

Calidad de la atención en salud al adulto mayor

Care quality present in third age person

Amauri de Jesús Miranda Guerra^I; Lázaro Luís Hernández Vergel^{II}; Aida Rodríguez Cabrera^{III}

^IEspecialista de I Grado en Medicina General Integral. Máster en Atención Primaria de Salud. Asistente. Hogar Materno "Mariana Grajales". La Habana, Cuba.

^{II}Licenciado en Enfermería. Máster en Atención Primaria de Salud. Asistente. Clínica Central "Cira García". La Habana, Cuba.

^{III}Doctora en Ciencias Económicas. Profesora Consultante de la Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: el estudio del envejecimiento y sus características se ha convertido en objeto de atención prioritaria de justificado interés actual, por el aumento de la proporción del adulto mayor en la población.

MÉTODOS: evaluar la calidad de la atención en salud ofrecida a los adultos mayores en sus dimensiones estructura, proceso y resultado, en el policlínico "5 de Septiembre" del municipio Playa, con una muestra de 300 personas de 60 años y más de 4 consultorios seleccionados mediante muestreo por conglomerado bietápico.

RESULTADOS: se detectaron dificultades que afectan la calidad brindada al adulto mayor, como, insuficientes recursos humanos, médicos, enfermeras, geriatras, internistas y psicólogos. Ningún consultorio resultó evaluado como *adecuado* por presentar problemas con la privacidad, al trabajar 2 ó 3 médicos en una misma consulta y existe déficit de oftalmoscopios. El nivel de conocimientos *aceptable* sobre el Programa Nacional de Atención Integral al Adulto Mayor e Hipertensión Arterial alcanzado por los médicos fue de 45,4 % y en las enfermeras de 72,7 %. La calidad de las historias clínicas fue *no aceptable*, y se identificaron otras insuficiencias en la satisfacción de los usuarios, dadas por lo que desean obtener y no obtienen y lo que reciben sin desear, lo que muestra debilidades en la calidad de la atención al adulto mayor.

CONCLUSIONES: la estructura existente para garantizar la atención en salud al adulto mayor presenta insuficiencias en lo relativo a recursos humanos, materiales

y en la satisfacción de los usuarios, lo cual influye negativamente en la calidad del proceso de atención a la población de 60 años y más.

Palabras clave: Calidad de la atención, adulto mayor, atención primaria.

ABSTRACT

INTRODUCTION: aging study and its features becomes in priority care matter of a present justified interest due to increase of third age persons ratio in population.

METHODS: to assess the health care quality offered to third age persons in its dimensions, structure, process and result from the "5 de Septiembre" polyclinic, Playa municipally including a sample of 300 persons aged 60 or more and more than 4 consulting rooms by sampling according two-stage conglomerate.

RESULTS: there were difficulties affecting quality offered to third age person including insufficient human resources, physicians, nurses, geriatricians, internists, and psychologist. No consulting room was assessed as appropriate due to two or three physicians must to work in a same consulting room without any privacy and there is a ophthalmologist deficit. The level of acceptable knowledges on National Program of Integral Care to Third Age Persons and Arterial Pressure achieved by physicians was of 45,4% and in nurses was of 72,7 %. Medical record quality was not acceptable, and others insufficiencies in user satisfaction were identified according to they want to achieve and can not and that they receive without desire and the presence of weakness in care quality to third age persons.

CONCLUSIONS: available structure to guarantee health care to third age person has insufficiencies regarding human recourses, materials, and user satisfaction, which negatively influences in quality of care process population aged 60 or more.

Key words: Care quality, third age person, primary care.

