programa Geronto- Geriátrico para brindar atención integral al adulto mayor y jubilado, por medio de su red de servicios de salud.

2.6.4.2 INSTITUCIONES PARA LA PROTECCIÓN DEL ADULTO MAYOR

Dentro de la Ley Integral de Protección al Adulto Mayor y Jubilados se establece que el gobierno hondureño solamente reconoce dos tipos de instituciones: instituciones de previsión y de atención.

Las instituciones de Previsión las cuales se dedican a la definición de políticas públicas, privadas o mixtas a la promoción de sus derechos e investigar sus condiciones de vida. Las instituciones preventivas son las siguientes:

- Secretaria de Trabajo y Seguridad Social
- Red nacional de adultos mayores de Honduras (RENAMH)
- Asociación de Jubilados del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS)
- Comisionado Nacional de los Derechos Humanos (CONADEH)
- Instituto Nacional de Previsión del Magisterio (INPREMA)
- Instituto Nacional de Jubilaciones y Pensiones de los Empleados Públicos (INJUPEM)

Las Instituciones de Atención les proporciona cuidados gerontológico o cualquier otro tipo de asistencia sanitaria que requieran, también les proporciona servicio de alojamiento en caso de ser necesario.

Los programas en desarrollo encaminados a proporcionar atención focalizada a este grupo vulnerable, pretenden mejorar la calidad de vida en situación de pobreza y desarrollar el capital humano para suplir su servicio sanitario. En este sentido, CEPAL destaca las acciones realizadas en beneficio de los adultos mayores a través de (Bueso & Vásquez, 2013):

- Secretaria de Salud unidad de Atención del Adulto mayor: Programa de Atención Integral al Adulto Mayor
- Hogar Perpetuo Socorro: Alcaldía Municipal de San Pedro Sula
- Centro de Atención Integral al Adulto Mayor (CAIAM) departamento/unidad de atención del adulto mayor: Programa de IHSS en Tegucigalpa
- Residencia Margarita Naseau de San Pedro Sula
- San Vicente de Paúl, San Pedro Sula, Cortes

2.6.4.3 PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR

Con la ayuda de OMS, el gobierno hondureño establece que es un programa de la Secretaria de Estado encargado de ejecutar, diseñar, controlar, realizar seguimiento y evaluación de las políticas, normas y planes de salud para lograr desarrollar entornos saludables y mejorar las condiciones de vida de la población adulta mayor.

El objetivo general de este programa es lograr unificar, estandarizar y establecer lineamientos y normas generales con el propósito de disminuir la morbilidad y mortalidad.

El Programa Nacional de Atención Integral al adulto mayor ofrece los siguientes servicios:

- Cobertura médica gratuita a toda la población adulto mayor urbana y rural
- Preferencia en la atención.
- Una clínica de atención al adulto mayor en el CESAMO Miguel Paz Barahona de San Pedro de Sula.
- Una clínica de atención al Adulto Mayor en el CESAMO Alonso Suazo de Tegucigalpa.
- Control y tratamiento de las enfermedades crónicas en todas las unidades de salud.

CAPITULO III: METODOLOGIA

Luego de exponer en el marco teórico las bases y teorías que sustentan la investigación, es de suma importancia determinar qué tipo de metodología se utilizara para realizar la investigación. Esta metodología debe englobar el alcance, el tipo de enfoque, método, diseño, indicando la población y muestra en la cual se va a utilizar el instrumento previamente discutido con los expertos del tema para validar la investigación. La metodología de la investigación sirve de guía para obtener información valiosa que ayudara a esclarecer los objetivos y preguntas planteadas en capítulos anteriores.

3.1 CONGRUENCIA METODOLÓGICA

Aquí se destaca la relación lógica que existe entre los objetivos, preguntas de investigación, variables identificadas e hipótesis planteada. La estrategia desarrollada para obtener la recolección de datos fue a través de una encuesta en el Centro de Salud de Paz Barahona, en la ciudad de San Pedro Sula en un periodo de tiempo específico en el año 2017.

3.1.1 MATRIZ METODOLÓGICA

Es un instrumento que consta de un cuadro sintetizando los elementos que conforman la investigación definiendo los aspectos a medir y las escalas de medición. (Contreras, 2013). La matriz metodológica es una estrategia desarrollada con el propósito de trazar el proceso de investigación permitiendo llevar una secuencia lógica del tema en estudio, garantizando que los elementos que se utilizan dan un aporte científico y valioso a la investigación. (Etienne Beaudoux, 1992).

En la tabla 15, se encuentra la relación que tiene el problema planteado con el objetivo general y los objetivos específicos que dieron lugar a las preguntas de investigación descritas en el primer capítulo, se coloca el problema planteado para demostrar la congruencia lógica que este tiene con cada una de las partes.

Tabla 15 Matriz metodológica

Título	Problema	Preguntas de investigación	Objetivos		Variables	
			General	Específico	Independiente	Dependiente
<p align="center">NIVEL DE SATISFACCION EN LA ATENCION BRINDADA A PACIENTES GERIÁTRICOS EN EL CENTRO DE SALUD DE PAZ BARAHONA</p>	<p>¿Cuál es el nivel de satisfacción de los pacientes geriátricos en cuanto a su género, calidad de atención e infraestructura con la que cuenta el Centro de Salud de Paz Barahona?</p>	<p>¿Qué género de los pacientes geriátricos presenta mayor satisfacción sobre la atención brindada en el Centro de Salud de Paz Barahona</p>	<p>Determinar la satisfacción del paciente geriátrico en cuanto a su género, calidad en la atención e infraestructura que brinda el Centro de Salud de Paz Barahona</p>	<p>Determinar el género de pacientes geriátricos que mayor satisfacción presenta en la atención brindada en el Centro de Salud de Paz Barahona</p>	Género	<p align="center">Satisfacción</p>
		<p>¿Cuáles son los factores que afectan en la calidad de atención al paciente?</p>		<p>Identificar los factores que afectan la calidad de la atención brindada a los pacientes adulto mayor</p>	Calidad de atención	
		<p>¿Cuál es la percepción de los pacientes geriátricos sobre la infraestructura del consultorio donde son atendidos?</p>		<p>Establecer la percepción del paciente geriátrico sobre la infraestructura del lugar donde son atendidos.</p>	Infraestructura	

3.1.2 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

“Una variable es una función que asigna valores a las características de la población estudiada” (Hernández, 2010). La identificación de las variables, darán paso a su operacionalización así como se detalla a continuación:

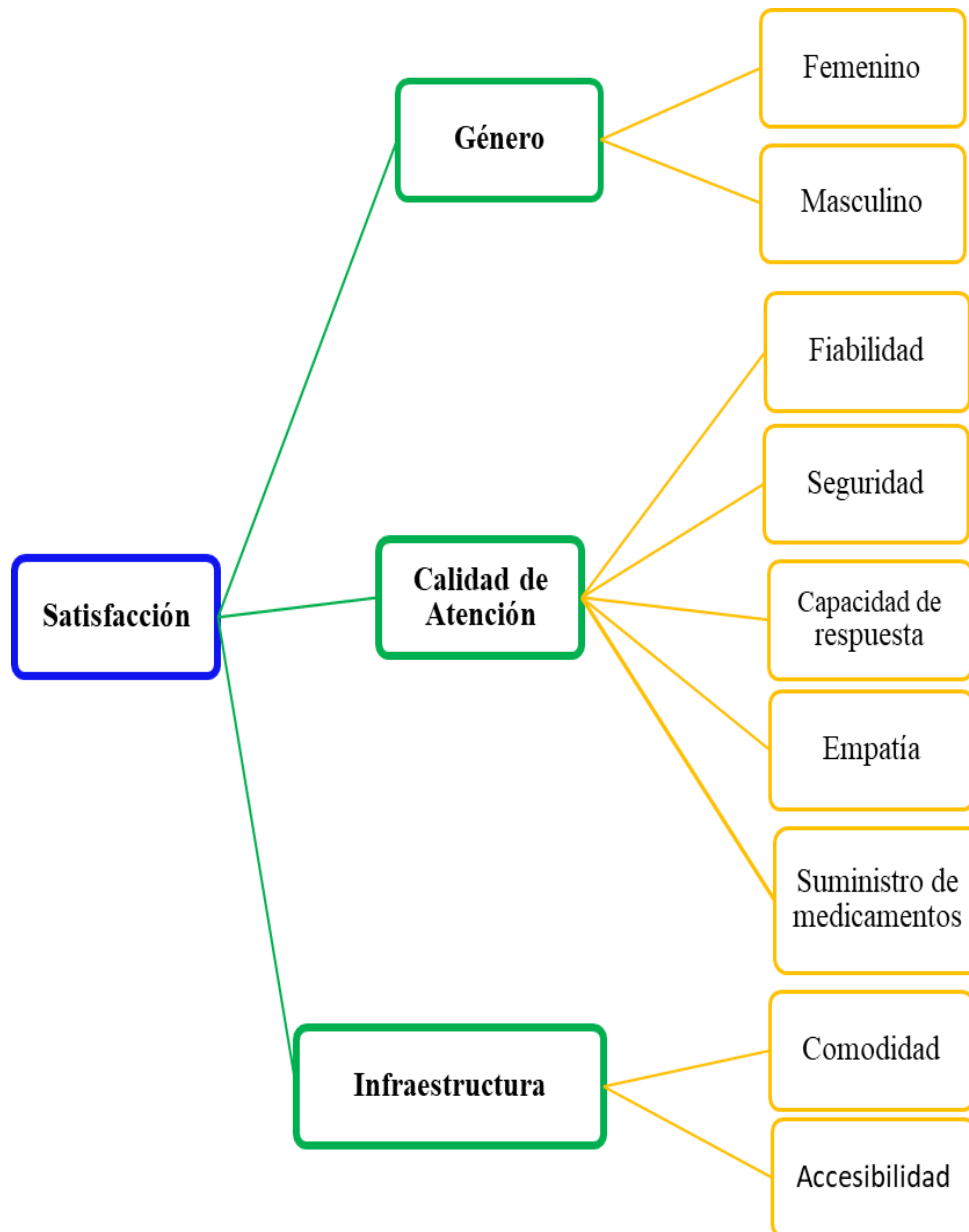


Figura 17 Identificación de las variables

En la figura 17 se detallan la variable dependiente y las variables independientes con sus respectivas dimensiones y en la tabla 16 se muestran los indicadores que guían al estudio de investigación para que sea tangible y medible

Tabla 16 Operacionalización de las variables

Variable independiente	Definición	Dimensiones	Indicador	Ítem	Unidad de categoría	Escala
	Conceptual	Operacional				
Género	Clasificación de individuos o cosas en las que los mismos pueden ser ordenados según sus rasgos o características particulares que los caractericen.	La diferencia de género implica actitudes determinadas y percepciones distintas, indicando que los hombres y mujeres presentan diferencias significativas en el análisis de los indicadores de calidad. (Salvador, 2007)	Femenino Masculino			1 2
Calidad de Atención	“Es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes” (Donabedian, 1980)	Desempeño confiable y preciso. Habilidad para prestar el servicio en forma acertada, cuidadosa y como se anuncia.	Fiabilidad	Continuidad y orden lógico en la atención	¿La atención se realizó en orden y respetando el orden de llegada?	Si No 1 2

Continuación tabla 16...

Variable independiente	Definición		Dimensiones	Indicador	Ítem	Unidades de categoría	Escala
				Cuidado en el registro de información de los usuarios	¿Su historial clínico se encontró disponible en el consultorio?	Si No	1 2
			Seguridad	Idoneidad del personal de salud.	¿El médico le realizó un examen físico completo y minucioso por el problema de salud por el cual fue atendido?	Si No	1 2
				Conocimiento y disposición de los empleados para responder preguntas de usuarios.	¿El médico le brindo el tiempo necesario para contestar sus dudas o preguntas sobre su problema de salud?	Si No	1 2
			Capacidad de Respuesta	Sencillez de los trámites para la atención.	¿Está satisfecho con el tiempo de espera para atenderlo en ventanilla?	Totalmente satisfecho Satisfecho Algo insatisfecho Totalmente insatisfecho	1 2 3 4
				Agilidad del trabajo para atención más pronta.	¿Está satisfecho con el tiempo de espera para ser atendido por el medico?	Totalmente satisfecho Satisfecho Algo insatisfecho Totalmente insatisfecho	1 2 3 4

Continuación tabla 16...