INTRODUCCIÓN

La vejez, si no un divino tesoro, sí es un apreciable don que en la actualidad disfrutan unos 600 millones de personas mayores de 60 años en el planeta. El fenómeno no solo refleja las tasas más altas de poblaciones de la tercera edad en la historia de la humanidad, sino que la tendencia en el presente siglo es hacia el aumento de los ancianos, incluso en los países subdesarrollados.¹

El aumento de la longevidad determina que la mayor parte de los países desarrollados, y algunos como Cuba, en vías de desarrollo, exhiban una expectativa de vida al nacer superior a los 60 años, mientras se incrementa una tendencia decreciente a la fecundidad, lo cual ha variado en forma notable la pirámide poblacional en el planeta. Los importantes avances sociales, técnicos y científicos han permitido en un futuro cercano (año 2025) una población de más de 1 000 millones de personas de 60 años, y también, que por primera vez en la historia de muchos países, los ancianos sean más numerosos que los jóvenes.²

De acuerdo con las proyecciones demográficas de la ONU, a partir del año 2003, una cuarta parte de la población del planeta tiene ya más de 60 años, y 1 de cada 3 adultos será una persona de edad. En Cuba ya el 14,6 % de la población tiene 60 años o más. Mientras que la esperanza de vida al nacer es de más de 75 años, a los 60 años es más de 20, y a los 80 es más de 7 años. Para el año 2015 habrá por primera vez más adultos mayores que niños, y ya en el 2025, 1 de cada 4 cubanos, será una persona de 60 años de edad. La provincia de Villa Clara es la más envejecida del país, y ha entrado al nuevo milenio con más del 15 % de su población en el grupo de 60 años y más.³

El municipio Playa, en Ciudad de La Habana, presenta similar situación respecto al envejecimiento poblacional y a la atención diferenciada a este grupo de edad a la de toda Cuba. Según datos estadísticos, en el año 2006 el 17,67 % de su población tiene 60 o más años de vida, la esperanza de vida al nacer es elevada, la tasa global de fecundidad es muy baja, y además presenta un cuadro de morbilidad y mortalidad en el que predominan las enfermedades crónicas no transmisibles y degenerativas, lo que hace que el municipio se considere como muy envejecido.⁴

Particularmente, la comunidad de Santa Fe, parte de este municipio, presenta una población de 60 años y más de 3 543 hab, lo que representa el 15,40 % de la población total (22 999 hab), la que, aunque menor que el municipio, es una población en vejez demográfica en la última etapa de transición. No se trata únicamente de prolongar la esperanza de vida, sino de incrementar las expectativas de las personas para que continúen siendo miembros activos en la vida social y cultural. Se trata no solo de añadir años a la vida, sino también de añadir vida a los años.

La calidad de la atención en salud que se brinde es de vital importancia en la calidad de vida que tengan los adultos mayores, de ahí lo necesario de evaluar la calidad de la atención en salud dada a las personas de este grupo de edad, para lo que es necesario tener claro qué es la calidad.

La definición de *buena calidad* de los servicios de salud es difícil, y ha sido objeto de muchos acercamientos. La dificultad estriba, principalmente, en que la calidad es un atributo del que cada persona tiene su propia concepción, pues depende directamente de intereses, costumbres y nivel educacional entre otros factores.⁵ La calidad de la atención en salud ha sido definida de diversas maneras, que en mucho dependen del contexto concreto en que el término quiera emplearse. En 1980, *Donabedian* define una atención de alta calidad como "aquella que se espera maximice una medida comprensible del bienestar del paciente después de tener en cuenta el balance de las ganancias y las pérdidas esperadas que concurren en el proceso de atención en todas sus partes". Considera que una sola definición de calidad que abarque todos los aspectos no es posible, pero que, en el tratamiento de un problema específico de salud, la buena calidad puede resumirse como "el tratamiento que es capaz de lograr el mejor equilibrio entre los beneficios de salud y los riesgos".⁶

No obstante, es válido señalar que la búsqueda del mejor balance calidad-eficiencia transita por el perfeccionamiento y uso racional de los indicadores de ambos componentes y de su relación, un hecho que se enfatiza en la literatura más reciente encontrada.^{7,8}

En tal sentido la calidad de la atención fue definida como el "grado en el cual los servicios de salud para individuos y población mejoran la posibilidad de lograr los resultados deseados en salud y son congruentes con los conocimientos profesionales actuales". Implícito en las diversas definiciones se encuentran los

objetivos de la calidad de la atención en Cuba como: el buen desempeño profesional, el uso eficiente de los recursos, garantizar el mínimo de daños, y lograr la satisfacción del paciente y los familiares.⁹

Donabedian dio a conocer en 1966 una división clásica de los indicadores que se deben utilizar para medir el nivel de la calidad de la asistencia médica; para ello los clasificó en: indicadores de estructura, indicadores de proceso, indicadores de resultado.¹⁰

A partir de todo lo anterior, y como resultado del análisis de situación de salud en el área de salud "5 de Septiembre" donde el envejecimiento de la población constituye uno de los problemas a tener en cuenta, es que se realizó esta investigación, con el objetivo de evaluar la calidad de la atención en salud de la población de 60 años y más en el policlínico "5 de Septiembre", del municipio Playa, en Ciudad de La Habana durante el año 2007.

MÉTODOS

Se realizó una investigación evaluativa en la población de 60 años y más perteneciente al policlínico "5 de Septiembre", del municipio Playa, en Ciudad de La Habana durante el año 2007. El universo de esta investigación lo constituyen 3 543 personas de 60 años y más pertenecientes a 9 consultorios de la comunidad del Médico y Enfermera de Familia. Además, constituyeron parte del universo 22 médicos y 25 enfermeras del propio plan que están relacionados con la atención en salud a las personas de 60 años y más en esta misma área salud.

Para la selección de las personas de 60 años y más a considerar en la investigación se realizó un muestreo por conglomerados bietápico. En la primera etapa se escogieron 4 consultorios, que cuentan con 2 especialistas en Medicina General Integral en cada uno de ellos; en la segunda etapa, mediante muestreo aleatorio simple (MSA), se obtuvieron las historias clínicas de 300 pacientes de 60 años y más que padecen de la enfermedad trazadora seleccionada con los criterios de *Kessner* (HTA) en cada uno de los consultorios.

Para la evaluación de la calidad de la atención en salud del adulto mayor se tuvieron en cuenta los criterios establecidos por *Donabedian* de estructura, proceso y resultado, y las variables fueron obtenidas en este mismo orden:

- *Variables de estructura*: recursos humanos (cantidad y nivel de conocimientos) y recursos materiales.
- *Variables de proceso*: organización del proceso (de servicios de salud), calidad de las historias clínicas (interrogatorio, examen físico, complementarios indicados, diagnóstico, tratamiento médico, seguimiento, registro adecuado en la historia clínica de vacunación, tacto rectal -si era de sexo masculino-, examen de mamas - si era de sexo femenino-, examen bucal y evaluación geriátrica).
- *Variables de resultado*: mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles, morbilidad por IRA y EDA, morbilidad por fractura de caderas, mortalidad por suicidio y satisfacción del paciente.

RESULTADOS

En lo que a recursos humanos se refiere, solo 2 acápite son aceptables, que se refieren a la existencia de ginecoobstetras y trabajadores sociales necesarios para el trabajo del área. Es pertinente resaltar que existe solamente una especialista en medicina interna para atender la población de 2 GBT, la que a pesar de ser diplomada en geriatría, solo puede dedicar un tiempo muy limitado a la atención del adulto a través del programa establecido para la tercera edad, porque se encuentra realizando el trabajo asignado al especialista de medicina interna de 2 GBT, desarrolla el seguimiento de las embarazadas en el hogar materno y a los institucionalizados en el hogar de ancianos, lo cual, evidentemente, muestra una carga de trabajo considerable que repercute en la calidad de la atención al adulto mayor. En el área el Equipo Multidisciplinario de Atención Gerontológica (EMAG) no está constituido, pues carece de la asignación de geriatra, enfermera y psicólogo.