Variable independiente	Definición		Dimensión	Indicador	Ítem	Unidad de Categoría	Escala
					¿Está satisfecho con el tiempo de espera para realizarse los exámenes o análisis clínicos?	Totalmente satisfecho Satisfecho Algo insatisfecho Totalmente insatisfecho	1 2 3 4
			Empatía	Atención individualizada al usuario.	¿Está satisfecho con la atención brindada por el personal de la farmacia respetando su preferencia de tercera edad?	Totalmente satisfecho Totalmente insatisfecho	1 2
				Amabilidad en el trato, por parte de médicos, enfermeras, auxiliares y otros profesionales de salud.	¿El medico u otro profesional de la salud le trato con amabilidad, respeto y paciencia haciéndolo sentir en confianza?	Si No	1 2
				Claridad en orientaciones brindadas al usuario, sobre la enfermedad, cuidados, tratamiento y uso de medicamentos.	¿Usted comprendió la explicación que el médico le brindo sobre su estado de salud, análisis que deber realizarse, sus resultados y tratamiento (tipo de medicamento, dosis y efectos adversos)	Si No	1 2

Continuación tabla 16....

Variable independiente	Definición		Dimensión	Indicador	Ítem	Categoría	Escala
Infraestructura	“Conjunto de elementos o servicios que se consideran necesarios para la creación y funcionamiento de una organización cualquiera” Real Academia Española	Son los aspectos físicos que el usuario percibe de la institución que intervienen o se utilizan para la prestación de la atención en salud. Se relaciona con las condiciones y apariencia física de las instalaciones, equipos, personal, material de comunicación, limpieza y comodidad		Estado físico de instalaciones	¿Considera adecuado el tamaño del consultorio donde es atendido?	Si	1
						No	2
				Limpieza de las instalaciones y elementos físicos	¿Se encontraban la sala de espera y consultorio limpio?	Si	1
						No	2
				Comodidad del mobiliario en la sala de espera	¿Considera que son cómodas las sillas en la sala de espera?	Si	1
						No	2
				Equipo y materiales	¿El consultorio donde fue atendido contó con equipo disponible y materiales necesarios para su atención?	Si	1
						No	2

Fuente: (Hospital Universitario del Valle “Evaristo García, 2010”)

3.1.3 HIPÓTESIS

“Es un enunciado o un conjunto de enunciados que expresan con claridad una explicación tentativa ante el problema de investigación, que se pondrá a prueba, realizando una relación entre dos o más variables” (Ackerman&Com, 2013).

“La hipótesis son la guía de la investigación o estudio indicando lo que se trata de probar y se definen como respuestas provisionales a las preguntas de investigación. Estas deben formularse de manera de proposiciones” (Hernandez et al, 2010). Como bien se menciona, la hipótesis es una guía y es por esto que se formuló de la siguiente manera:

Ho: Los pacientes adulto mayor se sienten satisfechos con la atención integral brindada en el Centro de Salud de Paz Barahona

Hi: Los pacientes adulto mayor no se siente satisfechos con la atención integral brindada en el Centro de Salud de Paz Barahona

3.2 ENFOQUE Y MÉTODOS

Para el desarrollo de la investigación, ilustrado en la figura 18, se utilizó un enfoque mixto, que implica un proceso de recolección, análisis de datos cuantitativos y cualitativos para responder a un planteamiento del problema. (Hernández et al, 2010). Se utilizó el enfoque mixto porque brinda una perspectiva más amplia y profunda del tema a tratar, la mejor manera para estudiar y teorizar las preguntas de investigación, dar mayor solidez a la investigación y permitir una mejor exploración y explotación de los datos. (Hernández et al, 2010)

El enfoque cuantitativo, utiliza la encuesta para recolectar datos de acuerdo al resultado de la muestra, en base a lo numérico y analítico para demostrar la hipótesis, a diferencia, el enfoque cualitativo se guía de la teoría fundamentada, recolectando información por medio de entrevista para conocer la realidad que engloba la atención medica brindada, la perspectiva y opinión sobre el tema en discusión. El siguiente esquema presenta la combinación de ambos enfoques, del cual se desarrolló la investigación, explicando de forma visual el conjunto que define el estudio:

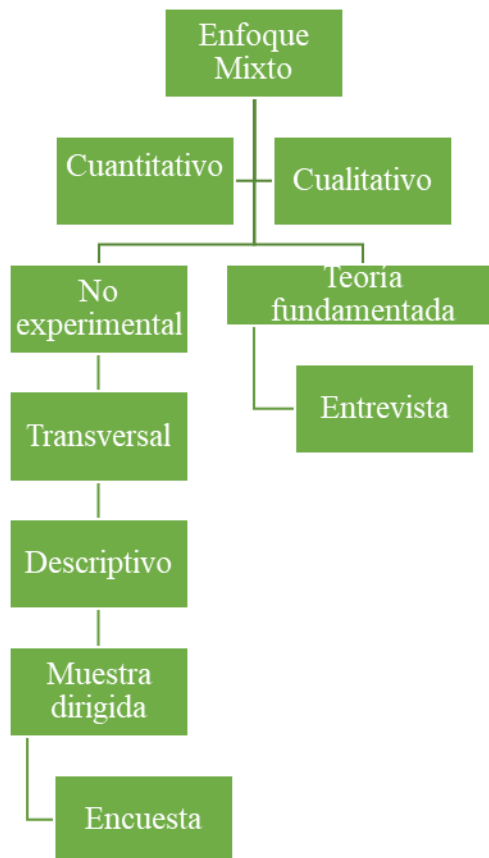


Figura 18 Diseño del esquema metodológico

Fuente: (Hernandez et al, 2010)

La investigación se basó primordialmente en el enfoque cuantitativo ya que delimita la cantidad de población sobre la cual se va a guiar el problema, dando a conocer los resultados estadísticamente en base a la técnica que se utilizara y se basa fundamentalmente en dar a conocer el nivel de satisfacción de la atención brindada a los pacientes adulto mayor en el CESAMO (Hernández et al, 2010).

Dentro del enfoque cuantitativo se realizó una encuesta que nos da datos fehacientes sobre el nivel de satisfacción del paciente. El diseño de la investigación fue no experimental ya que no se manipularon las variables, de tipo transversal ya que analizó e interpreto la satisfacción del paciente geriátrico sobre la atención integral brindada en el Centro de Salud de Paz Barahona en un tiempo determinado, Noviembre 2017. La investigación tiene un alcance descriptivo busca especificar información de manera independiente sobre los las variables a las que se refiere.

Una vez recolectado el material y la información necesaria para el tema de investigación, se procedió a la revisión literaria encontrada en tesis de referencia, libros, revistas, periódicos u otras fuentes de consulta para explicar profundamente el tema.

3.3 DISEÑO DE LA INVESTIGACION

En esta sección del capítulo se define el desarrollo del plan para obtener la información que se requiere en la investigación, la cual debe obtenerse de manera práctica y concreta para responder las preguntas de investigación. (Hernández et al, 2010)

Sousa et al, 2007 indican que:

“El diseño de investigación es la estructura o guía utilizada para la planificación, implementación y análisis del estudio.”

El diseño de la investigación es no experimental ya que se va a evaluar una situación ya existente, el investigador no provoca alteración de las variables intencionalmente. La investigación no experimental es sistemática y empírica en la que las variables independientes no se manipulan. (Hernández et al, 2010)

3.3.1 POBLACION Y MUESTRA

3.3.1.1 POBLACIÓN

Siguiendo el objetivo general y específicos establecidos y según la hipótesis planteada, se realizó una encuesta a adultos mayores que reciben asistencia médica en el Centro de Salud de Paz Barahona y también se realizó una entrevista a un especialista en Geriatria para conocer cuáles deben ser las condiciones adecuadas para este tipo de paciente que el Centro debe de brindarles.

Garza, (2013) menciona que la población

“Es la fuente de observaciones o medidas que describen detalladamente a un conjunto de individuos, en caso de ser una población grande, se recomienda analizar una parte representativa denominada muestra.”

En la investigación se tomó como población al número de pacientes de tercera edad que el Centro de Salud Paz Barahona tiene programado atender, 18000 personas en el año 2017.

3.3.1.2 MUESTRA

Se define como un subgrupo de la población en estudio. La muestra debe ser representativa para recolectar resultados, mediante una técnica adecuada, que puedan generalizarse o extrapolarse con la población. (Hernández et al, 2010)

Para el estudio, se utilizó una población finita debido a que se identifican los elementos que se quiere investigar y la muestra es no probabilística porque únicamente se hará el estudio en pacientes de tercera edad que asistan al Centro de Salud de Paz Barahona.

La siguiente forma es utilizada para calcular la muestra de una población finita:

$$N = \frac{z^2 * p * q * N}{e^2(N-1) + z^2 * p * q}$$

Ecuación 1 Formula de una muestra de una población finita

En donde:

n= tamaño de la muestra

N= Población

z= distribución normal del 95% de confianza

p= probabilidad que se realice el evento

q= probabilidad que no se realice el evento

s= error permitido del 5%

$$n = \frac{1.96^2 * 0.5 * 0.5 * 18000}{0.05^2}$$

$$n = \frac{1.96^2 * 0.5 * 0.5 * 18000}{0.05^2}$$

$$n = 376.15$$

Según el cálculo realizado anteriormente, para una población de 18,000 habitantes, el total de encuestas sería de 376, con el propósito de obtener resultados totalizados que ayuden a contestar las preguntas de la investigación.

3.3.2 UNIDAD DE ANÁLISIS

Las unidades de análisis es en que o quienes se centra el interés de la investigación, ya sean estos participantes, objetos, suceso o comunidades. Las unidades de análisis dependen del planteamiento y los alcances del estudio. (Hernandez et al, 2010)

Tabla 17 Unidad de Análisis

Pregunta de investigación	Características	Unidad de análisis
¿Cuál es el nivel de satisfacción de los pacientes geriátricos en cuanto a su género, calidad de atención y gasto que efectúan en relación con la atención que reciben en el Centro de Salud de Paz Barahona?	Género	Ambos sexos
	Lugar donde reciben asistencia médica	Centro de Salud de Paz Barahona en los consultorios de: Adulto Mayor, medicina Interna, odontología y unidad de exámenes/Rayos x
	Edad	Mayores de 60 años

La tabla 17 muestra las características de la unidad de análisis que se tomó en cuenta para la selección de la muestra poblacional.

3.3.3 UNIDAD DE RESPUESTA

La unidad de respuesta está conformada por los pacientes de tercera edad que asisten al Centro de Salud de Paz Barahona para recibir algún servicio de salud.

3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS APLICADOS

Seguidamente de seleccionar el diseño y la muestra adecuada de investigación se debe seleccionar los instrumentos y técnicas apropiadas para recolectar la información, teniendo presente los requisitos que debe reunir un instrumento de medición que constan de la confiabilidad, validez y objetividad para dar respuesta a las preguntas de investigación, objetivos e hipótesis.

3.4.1 INSTRUMENTO

El instrumento de medición a utilizar es un recurso que debe de representar verdaderamente las variables de la investigación cuyas respuestas se obtienen y luego se procesan para realizar un análisis de las mismas mediante programas estadísticos. (Hernandez et al, 2010)

Los instrumentos utilizados en una investigación, quedan determinados por la información que se necesita obtener, es decir, son los indicadores que informan sobre las variables de la investigación que se efectúan mediante preguntas, observaciones, registros, entre otros. Contar con un buen instrumento de recolección de datos asegura una correcta relación entre la teoría y los hechos. (Muñoz, 2016)

3.4.1.1 CUESTIONARIOS

El cuestionario puede que sea el instrumento más utilizado de todos, es un conjunto de preguntas respecto de una o más variables a medir, deben ser acorde al planteamiento del problema. El contenido de las preguntas de un cuestionario puede ser tan variado como los aspectos que se están midiendo. Las preguntas pueden ser de dos tipos, cerradas y abiertas.