Otro aspecto importante detectado y que se añade, es que no existe responsable del Programa de Atención Integral al Adulto Mayor (PAIAM), lo cual, unido a que los integrantes existentes del gabinete gerontológico no están capacitados para desempeñar esta tarea, trae como consecuencia dificultades con la atención de los pacientes que lo requieren, así como con el cumplimiento de lo establecido en el programa.

La atención estomatológica, de vital importancia en las personas de 60 años o más, también se ve afectada, al tener el policlínico solo el 77,7 % de los recursos humanos especializados en el desarrollo de esta actividad, los que deben brindar atención a toda la población del área, aunque está establecida la prioridad en la atención a los adultos mayores, embarazadas y madres de menores de 1 año ([tabla 1](#)).

Tabla 1. Evaluación de los recursos humanos para la atención del adulto mayor

Recursos	Debe existir	Existe	Estándar ideal	Valor real	Evaluación
Médicos de familia	34	22	95	64,7	No aceptable
Enfermeras de familia	34	25	95	73,7	No aceptable
Estomatólogos	9	7	95	77,7	No aceptable
Clínicos	2	1	100	50,0	No aceptable
Ginecólogos	2	2	100	100	Aceptable
Geriatras	1	0	100	0,0	No aceptable
Psicólogos	2	1	100	50,0	No aceptable
Trabajador social	2	2	100	100	Aceptable

Fuente: Plantilla de trabajadores del policlínico "5 de Septiembre". Año 2006.

En el área se pudo evaluar el 100 % de los médicos y enfermeras previsto, al no presentarse ausencias a la convocatoria realizada para aplicar los *tests* de conocimientos. Los resultados en la exploración de los conocimientos realizada no fueron aceptables en los médicos ni en las enfermeras, pues el porcentaje alcanzado no cumple con los estándares preestablecidos. De 22 enfermeras examinadas, el 72,7 % alcanzó más de 70 puntos en el *test* aplicado, y las principales dificultades encontradas fueron en lo relacionado con la identificación de

ancianos frágiles, y lo relativo a la conducta a seguir cuando el paciente acude a su consultorio a una visita de control. También hubo insuficiencias sobre síntomas y signos de la enfermedad trazadora seleccionada, ya que no todos los síntomas y signos fueron identificados adecuadamente. De los médicos examinados, solo un 45,4 % alcanzó una evaluación superior a 70. Se presentaron dificultades relacionadas con la periodicidad de realización de la evaluación geriátrica, la identificación de los objetivos del PAIAM, la identificación de ancianos frágiles, y los signos y síntomas necesarios a explorar en un paciente hipertenso; también hubo problemas con la orientación diagnóstica y el tratamiento inicial, respectivamente ([tabla 2](#)).

Tabla 2. Resultados de la evaluación de conocimientos de médicos y enfermeras sobre el PAIAM y el de control de la HTA

Recurso humano	Evaluated	Calificados > 70 puntos	Estándar ideal	Valor real	Evaluación
Médicos	22	10	80	45,4	No aceptable
Enfermeras	22	16	80	72,7	No aceptable

Fuente: *Test* de conocimientos.

De lo anterior se puede afirmar que existen problemas de conocimientos en los Médicos y Enfermeras de Familia, relacionados con aspectos específicos que aparecen en el PAIAM y sobre la HTA.

Después de la reparación capital realizada a la edificación del policlínico en el año 2002, se mantiene sin dificultades arquitectónicas ni estructurales, e igual situación tienen los 7 consultorios médicos reparados hasta el momento, pero los 2 restantes se mantienen con grandes dificultades de carpintería, plomería y deterioro del mobiliario clínico y no clínico.

El gabinete gerontológico no funciona, pero tiene asignado un local adecuado, con privacidad, suficiente ventilación e iluminación. El trabajo realizado por las trabajadoras sociales en función de la atención integral a los problemas de salud y sociales, presentados por los adultos mayores, y sobre todo a aquellos que viven solos, sin amparo filial, o son frágiles, ha sido de vital importancia en la mejoría de la calidad de vida de este grupo poblacional que requiere cuidados especiales. La situación en que se encuentran los recursos materiales se reflejan en la [tabla 3](#).