Se utilizará las preguntas cerradas porque contiene respuestas delimitadas, las cuales pueden presentar una ventaja para pacientes geriátricos que sufren de enfermedades crónicas ya que son rápidas y fáciles de responder, dándole así mismo al investigador mayor facilidad para codificar y analizar las respuestas. En el cuestionario puede existir la opción para el paciente de realizar múltiple respuesta, seleccionando dos o más respuestas, o presentar una escala en donde el paciente deberá de elegir un rango. (Hernández, et al, 2010)

3.4.1.2 TÉCNICAS

Contar con la mejor técnica o instrumento de recolección de información permite al investigador tener una mejor aproximación de los hechos u variables en estudio. Existen dos tipos de técnicas de recolección de datos o información: los primarios y secundarios, los cuales se decidirán a utilizar en base al tipo de investigación que se esté realizando.

La información primaria se obtiene de primera mano del investigador que pueden ser: la observación, la entrevista, la encuesta y los secundarios que proceden de la obtención y el procesamiento de datos efectuados por otros investigadores. Entre los ejemplos de técnicas se pueden mencionar: la observación, la encuesta, la entrevista, el análisis documental, el contenido, entre otros.

Las técnicas contempladas para apoyar el estudio realizado, fueron las siguientes:

3.4.1.3 ENTREVISTA

La entrevista es una técnica que por medio de una conversación busca entender una realidad desde la perspectiva del experto o entrevistado. Como técnica de investigación cualitativa pretende obtener descripciones del punto de vista del entrevistado es decir su conocimiento, visión, comprensión de un tema en específico. (Muñoz, 2016)

Para efectos de ampliar conocimiento sobre los pacientes geriátricos y sus necesidades en cuanto a la atención se realizó una entrevista a:

1. Dr. Luis Chou Lean Gerontólogo del Asilo de Ancianos San Juan y médico en Hospital del Valle.
2. Dra. Estela Fontana del IHSS de INJUPEMP

3.4.1.4 ENCUESTA

La encuesta es considerada un diseño para investigaciones no experimentales transversales y que generalmente utilizan cuestionarios que se aplican en diferentes contextos, que se aplican en entrevistas “cara a cara”, mediante correo electrónico o postal, en grupo (Hernández et al, 2010).

Dicho instrumento se guía de una muestra a analizar, en este caso la muestra son los adultos mayores que utilizan los servicios sanitarios del Centro de Salud de Paz Barahona para recoger los datos y obtener los resultados de acuerdo a las preguntas planteadas en la investigación. Las preguntas desarrolladas en la encuesta están basadas en las variables y sus dimensiones, siendo estas género (femenino o masculino), calidad en la atención (fiabilidad, seguridad, capacidad de respuesta y empatía) y el gasto que los pacientes realizan (medicamentos, exámenes clínicos o rayos x). Las encuestas fueron aplicadas a 376 personas, en el Centro de Salud de Paz Barahona y alrededores. Se conformó de la siguiente manera:

- 1) Datos generales: solicitados con el propósito de conocer la información general de los pacientes geriátricos.
- 2) Preguntas de investigación: formuladas en relación a las variables de la investigación especificadas con anterioridad y diferentes opciones para conocer las necesidades y preferencias del consumidor.

3.5 FUENTES DE INFORMACIÓN

Teniendo el problema de investigación, objetivos e hipótesis delimitados y detallados se debe proceder a determinar de dónde extraer la información y como utilizarla, es por ese motivo que se recurre a la revisión de las fuentes secundarias y a la recopilación de información primaria. (Grande et al, 2013)

3.5.1 FUENTES PRIMARIAS

Maranto y Gonzalez, (2015) afirman que “este tipo de fuentes contienen información original es decir son de primera mano, son el resultado de ideas, conceptos, teorías y resultados de investigaciones”.

Las fuentes primarias más utilizadas para elaborar marcos teóricos son libros, artículos de revistas científicas o trabajos presentados en congresos, simposios o eventos similares, generalmente se pueden acceder a ellos a través de internet y se consideran altamente especializadas.

En la investigación, se utilizaron como fuentes primarias los libros, artículos de revistas científicas, tesis y trabajos presentados por organizaciones internacionales como ser OMS y CEPAL.

3.5.2 FUENTES SECUNDARIAS

Este tipo de fuentes son las que extraen de una fuente primaria luego de una interpretación, análisis y reorganización de la información. (Maranto & Gonzalez, 2015).

Las fuentes externas utilizadas se extrajeron en la literatura de libros, sitios web, base de datos y periódicos locales que describen la situación actual de salubridad en el Centro de Salud de Paz Barahona.

3.6 LIMITANTES DEL ESTUDIO

Son todas aquellas restricciones u obstáculos que se encuentran para la ejecución de la investigación en etapas de recolección, procesamientos y análisis de los datos.

Dentro de las limitaciones se encontraron:

- 1) Situación política de Honduras creando inestabilidad en ámbitos de seguridad para la población hondureña en general
- 2) Huelga de médicos: El colegio médico convocó a todos sus afiliados a suspender labores en todos los centros y hospitales públicos como medida de presión ante la falta de resolución de parte del Gobierno de Honduras a su petición provocando inasistencia de los pacientes para realizar con tiempo anticipado las encuestas.
- 3) Falta de datos estadísticos actualizados sobre la población adulta mayor.

CAPITULO IV: RESULTADOS Y ANALISIS

En los capítulos anteriores se expuso el planteamiento del problema, el marco teórico estableciendo información relevante para el tema de investigación, además se definió la metodología que se utilizó para guiar la investigación permitiendo llevar un orden lógico para el estudio de cada una de las variables. Todo lo anterior sirvió como directriz para realizar el siguiente capítulo en donde se detallan los resultados según los análisis obtenidos de las diferentes técnicas e instrumentos aplicados para responder las preguntas de investigación y comprobar la hipótesis.

4.1 SEGÚN EL GÉNERO

En la figura 19 muestra que el género de mayor asistencia al Centro de Salud de Paz Barahona son las mujeres, siendo confirmado el hecho que hay mayor cantidad de población femenina adulto mayor que masculina según el Censo del Adultos en el año 2012, ellas suelen padecer de enfermedades crónicas hipertensión arterial y artritis.



Figura 19 Distribución de la población que asiste al Centro de Salud Paz Barahona por género

Según los datos recopilados ambos géneros, tanto hombres como mujeres presentaron niveles de satisfacción bastante similares en todos los aspectos medidos como se observan en las figuras del 20 a 24. Durante el proceso de aplicación de encuestas, ningún paciente expresó grado de desigualdad o discriminación al momento de ser atendido por el personal médico y auxiliar del Centro de Salud de Paz Barahona. La mayor parte de la población encuestada es analfabeta o ha cursado hasta educación primaria dependiendo en gran manera, sobre todo las pacientes femeninas, de sus hijos.

Según los resultados obtenidos en las encuestas, figura 20, las mujeres se encuentran en un 60% de insatisfacción con el abastecimiento de los medicamentos que les indica el médico

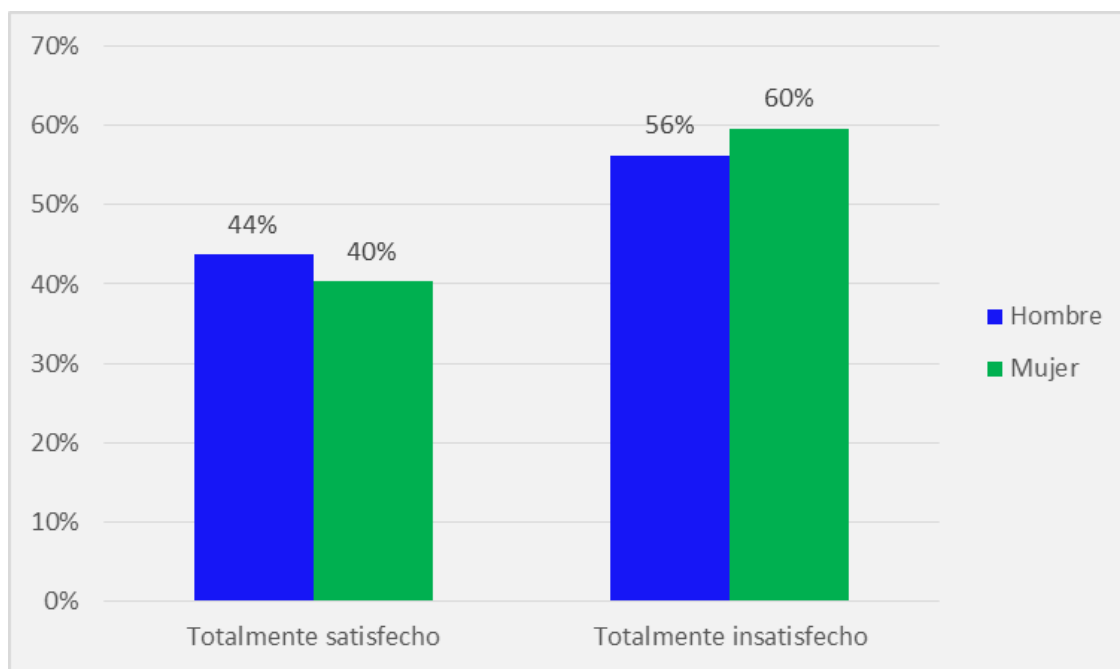


Figura 20 Suministro de medicamentos

En cuanto a la capacidad de respuesta, los hombres perciben en un 52% agilidad y eficacia en la atención brindada por el personal sanitario del CESAMO Paz Barahona, figura 21.

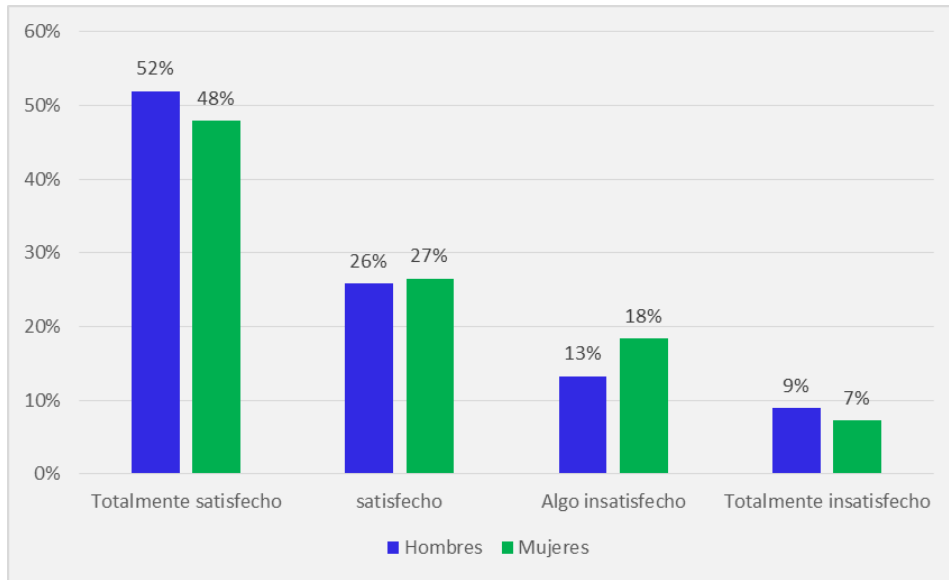


Figura 21 Capacidad de respuesta según la atención recibida en ventanilla, con el médico y área de laboratorio

Ambos géneros confían en los conocimientos, diagnóstico y tratamiento que el médico les está brindando, dando como resultados porcentajes similares con 91% y 92% respectivamente para hombres y mujeres, siendo esta dimensión de las más altas en los resultados presentados.

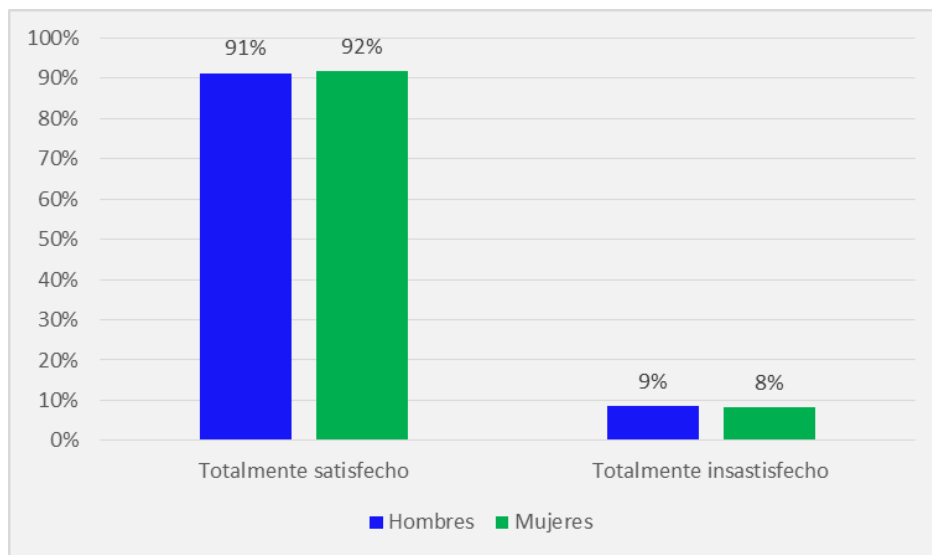


Figura 22 Seguridad proporcionada del proveedor del servicio hacia el usuario

Los hombres percibieron en un 87% empatía de parte del personal sanitario, figura 23, se sintieron entendidos y bien atendidos por ellos, las mujeres presentaron un 84% de conformidad con el trato brindado por el personal sanitario.