Tabla 3. Evaluación de los recursos materiales para la atención del adulto mayor

Recursos	Debe existir	Existe	Estándar ideal	Valor real	Evaluación
Consultorios adecuados	9	0	90	0,00	No aceptable
Consultorios con equipamiento técnico adecuado	9	9	90	100	Aceptable
Existencia de oftalmoscopio	9	5	90	55,55	No aceptable
Existencia de electrocardiógrafo	2	2	90	100	Aceptable
Consultorios con stock de medicamentos completo	9	9	90	100	Aceptable
Departamento de urgencias adecuado	1	1	100	100	Aceptable

Fuente: Control de medios tangibles, policlínico "5 de Septiembre". Año 2006.

De los recursos que los expertos señalaron como necesarios para una atención adecuada a la población anciana, 2 fueron evaluados no aceptables (consultorios adecuados y existencia de oftalmoscopios), por no alcanzar los estándares establecidos. Al analizar los resultados de los indicadores seleccionados para evaluar la estructura los 9 consultorios, la calidad es no aceptable, por presentar problemas con la privacidad al estar trabajando 2 ó 3 médicos en una misma consulta. De los oftalmoscopios, recurso no menos importante, solo hay 5 en el área, los que resultan insuficientes si se tiene en cuenta que no existen en todos los locales donde se brinda atención médica. Al evaluar el departamento de urgencias, se supo que cumple con los requisitos necesarios para brindar atención de urgencia a la población en general y en especial a la de 60 años y más, pues cuenta con condiciones estructurales adecuadas, médicos y enfermeras capacitados para la urgencia médica, servicio de laboratorio clínico y radiología, guardia de estomatología de urgencia, sala de terapia intensiva adecuadamente equipada, disponibilidad de medicamentos de urgencias, transporte sanitario con apoyo vital básico, personal de servicio, abasto de agua y energía eléctrica las 24 h del día.

Aunque no fueron criterios establecidos por los expertos, es bueno señalar que los servicios de medicina natural y tradicional, rehabilitación y estomatología, fueron de gran utilidad en la atención integral en salud que se le brindó a toda la población, y en especial, a la población de 60 años y más. Otro aspecto importante es que el hogar de ancianos del área mantiene llenas sus capacidades, y fue evaluado por el MINSAP su trabajo con ancianos solos o sin amparo filial de meritorio, pero se debe tener presente que esta no es la vía de solución a los problemas de vejez demográfica que hoy se vive, pues la solución debe estar en la familia y la comunidad. Se puede asegurar que los recursos mencionados resultan de suma utilidad en el diagnóstico de la HTA, sus posibles complicaciones, así como para realizar la dispensarización del paciente anciano.

En el proceso establecido para la atención al adulto mayor, el paciente acude al consultorio, es dispensarizado y se le realiza la pesquisa primaria de salud o evaluación gerontológica, y una vez realizado este procedimiento se puede remitir al EMAG, donde se le efectúa una evaluación psicológica, social y clínica más profunda, es allí donde se decide si el paciente se remite a un centro hospitalario, al CITED, si se comienzan los trámites de expediente para una institución social, o si el problema del adulto mayor se resuelve en el área con el equipo de salud. Sin embargo, al comparar lo que realmente ocurre con lo establecido, es frecuente que se presenten brechas a nivel de pesquisa primaria de salud, ya que la evaluación no

se realiza en el consultorio, y el paciente es enviado directamente a recibir otros servicios sin que el equipo gerontológico lo haya evaluado antes de remitirlo (este no funciona), y se desconoce si su problema no puede ser resuelto en el área, lo que, a juicio del investigador, no se hace correctamente. Esta situación rompe con lo establecido y trae consigo que el adulto mayor sufra molestias por demoras en su atención, además de que se corre el riesgo de inadecuadas valoraciones por evaluaciones incompletas y toma de decisiones y remisiones erradas o innecesarias.