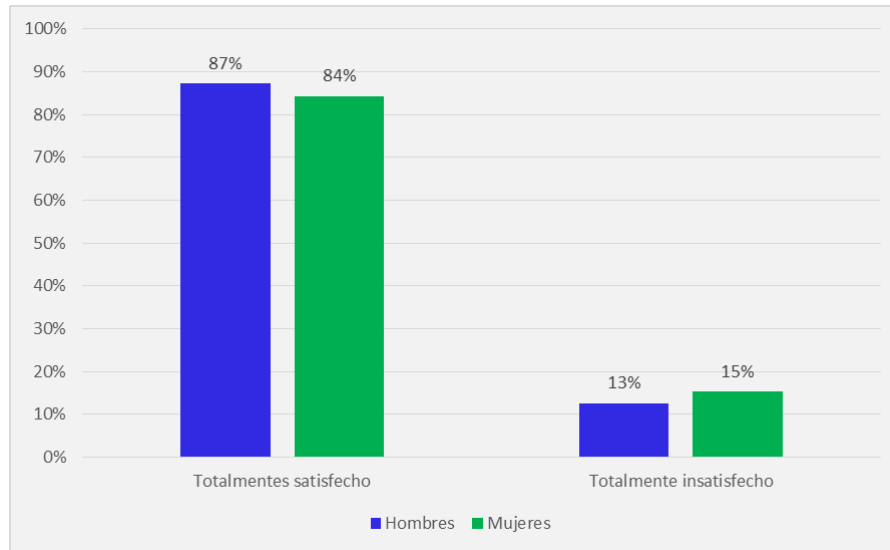


Figura 23 Empatía en la atención brindada

A pesar de no cumplir con todos los estándares, la población que asiste al Centro de Salud se encuentra satisfecha en un 84% y 85% respectivamente para hombres y mujeres, figura 24, en cuanto a las instalaciones con las que cuenta la institución.

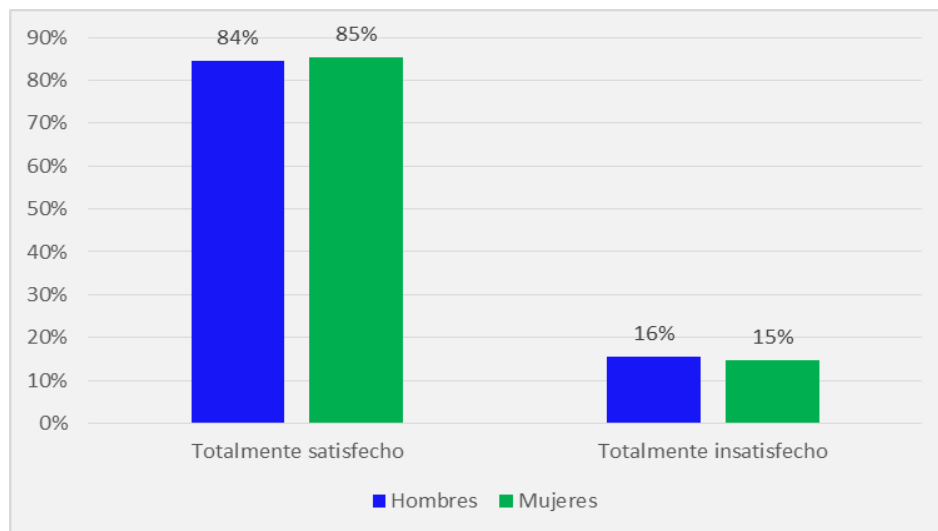


Figura 24 Percepción de la infraestructura del área de consultorio

4.2 FACTORES DE CALIDAD

4.2.1 FIABILIDAD

El Centro de Salud de Paz Barahona a pesar de la alta afluencia de pacientes tiene un proceso de atención para el adulto mayor bastante organizando observándose desde inicio que hay una ventanilla especial para dar atención preferente al adulto mayor, que se respeta el número entregado y que es muy esporádico el caso en que no encuentren el expediente de un paciente. Este es el factor que cuenta con mayor satisfacción para los pacientes geriátricos según lo muestra la figura 25.

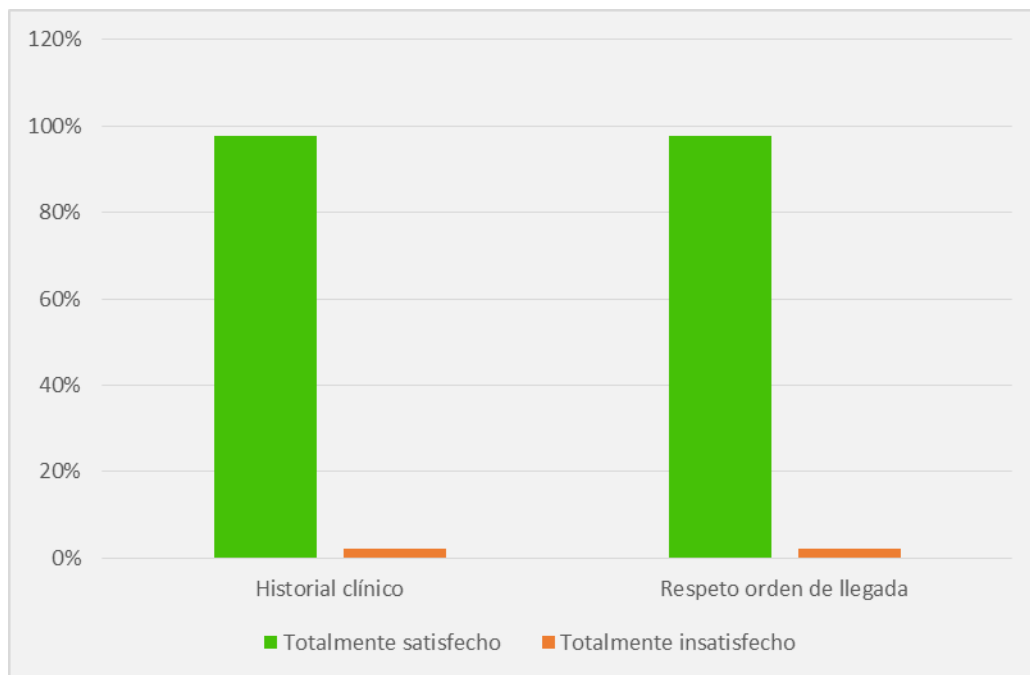


Figura 25 Fiabilidad en la atención del Centro de Salud Paz Barahona

4.2.2 SEGURIDAD

El médico debe de proporcionarle al paciente la seguridad que está dando un diagnóstico acertado mediante un examen físico o clínico y contestando todas sus dudas o preguntas referentes a su condición de salud. Los médicos asignados al área del adulto mayor, según los datos recopilados mostrados en la figura 26 le dan seguridad a los pacientes pero algunos pacientes mostraron insatisfacción debido a que no se les realiza un examen físico más exhaustivo cuyas causas podrían ser el poco tiempo asignado por a cada pacientes o por la falta de privacidad en el consultorio.

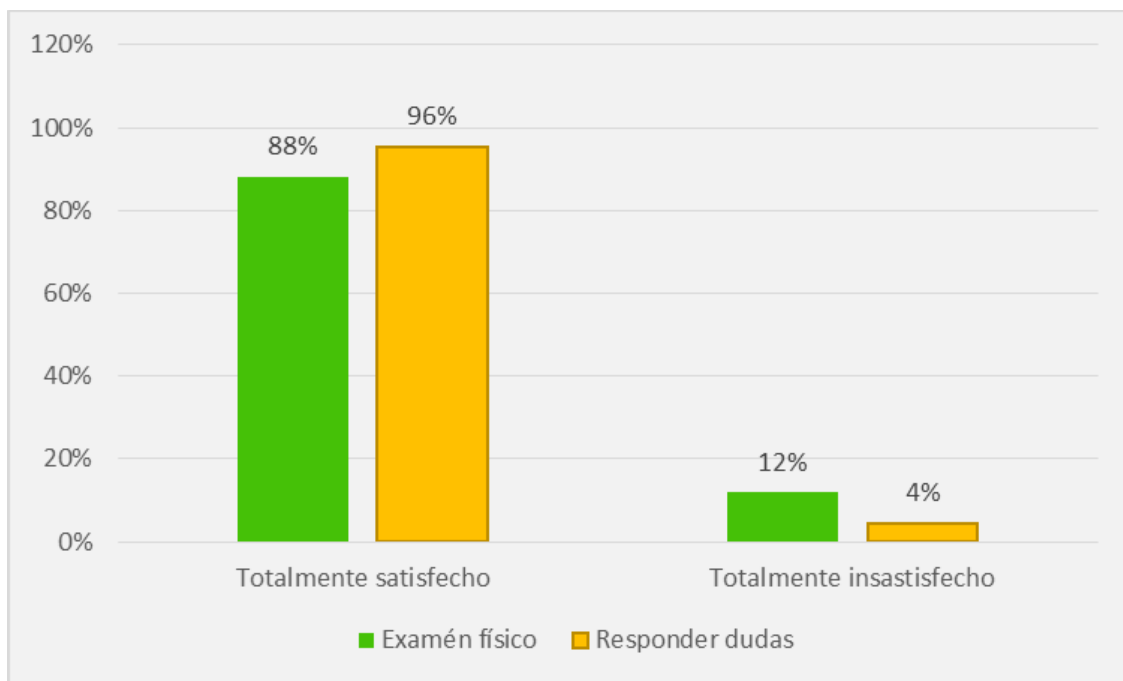


Figura 26 Seguridad proporcionada del proveedor de la asistencia sanitaria al usuario

4.2.3 CAPACIDAD DE RESPUESTA

El adulto mayor es un paciente que tiene disminución de su agilidad física y padece de muchos dolores articulares es por ello que la pronta capacidad de respuesta por parte de todos los filtros para su atención deben de ser de forma rápida y de calidad. En la figura 27 se ilustra que la atención brindada por parte del personal del Centro de Salud parece satisfacer en gran medida a los pacientes geriátricos sobretodo la atención brindad por su médico, pero cabe mencionar también que dentro del área que presenta una incidencia de insatisfacción es el área de laboratorio clínico, según expresado por los pacientes por la falta de insumos o materiales y tienen que regresar por los resultados clínicos dentro de 1 semana para pasar nuevamente a consulta con el médico.

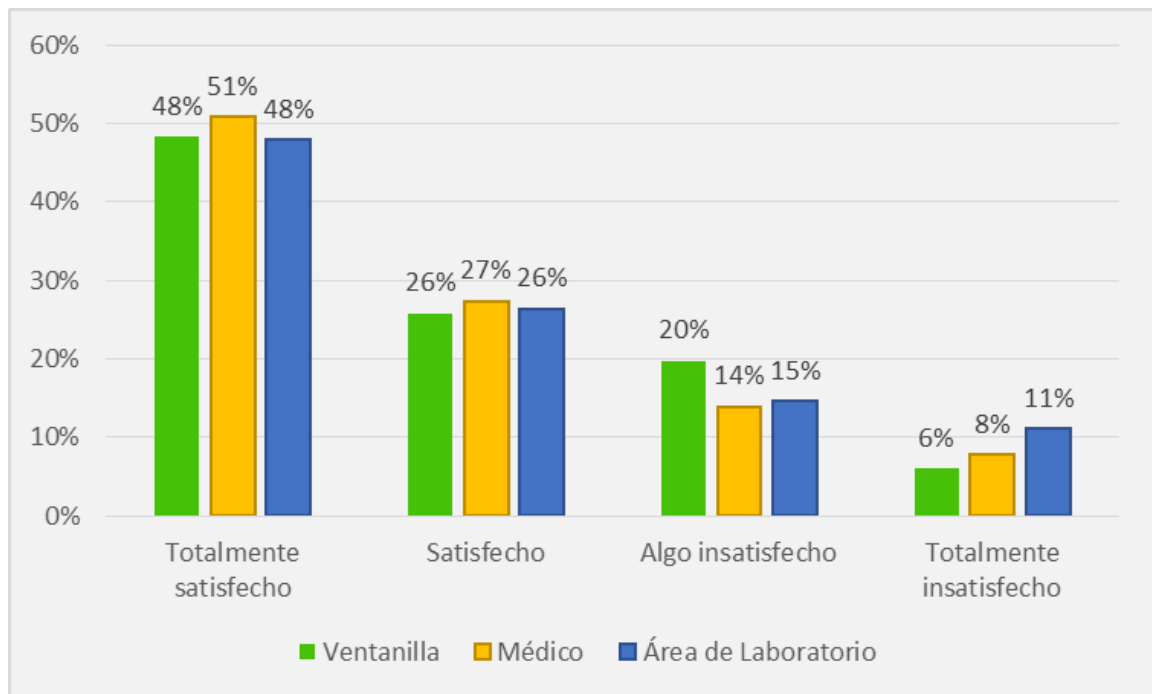


Figura 27 Capacidad de respuesta por parte del personal del Centro de Salud de Paz Barahona

4.2.4 EMPATÍA

Según lo muestra la figura 28 la atención brindada en la farmacia presenta el mayor nivel de insatisfacción en comparación con el trato del personal médico debido a que no se respeta, en muchas ocasiones, su privilegio de tercera edad teniendo que hacer fila juntos con los otros pacientes. En la farmacia trabajan 5 personas en caso que alguna no llegue por motivos de salud u otra índole dificulta la atención prevalente sobre el paciente adulto mayor.

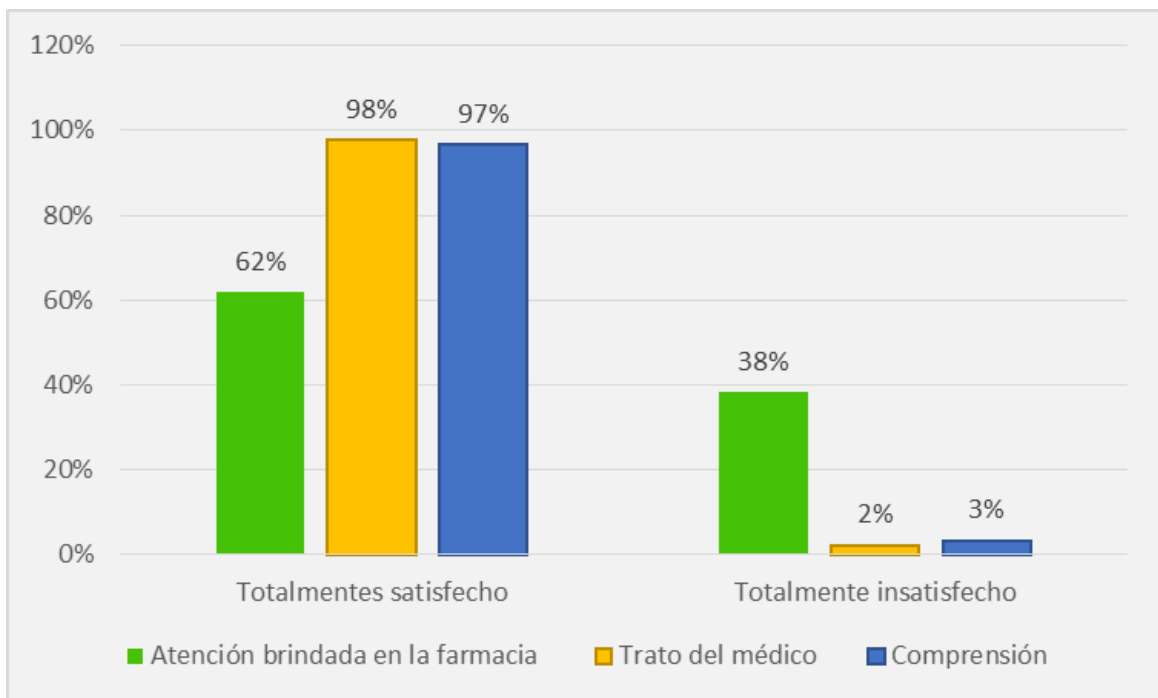


Figura 28 Empatía por parte del personal sanitario hacia el usuario adulto mayor

4.2.5 SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

La falta de abastecimiento de medicamentos provoca en mayor proporción la insatisfacción de los pacientes adulto mayor como lo muestra la figura 29. En la investigación se tomó en general la satisfacción de los pacientes, conociendo su inconformismo debido a la falta de abastecimiento de todos los medicamentos indicados por el médico, pero no se consideraron las causas de este abastecimiento, que según las auditorías realizadas a los centros de salud estas deficiencias se deben al ineficiente aprovechamiento de los recursos (medicamentos vencidos o en mal estado) y aumento progresivo de los costos de medicamentos (Transformemos Honduras, 2013), siendo indicadores factibles a investigar dentro del CESAMO Paz Barahona comparándolo con otros Centros de Salud.

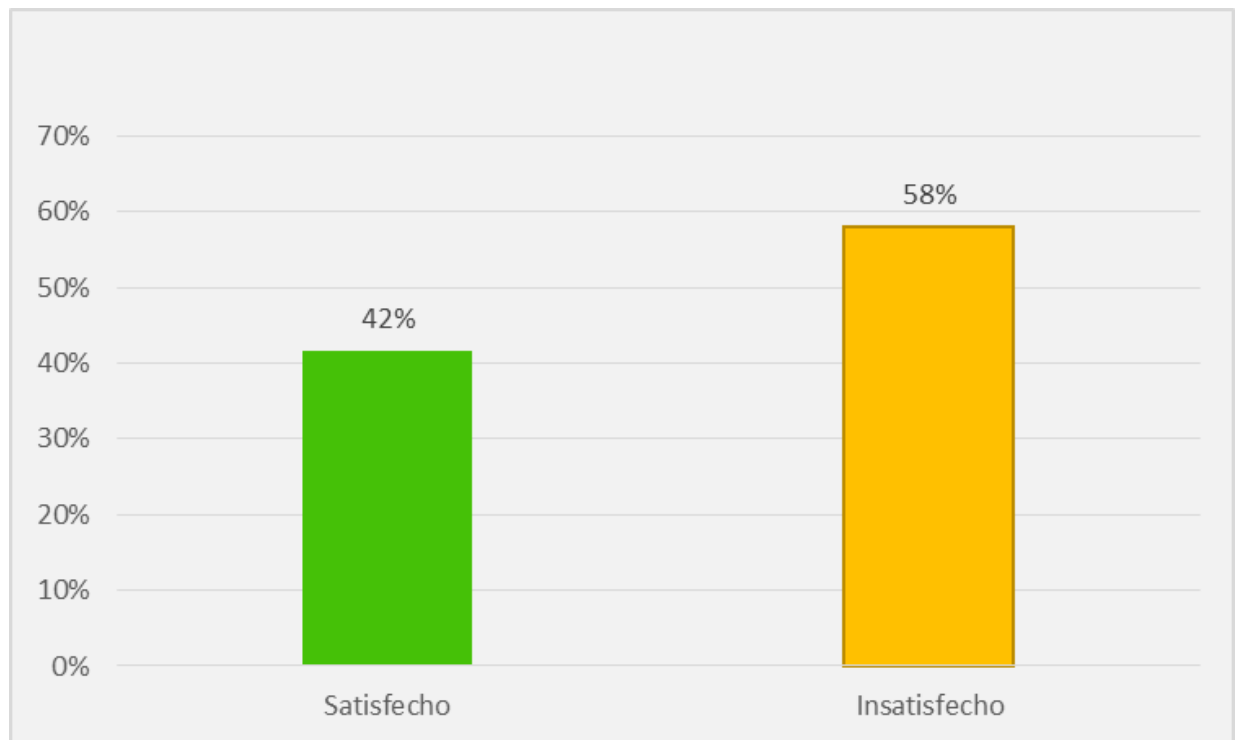


Figura 29 Suministro de medicamentos

4.3 INFRAESTRUCTURA

El consultorio 11 es exclusivo para la atención del adulto mayor en el Centro de Salud de Paz Barahona. Cuenta con una sala de espera comunal con pacientes de otros consultorios y una sala de espera interna. La sala de espera comunal o externa es al aire libre, las sillas son metálicas, tiene ventiladores de techo y hay un televisor para que los pacientes se distraigan mientras esperan su turno, por el otro lado, la sala de espera interna del consultorio 11 cuenta con sillas plásticas, un oasis (la enfermera es la encargada de proporcionar los vasos en caso que algún paciente quiera tomar agua), un lavamanos, aire acondicionado y ventilador de pared para mantener climatizada el área.

El consultorio 11 cuenta con 2 médicos atendiendo en el mismo espacio, sin brindar al paciente la privacidad necesaria, siendo el tamaño del consultorio el factor de mayor insatisfacción, figura 30 adjudicando que es muy pequeño para atender a dos pacientes al mismo tiempo. El área debe de pintarse, cambiar la puerta que accede al consultorio del médico, tener los utensilios sanitarios en otro lugar que no sea el consultorio y contar con jabón antiséptico para que los pacientes puedan lavar sus manos, figura 31.

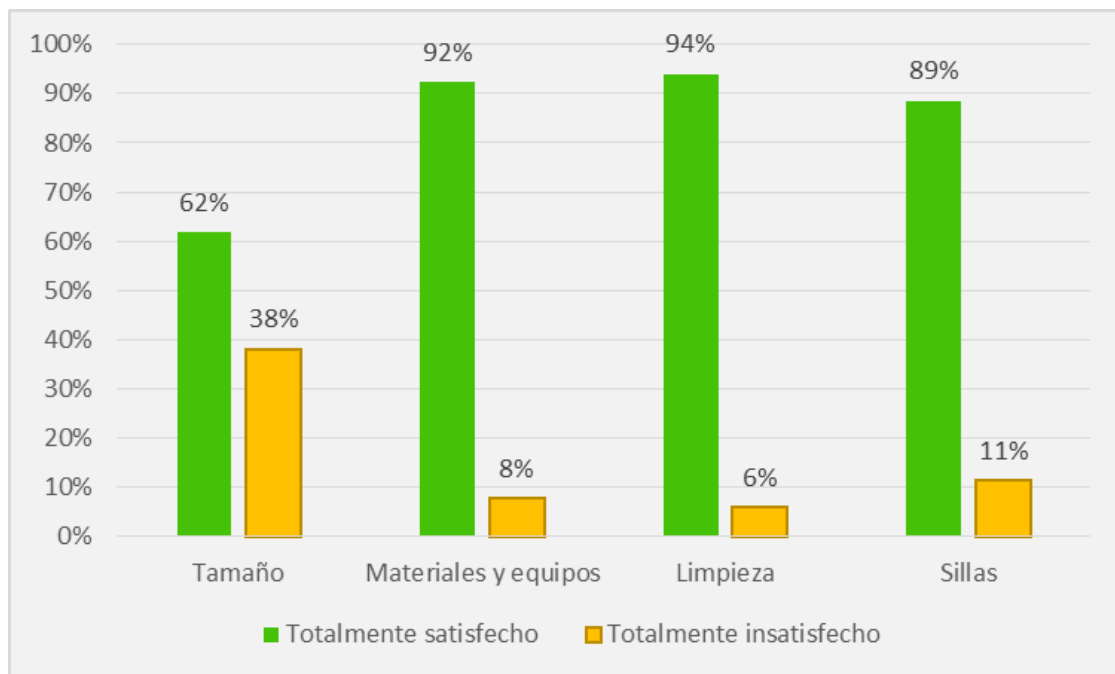


Figura 30 Infraestructura

Dentro de los equipos y materiales básicos que contiene el consultorio médico están el esfigmomanómetro para la toma de la presión, su balanza para pesar, termómetro, camilla (la cual no tiene la altura especial para la atención al adulto mayor y no se observó gradas para que el paciente pueda acceder), escritorios (1 para la enfermera auxiliar y 2 para cada médico) y sillas para médicos y su paciente.

Además se hizo análisis de las instalaciones en general del Centro de Salud de Paz Barahona, prácticamente el edificio es de una sola planta, aunque cabe mencionar que cuenta con rampas en su entrada y también dentro del centro para movilización de pacientes con discapacidad, se han hecho cambios de piso en los baños pero no cuenta con un pasillo amplio para que el paciente en silla de ruedas pueda pasar y no hay un baño específico para ellos, no tiene pasamanos para facilitar la movilización de pacientes adulto mayor, hay presencia de humedad en el techo de algunos pasillos y falta de higiene total.

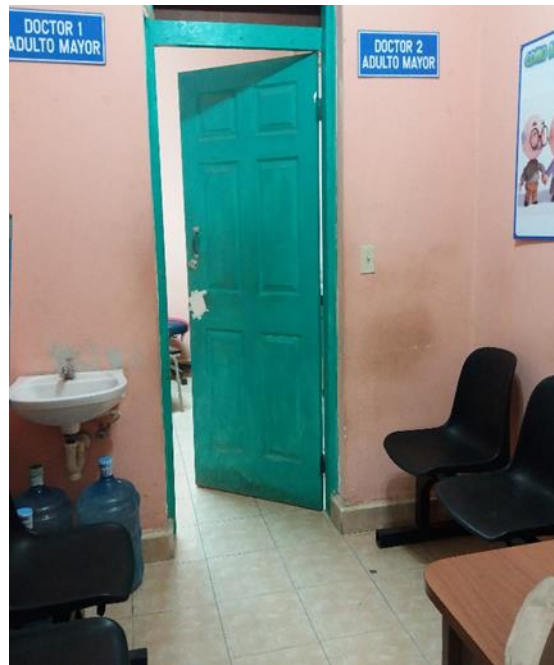


Figura 31 Sala de espera externa al lado izquierdo e interna al lado derecho.

4.4 COMPROBACION DE LA HIPOTESIS

En general, según los resultados presentados en la figura 32 se determina que los pacientes adultos mayores se encuentran satisfechos con la atención brindada en el Centro de Salud de Paz Barahona aprobando de esta manera la hipótesis nula. Si bien es cierto, existen ciertos aspectos que se deben de mejorar como ser el suministro de medicamentos sobre todo para pacientes con enfermedades crónicas a nivel nacional pudiendo ser una alternativa la ampliación del cuadro básico y aumento en la cantidad de medicamentos en el almacén.

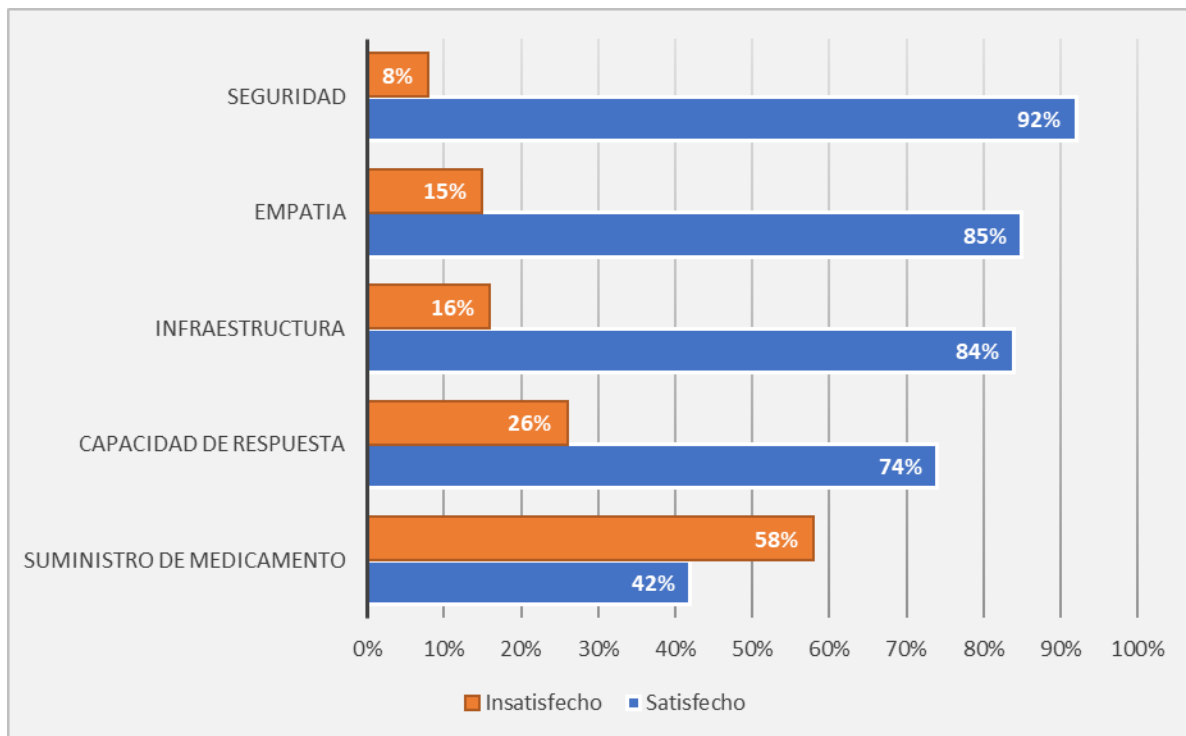


Figura 32 Satisfacción general del adulto mayor en el Centro de Salud de Paz Barahona

CAPITULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En este capítulo se muestran los resultados más relevantes para dar respuesta a las preguntas de investigación y objetivos, así mismo se establecen las consideraciones luego de haber llevado a cabo la investigación, sustentada por el marco teórico y las diferentes teorías, considerando las variables independientes de género, calidad de atención e infraestructura se presentan las siguientes conclusiones y recomendaciones:

5.1 CONCLUSIONES

De acuerdo a la información recopilada y al análisis de las diferentes teorías e información para determinar la satisfacción de la atención integral del paciente adulto mayor se concluye que:

1. Pacientes del género femenino son las que mayor índice de asistencia presentan al Centro de Salud de Paz Barahona lo cual tiene relación al nivel demográfico que presenta Honduras y el mundo, sin embargo no se presentó una diferencia significativa en cuanto a la satisfacción que tienen en relación a los hombres. Ambos sexos presentaron niveles de satisfacción similares, únicamente en la capacidad de respuesta en el área de laboratorio, las mujeres presentaron insatisfacción con un 18% y en suministro de medicamentos un 60%.
2. El Centro de Salud de Paz Barahona sigue una línea de procesos y procedimientos que está generando frutos positivos en la atención brindada al adulto mayor. El factor de fiabilidad es el más alto, demostrando que trabajan de manera organizada teniendo un acceso oportuno a los expedientes de cada paciente y respetando su orden de llegada. Los pacientes están conscientes que si llegan temprano serán de los primeros en ser atendidos, pero en caso contrario, llegan tarde a ventanilla, serán de los últimos. El suministro de medicamentos fue el que mayor insatisfacción proporciono al paciente lo cual concuerda con lo establecido por la Guía metodológica para auditoria social sectorial para CESAR y CESAMO (2013) que establece que el área de suministro de medicamentos siempre ha estado en crisis, existiendo quejas permanentes de los usuarios por la inexistencia de todos los medicamentos indicados por el médico para tratar su estado de salud.

3. El Centro de Salud de Paz Barahona El Centro de Salud de Paz Barahona una entidad que está dentro del Programa de Atención Integral para el Adulto Mayor, cuenta con especialistas en medicina interna y psiquiatría que brindan atención al paciente adulto mayor que la necesite, no obstante, no cuentan con un especialista en geriatría y el personal médico, licenciadas en enfermería y auxiliares no cuentan con ninguna capacitación para brindar una mejor atención al paciente geriátrico

4. El 38% de los pacientes consideran que el tamaño del consultorio es insuficiente, no existe la privacidad entre paciente y médico debido a que hay no hay una división que separe a los dos médicos que atienden en la misma área al mismo tiempo. En cuanto a las sillas y el aseo, los pacientes consideran que están cómodas y se mantiene limpio, no obstante, la limpieza debe de ser continua y utilizando insumos antisépticos para mantener higienizadas todas la areas.

5.2 RECOMENDACIONES

Basándose en las conclusiones y la información objetiva en el análisis se recomienda lo siguiente:

1. Debido a que las autoridades sanitarias tienen previsto convertir el Centro de Salud de Paz Barahona en una Policlínica, se podría evaluar la incorporación de un geriatra en el cuadro de especialistas a incluir, enfermeras y psicólogos especialistas en pacientes adulto mayor.
2. Realizar un programa de capacitaciones para el personal que atiende actualmente a los pacientes mayores.
3. El Centro de Salud de Paz Barahona puede estipular un presupuesto que sea exclusivo para el área de adulto mayor con el fin de invertirlo en las mejoras continuas del área, charlas educativas para los pacientes sobre sus enfermedades, aplicación de dispositivos para su tratamiento y actividades recreativas para ellos.
4. El consultorio es un área que cuenta con lo básico pero debe de ampliarse para brindar al paciente mayor comodidad y tener consultorios separados para cada médico que brinda la atención con su respectivo equipo, brindado privacidad médico-paciente, además construir e implementar un baño que sea de fácil acceso para el paciente tomando en consideración los elementos necesarios en caso que sea un paciente discapacitado.
5. Realizar un análisis de la eficacia y eficiencia del uso de los recursos en los diferentes departamentos para identificar las debilidades del sistema y generar un plan de acción para disminuir las inconformidades que puedan aparecer en dicha investigación.

BIBLIOGRAFIA

- Acuña, P. (2012). Evaluación del nivel de satisfacción del adulto mayor entre 60 a 90 años en la consulta ambulatoria del Hospital Edgardo Rebagliati Martins. *Rev Horiz Med* , 12(3), 20-24. Recuperado de:
http://www.medicina.usmp.edu.pe/medicina/horizonte/2012_3/Art3_Vol12_N3.pdf
- Alvarado, Alejandra María y Salazar, Ángela María (2014) Análisis del concepto de envejecimiento *Gerokomos* (vol.25) no.2 Recuperado de:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000200002
- Arriegui, Victor (2011) “*Satisfacción del usuario que acude al Centro de Salud de El Carmen el año 2011*” (Gerencia en salud) recuperado de:
http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/2993/3/UTPL_Arregui_Victor_360X1586.pdf
- Balliache, Dilicia (2009) Guia Unidad II: Marco Teórico Recuperado de:
http://www.unsj.edu.ar/unsjVirtual/comunicacion/seminarionuevastechnologias/wp-content/uploads/2015/06/02_Marco-teorico.pdf
- Banco Mundial obtenido de: <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN>
- Barrantes Monge, Melba. (2006). GÉNERO, VEJEZ Y SALUD. *Acta bioethica*, 12(2), 193-197. <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2006000200008>
- Bermúdez-Madriz, Juan Luis, Sáenz, María del Rocío, Muiser, Jorine, & Acosta, Mónica. (2011). Sistema de salud de Honduras. *Salud Pública de México*, 53(Supl. 2), s209-s219. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800016&lng=es&tlng=es.

- Borderas Paula, (2016) El Modelo de Atención Centrada en la Persona aplicado al Servicio de Apoyo a la Vida Independiente 2015-2016 (Pedagogía) Recuperado de:
<https://dadun.unav.edu/bitstream/10171/43685/1/Paula%20Fata%CC%81s%20Borderas.pdf>
- Romero Cabrera AJ. Perspectivas actuales en la asistencia sanitaria al adulto mayor. Rev Panam Salud Pública. 2008;24(4):288–94. Recuperado de:
<https://scielosp.org/pdf/rpsp/v24n4/v24n4a10.pdf>
- CEPAL (15 de Noviembre de 2017) Informe de avances Honduras Recuperado de:
<https://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/3/20633/honduras.pdf>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL (2009). Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas. Recuperado de: https://social.un.org/ageing-working-group/documents/ECLAC_sp_HR%20and%20public%20policies.pdf
- Comisionado Nacional de Derechos Humanos. (2014). Primer informe especial sobre aspectos del servicio público de salud en Honduras. Recuperado de:
http://app.conadeh.hn/descargas/InformesEspeciales/Informe_Especial_sobre_Aspectos_del_Servicio_Publico_de_Salud.pdf
- Corbella A, Saturno P. La garantía de la calidad en atención primaria de salud Madrid: Instituto Nacional de Salud, Secretaría General: 1990 Recuperado de:
http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol34_4_08/spu13408.htm
- Daniel Titelman, Oscar Cetrángolo, Olga Lucía Acosta. (2014). La cobertura universal de salud en los países de América Latina:. *The Lancet*.
- Dinarte, Mauricio (2015) Estudio de Gasto Público en Salud en Honduras en el Marco de la Iniciativa de Salud Mesoamérica 2015 Recuperado de :
<http://www.iadb.org/WMSfiles/products/SM2015/Documents/website/Honduras%20SM2015%20-%20Estudio%20Gasto%20P%C3%BAblico%20en%20Salud.pdf>

Donabedian A. Evaluación de la calidad de la atención médica. En: OPS/OMS, editores. Investigaciones sobre servicios de salud: una antología. Washington D.C.:OPS/OMS ;1992.p.382-404. (Publicación Científica; 534)

Estados Unidos Mexicanos (1998) *NOM-178-SSA1-1998* Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/178ssa18.html>

Eurostat Statistics. (11 de Diciembre, 2017). Recuperado de [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Population_age_structure_by_major_age_groups,_2006_and_2016_\(%25_of_the_total_population\).png](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Population_age_structure_by_major_age_groups,_2006_and_2016_(%25_of_the_total_population).png)

FAO (2004). Descentralización e impuesto predial rural. Recuperado de: <http://www.fao.org/docrep/007/y5444s/y5444s00.htm#Contents>

Forrellat Barrios, Mariela. (2014). Calidad en los servicios de salud: un reto ineludible. *Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia*, 30(2), 179-183. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-02892014000200011&lng=es&tlng=es.

Garcia, Oscar (2002) La Salud Pública en América Latina y El Caribe. *Rev Hum Med* (2) 2
Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202002000200003

Garza, Olvera, Benjamín. Estadística y probabilidad, Pearson Educación, 2013. ProQuest Ebook Central, <https://ebookcentral.proquest.com/lib/bvunitecvirtual-ebooks/detail.action?docID=4870052>.

- Ginarte, Yurelis (2001) La adherencia terapéutica *Cubana Med Gen Integr* (17) 5 Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000500016
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). Metodología de la Investigación (5a ed.). México, D.F.: Mc Graw Hill.
- Guzmán, José Miguel (2002) Algunas consideraciones para el desarrollo de indicadores de envejecimiento con perspectiva de género. Recuperado de: <https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https://www.cepal.org/mujer/noticias/noticias/9/11039/JMGuzman.ppt>
- Help Age International. (2012) Personas adultas mayores: desigualdades de género y generacionales en el acceso a salud. Recuperado de: <http://www.helpage.org/la/noticias/personas-adultas-mayores-desigualdades-de-genero-y-generacionales-en-el-acceso-a-la-salud/>
- Jiménez, Antonio (2008) *Extensión de la protección social a poblaciones en condiciones especiales de vulnerabilidad adulto mayor y dependencia* Recuperado de http://www.oiss.org/IMG/pdf/Doc_Adultos_MAyores.pdf
- La gaceta Diario Oficial de la Republica de Honduras (2014) *Capítulo 1. De los ingresos de la administración pública* Recuperado de <http://www.sefin.gob.hn/wp-content/uploads/Presupuesto/2015/aprobado/Disposiciones%202015.pdf>
- Lino Carmenate, Milian, Herrera Ramos, Alejandro y Ramos Caceres, Dany. (2016) Situación del Sistema de Salud en Honduras y el Nuevo Modelo de Salud Propuesto. *iMedPub Journals* 12(4:10) Recuperado de: <http://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/situacin-del-sistema-de-salud-en-honduras-y-el-nuevo-modelo-de-salud-propuesto.pdf>

Mardones Z, Rodrigo. (2008). Descentralización: una definición y una evaluación de la agenda legislativa chilena (1990-2008). *EURE (Santiago)*, 34(102), 39-60. <https://dx.doi.org/10.4067/S0250-71612008000200003>

Martínez, Héctor David y Mitchell, María Elena. (2013) Unidad N° 5. Salud del adulto mayor - gerontología y geriatría. Recuperado de:
<http://preventivaysocial.webs.fcm.unc.edu.ar/files/2014/04/Unidad-5-Salud-Adulto-Mayor-V-2013.pdf>

Mejía Sánchez Y, Cabrera Cruz N, Rodríguez Acosta MM, Toledo Fernández AM, Norabuena Canal MV. Bases legales de la calidad en los servicios de salud. *Rev Cubana Salud Pública* 2013 (39)4 Recuperado de:
http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol39_4_13/spu16413.htm

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de Madrid. (2014) Recuperado de:
<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/Ind.Sist.Sanit.UE.XXI.htm>

Ministerio de sanidad, servicios sociales y sanidad Gobierno de España (14 de Noviembre de 2017) “Los sistemas sanitarios en los países de la UE características e indicadores de salud en el siglo XXI” Recuperado de:
https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Sist_san.UE.XXI.pdf

Ministerio de Salud de Perú. (2002) Encuesta de satisfacción de usuarios externos de servicios de salud. Recuperado de: <http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/decs/07%20-%20Encuesta%20Usuarios%20Externos.pdf>

Molina Raúl, Pinto Matilde, Henderson Pamela y Vieira César. (2000) Gasto y financiamiento en salud: situación y tendencias *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 8(1/2) recuperado de: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v8n1-2/3005.pdf>

- Núñez, Ines. (2009) Algunos Indicadores de Salud en Personas Mayores Recuperado de:
<https://www.bps.gub.uy/bps/file/1588/1/algunos-indicadores-de-salud-en-personas-mayores.-i.-nunez.pdf>
- Organización Mundial de Salud (2005, 9 de Enero) ¿Qué es un sistema de salud? Recuperado de:
<http://www.who.int/features/qa/28/es/>
- Organización Mundial de la Salud. Temas de salud: Enfermedades crónicas. Recuperado de:
http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/
- Organización Mundial de Salud (2017) Resumen de Estrategia de Cooperación. Recuperada de:
http://www.paho.org/hon/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=documentos-estrategicos&alias=381-ccs-brief-honduras-2017-2021-1&Itemid=211
- Organización Mundial de la Salud (2013) Investigación para una cobertura sanitaria universal
Recuperado de:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85763/1/9789240691223_spa.pdf?ua=1
- Organización Panamericana de Salud (2009) Perfiles de los Sistemas de Salud: Honduras.
Recuperado de: http://www.bvs.hn/Honduras/salud/perfil_sistema_salud-honduras_2009.pdf
- Organización Panamericana de Salud (2010) Igualdad de género en materia de salud: Mayor igualdad y eficiencia en el logro de la salud para todos Recuperado de:
<http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/gender-equality-in-health-sp.pdf>
- Pérez Lugo, Jorge Ernesto; Bentacourt, José de los Santos, & Suárez Villalobos, Pilar Katiuska. (2006). Descentralización y sistemas de salud en América Latina. *Revista de Ciencias Sociales*, 12(1), 36-45. Recuperado de
[http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-95182006000100004&lng=es&tlng=es.](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-95182006000100004&lng=es&tlng=es)

- Prensa, L. (6 de Agosto del 2015). Aprueban descentralizar el Mario Rivas y Leonardo Martinez. Obtenido de: <http://www.laprensa.hn/honduras/866345-410/aprueban-descentralizar-el-mario-rivas-y-leonardo-mart%C3%ADnez>
- Prensa, L. (13 de Agosto del 2016). Remozan edificio y mejoran la atención en el Paz Barahona. Obtenido de: <http://www.laprensa.hn/honduras/989474-410/remozan-edificio-y-mejoran-la-atenci%C3%B3n-en-el-paz-barahona>
- Prensa, L (29 de Abril del 2017) Atención en Centro de Salud crece más del 50% este año. Obtenido de: <http://www.laprensa.hn/honduras/1066682-410/atenci%C3%B3n-en-centros-de-salud-crece-m%C3%A1s-del-50-este-a%C3%B1o>
- Ramos Cordero P. & Pinto Fontanillo J.A. (2015) Las personas mayores y su salud: Situación actual *Av Odontoestomatol* (31) 3 recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852015000300001
- Ribera, Jose Manuel (1993) Características generales del paciente geriátrico *Clínicas urológicas de la Complutense* 2, 13-24 Recuperado de <https://revistas.ucm.es/index.php/CLUR/article/viewFile/CLUR9393110013A/1519>
- Romero Cabrera AJ. Perspectivas actuales en la asistencia sanitaria al adulto mayor. *Rev Panam Salud Pública*. 2008; 24(4):288–94.
- Rodríguez Cabrera, Aida, Álvarez Vázquez, Luisa, & Quevedo Expósito, Fredys Kenia. (2009). Necesidades percibidas de atención de salud al adulto mayor desde una perspectiva de género. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 25(4), 65-76. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000400007&lng=es&tlng=es.
- Secretaria de Salud de Honduras (2005) *Plan nacional de Salud 2021* Recuperado de : https://www.unicef.org/honduras/Honduras_Plan_Nacional_2021.pdf

Secretaria de Salud de Honduras *Programa Nacional de atención integral al adulto mayor*

Recuperado de

file:///C:/Users/Ces%20Fernandez/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/trifolio%20adulto%20mayor%20completoultimo%20version%2013%20abril.pdf

Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. Los Sistemas Sanitarios en los Países de la UE: características e indicadores de salud, 2013 Recuperado de:

https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Sist.Salud.UE_2013.pdf

Summers, D. (2006). *Administración de la calidad* (1st ed.). Mexico: Pearson. Retrieved from

<https://www.biblionline.pearson.com/Pages/BookDetail.aspx?b=307>

Teruel, Alejandra & Giron, Ninoska. (2016) *Atención de enfermedad al adulto mayor en el primer nivel de atención*. Enfermería y Familiar III. Universidad Nacional autónoma de Honduras. Recuperado de: <https://es.scribd.com/document/314692397/FUNCIONES-DE-ENFERMERIA-GERIATRICA>

Terraza Núñez, Rebeca, Vargas Lorenzo, Ingrid, & Vázquez Navarrete, María Luisa. (2006). La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gaceta Sanitaria*, 20(6), 485-495. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112006000600012&lng=es&tlng=es.

Titelman Daniel, Cetrángolo Oscar, Acosta Olga Lucía (2014) La cobertura universal de salud en los países de América Latina: cómo mejorar los esquemas basados en la solidaridad

MEDICC Review 17 Recuperado de: <http://www.medicc.org/mediccreview/pdf.php?lang=es&id=448>

Tinoco, Miguel (2016) *Satisfacción del usuario externo en el servicio de consulta externa del Hospital Nacional P.N.P. Luis Nicasio Sáenz en el periodo octubre-diciembre*

2015(Médico cirujano) Recuperado de
http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/473/1/Tinoco_m.pdf

Torres, Maritza (2011) Modelo de Calidad de la Atención Médica de Avedis Donabedian
Infocalse Recuperado de: Modelo de Calidad de la Atención Médica de Avedis
Donabedian

<https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN>

Transformemos Honduras (2013) Recuperado de
<http://www.transformemoshonduras.com/ES/docs/Guia%20Auditoria%20Social%202013.pdf>

United Nations (2017) World Population Prospects *The 2017 Revision* Recuperado de:
https://esa.un.org/unpd/wpp/Publications/Files/WPP2017_KeyFindings.pdf

Valmi D. Sousa Martha Driessnack. (2007). Revisión de diseños de investigación resaltantes para enfermería. parte 1: diseños de investigación cuantitativa. *Scielo* Recuperado de:
http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/es_v15n3a22.pdf

Vega, Enrique. (2003, 19 de Noviembre) “Salud y bienestar para los adultos mayores”
Recuperado de: https://www.cepal.org/sites/default/files/presentations/enrique_vega.pdf

ANEXOS

ANEXO 1. ENCUESTA UTILIZADA PARA LA INVESTIGACIÓN

ENCUESTA SOBRE EL NIVEL DE SATISFACCION EN LA ATENCION INTEGRAL BRINDADA A PACIENTES GERIATRICOS EN EL CENTRO DE SALUD DE PAZ BARAHONA

Estimado usuario(a), se está interesado en conocer su opinión sobre la calidad de atención que recibió en el Centro de Salud de Paz Barahona. Agradezco de antemano su participación. Marque la respuesta que usted considera apropiada para la pregunta expuesta.

Datos Generales del Encuestado

Edad _____

Sexo Femenino

Masculino

Nivel de estudio

- Analfabeta
- Primaria
- Secundaria
- Técnico
- Universitario

Fuente de ingreso económico

- Depende de algún familiar
- Trabaja
- Recibe alguna pensión
- OTRA: _____

Frecuencia de asistencia al Centro de Salud

- Frecuente
- Ocasional
- Rara vez
- Primera vez

Área donde fue atendido

- Atención medica al adulto mayor
- Medicina interna
- Odontología
- Exámenes clínicos/Rayos x
- Otro

Atención brindada por

- Especialista
- Médico General
- Médico en servicio social
- Odontólogo
- Enfermera
- Técnico

¿La atención se realizó en orden y respetando el orden de llegada?

- Si
- No

¿Su historia clínica se encontró disponible para su atención?

- Si
- No
-

¿Está satisfecho con el suministro de medicamentos en la farmacia?

- Totalmente satisfecho
- Algo insatisfecho
- Totalmente insatisfecho

¿Está satisfecho con el tiempo de espera para atenderlo en ventanilla?

- Totalmente satisfecho
- Satisfecho
- Algo insatisfecho
- Totalmente insatisfecho

¿Está satisfecho con el tiempo de espera para para ser atendido por el médico?

- Totalmente satisfecho
- Satisfecho
- Algo insatisfecho
- Totalmente insatisfecho

¿Está satisfecho con el tiempo de espera para realizarse los exámenes o análisis clínicos?

- Totalmente satisfecho
- Satisfecho
- Algo insatisfecho
- Totalmente insatisfecho

¿Está satisfecho con la atención brindada en la farmacia respetando su preferencia por ser tercera edad?

- Totalmente satisfecho
- Totalmente insatisfecho

¿El médico le realizó un examen físico completo y minucioso por el problema de salud por el cual fue atendido?

- Si
- No

¿El médico le brindó el tiempo necesario para contestar sus dudas o preguntas sobre su problema de salud?

- Si
- No

¿El médico u otro profesional de la salud le trató con amabilidad, respeto y paciencia haciéndolo sentir en confianza?

- Si
- No

¿Considera que las sillas están cómodas?

- Si
- No

¿Usted comprendió la explicación que el médico le brindó sobre los estado de salud, análisis que debe de realizarse, sus resultados y el tratamiento tipo de medicamento, dosis y efectos adversos?

- Si
- No

¿Se encontraban la sala de espera y consultorio limpio?

- Si
- No

¿El consultorio donde fue atendido contó con equipos disponibles y los materiales necesarios para su atención?

Si

No

¿Considera adecuado el tamaño del consultorio donde es atendido?

Si

No

¿Cuánto es el monto aproximado que le ha tocado gastar para la compra de medicamentos?

Lps 100- 500

Lps 500-1500

Más de Lps 1500

ANEXO 2. ENTREVISTA A EXPERTO DR LUIS CHOU LEAN

ENTREVISTA A UN EXPERTO

Entrevistado: Dr. Luis Chou Lean

Experiencia: Geriatra de profesión y médico a cargo del Asilo de Ancianos San Juan

Duración de entrevista: 30 minutos

Entrevistador: Arleth Fernandez

- 1) Introducción sobre la entrevista, en que consiste, el objetivo y la mecánica.
- 2) Conocer del punto de vista de gerontólogo, cuales son las condiciones idóneas para la atención de pacientes geriátricos.

1. ¿Cuáles son las necesidades básicas de los pacientes geriátricos?

R/ Los pacientes presentan necesidades espirituales (amor, cariño, afecto, comprensión que debe de obtener por su familia, familiares, iglesia a la asiste, médicos y enfermeras. También presentan necesidades materiales (alimentación, vestido, medicamentos, entre otras.) Las personas encargadas de ellos y organizaciones deben de velar por que los pacientes tengan sus necesidades básicas.

2. ¿Cuál es su opinión sobre el sistema de salud actual en función al paciente adulto mayor?

R/ Lastimosamente existen leyes que solicitan el respeto a personas mayores pero no se dan al 100%. La presencia de lugares para adultos mayores son muy pocos. Los asilos y los hospitales no están en la lista prioritaria del Estado, por lo que se pide que se tomen en cuenta para aumentar y mejorar la esperanza de vidas de cada hondureño.

3. ¿Cuáles son las condiciones que debe de tener el sistema de salud hondureño para poder brindar una atención de calidad a los pacientes geriátricos?

R/ Acondicionar hogares para ancianos, los hospitales deben de estar orientar a los médicos que se especialicen en la atención al adulto mayor y reformar leyes que favorezcan dicha atención.

4. ¿Cuáles son las condiciones que debe de tener un Centro de Salud para poder brindar una atención de calidad a los pacientes geriátricos?

R/ Tener espacios amplios, camillas adecuadas para ellos (más bajas) adecuar ambiente que este sea climatizado, con oasis de agua, pasamanos, sin gradas y que sea en un espacio plano. En cuanto al recurso humano, los médicos y enfermeras deben estar orientados al adulto mayor.

5. ¿Cuáles son los desafíos que se enfrenta el Centro de Salud para brindar una atención de calidad al paciente adulto mayor?

Los desafíos son grandes En primer lugar tener lugares adecuados, en segundo lugar mantenerlos y preservar esos lugares, luego educar al personal hacia una atención especial al adulto mayor y tratar que el congreso apruebe leyes en beneficio del adulto mayor y las que ya están deben cumplirlas.

ANEXO 3. ENTREVISTA A EXPERTO DRA ESTELA FONTANA

ENTREVISTA A UN EXPERTO

Entrevistado: Dra. Estela Fontana

Experiencia: Médico General que atiende en el IHSS a pacientes jubilados de INJUPEMP

Duración de entrevista: 30 minutos

Entrevistador: Arleth Fernandez

- 1) Introducción sobre la entrevista, en que consiste, el objetivo y la mecánica.
- 2) Conocer del punto de vista de gerontólogo, cuales son las condiciones idóneas para la atención de pacientes geriátricos.

1. ¿Cuáles son las necesidades básicas de los pacientes geriátricos?

R/ Tener más atención por parte de sus familiares, ser acompañados por sus familiares a las consultas para que escuchen las indicaciones que se les dan, la mayoría son disciplinados pero otros son olvidados. Tener sus medicamentos al 100% sobre todo si son de uso crónico.

2. ¿Cuál es su opinión sobre el sistema de salud actual en función al paciente adulto mayor?

R/ Pésimo, no se les da prioridad a nivel público.

3. ¿Cuáles son las condiciones que debe de tener el sistema de salud hondureño para poder brindar una atención de calidad a los pacientes geriátricos?

R/ Tener un presupuesto sólo para la tercera edad, capacitar a la gente para brindar una atención personalizada, al médico porque son pacientes polimedicados y hay que tratarlos con mucho tacto, calidad y calidez. Implementar un programa de visita domiciliaria para aquellos pacientes que están postrados y ver en qué condiciones viven.

4. ¿Cuáles son las condiciones que debe de tener un Centro de Salud para poder brindar una atención de calidad a los pacientes geriátricos?

R/ Tener un ambiente cómodo, accesible para pacientes discapacitados, tener un ambiente climatizado con televisor para que se distraigan, tener alguna ambulancia y los muebles acondicionados para la atención del adulto mayor, una clínica geriátrica y apoyo psicológico.

5. ¿Cuáles son los desafíos que se enfrenta el Centro de Salud para brindar una atención de calidad al paciente adulto mayor?

La falta de recursos económicos para tener las condiciones, capacitar al recurso humano y contar siempre con los medicamentos básicos que necesitan, sobre todo aquellos que son de uso crónico.

ANEXO 4. IMÁGENES DEL CENTRO DE SALUD DE PAZ BARAHONA



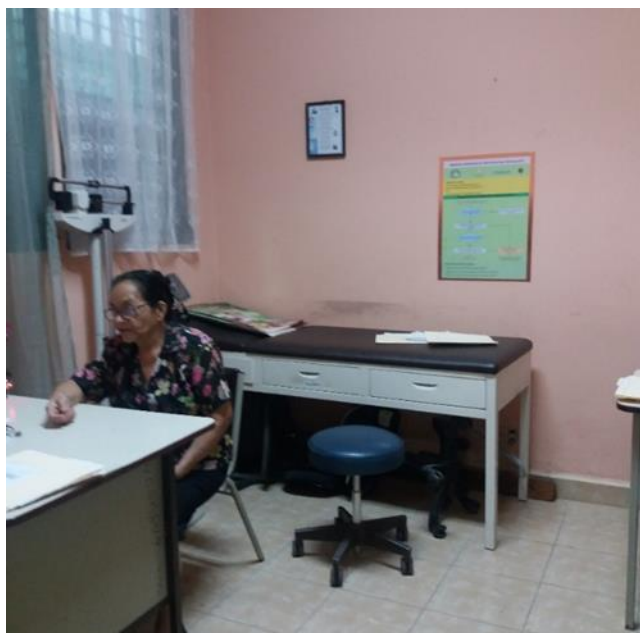
El paciente debe de pasar al área de estadística e ir a la ventanilla para pacientes adulto mayor.



Sala de espera consultorio 11 adulto mayor cuenta con sillas metálicas, un televisor, iluminación y ventiladores de techo.



Consultorio 11 para atención al adulto mayor, cuenta un escritorio para la enfermera auxiliar, oasis, aire acondicionado, ventilador de pared y sillas plásticas divididas para ser atendidos por el doctor 1 y 2.



Vista interna del consultorio 11 Adulto mayor, contiene una camilla de altura regular, 2 escritorios y 4 sillas y una balanza.



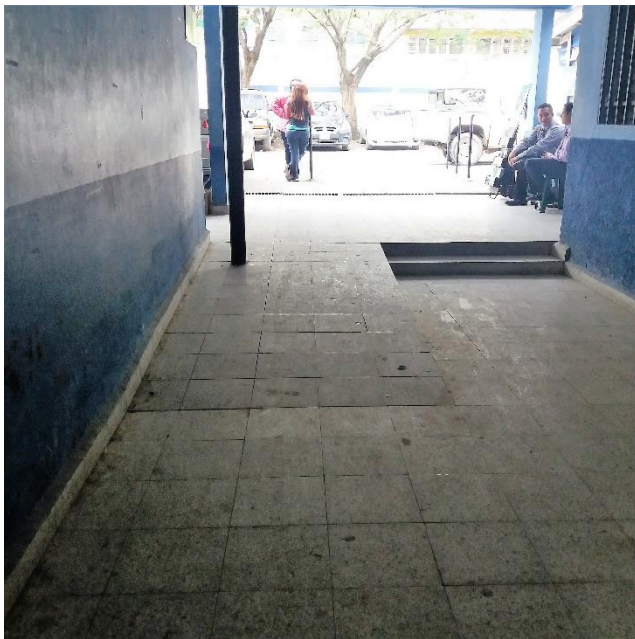
Área análisis clínicos



Farmacia



Área de baños, en los cuales se cobran Lps 4.00 para su uso.



Rampa para el acceso a pacientes adultos mayores con discapacidades.



Areas verdes del Centro de Salud de Paz Barahona

ANEXO 5 AUTORIZACIÓN DE REALIZAR LA INVESTIGACIÓN EN CENTRO DE SALUD DE PAZ BARAHONA



Estimado Dr. Medina y demás autoridades administrativas:

Por medio de la presente quiero hacer constar que yo, Arleth Fernandez Ruiz, con la profesión de química farmacéutica, quiero solicitar autorización para realizar mi investigación de Evaluación de la satisfacción en la atención brindada a pacientes geriátricos en el Centro de Salud Paz Barahona con el propósito de obtener mi título de Master en Dirección Empresarial.

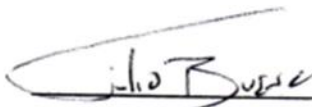
Agradeciendo de antemano su colaboración.

Se extiende la presente el 26 de Octubre del 2017 Ciudad de San Pedro Sula, Honduras, C.A



Dr. Juan Ramon Medina

Director del Centro de Salud de Paz Barahona


Dr. Fulgencio Bueso
Catedrático y asesor metodológico Tesis


Arleth Fernandez Ruiz
Estudiante de Unitec