En el área residen un total de 18 ancianos impedidos, de ellos 10 físicos y 8 mentales. El número de ancianos solos es de 36, de ellos 6 son ancianos frágiles y sin amparo filial. Sin embargo, no existen grupos de autoayuda al anciano que estén pendientes de las necesidades que se les puedan presentar, sobre todo, a los más frágiles.

En los servicios generales de atención al anciano prestados no existen grandes dificultades con la entrega de alimentos elaborados y la mensajería de farmacia, y son estos los más solicitados. Presenta dificultades la limpieza del hogar, pues prácticamente no se presta, ya que solo existen 3 trabajadoras geriátricas en el área. En esto influye la inexistencia de un presupuesto para la remuneración de la actividad para aquellos que la ejercen. Situación similar presentan los servicios de lavandería, barbería y otros, por lo que se puede afirmar que la atención general de los servicios al anciano debe mejorar para que pueda satisfacer las necesidades existentes.

Al realizar la auditoria a las historias clínicas de los adultos mayores estudiados, se evaluaron cómo fueron registrados los criterios evaluativos del proceso de atención a los ancianos. En la [tabla 4](#) se exhiben estos resultados. En la evaluación de los criterios referidos a la atención al paciente anciano hipertenso, llama la atención que todos fueron evaluados como no aceptables, lo que habla a favor de la baja calidad del desempeño de los profesionales a la hora de enfrentar esta enfermedad, a pesar de que en el área todos los médicos son especialistas en MGI, además de que existe un programa bien establecido para la prevención y el control de la HTA. Esto pudiera estar relacionado con deficiencias en la capacitación de los profesionales en el Programa para la Prevención y Control de la Hipertensión Arterial, así como por el nivel de exigencia y control de los decisores en el área de salud. Los factores motivacionales y de sobrecarga de trabajo pueden ser aspectos que también estén influyendo negativamente en la atención adecuada al paciente anciano hipertenso.

Tabla 4. Evaluación de procederes de atención a pacientes hipertensos registrados en historias clínicas de adultos mayores

Procederes	No.	Estándar real (n= 300)	Valor ideal	Evaluación
Interrogatorio completo	199	66,3	80	No aceptable
Examen físico completo	200	66,7	80	No aceptable
Complementarios	136	45,3	80	No aceptable
Diagnóstico y clasificación	204	68,0	80	No aceptable
Tratamiento adecuado	198	66,0	80	No aceptable
Seguimiento adecuado	40	13,3	80	No aceptable
Historias clínicas completas	39	13,0	80	No aceptable
Vacunación	295	98,3	80	Aceptable
Tacto rectal (n*= 100)	0	0,0	80	No aceptable
Examen de mama (n**= 200)	75	37,5	80	No aceptable
Examen bucal	107	35,7	80	No aceptable
Vacunación	117	39,0	80	No aceptable

Fuente: Historia clínica individual.
n= población.

n*= población masculina de los consultorios evaluados.

n**= población femenina de los consultorios evaluados.

El examen físico y el interrogatorio son elementos importantes para lograr una buena orientación diagnóstica, indispensable para poder complementar el diagnóstico de los enfermos o sus complicaciones, y en este caso solo alcanzan un 66,3 y un 66,7 % respectivamente. La ausencia en las historias clínicas de estos datos sobre la exploración del paciente hipertenso, indica la necesidad de concientizar en los profesionales de la salud sobre la importancia de este sistema de registro, por su relación con la calidad de la atención brindada. Los exámenes complementarios realizados (hemograma, urea, creatinina, ácido úrico, colesterol, glicemia, orina, electrocardiograma y ultrasonido renal) alcanzan el 45,3 %, a pesar que se tuvieron en cuenta los de mayor importancia para el diagnóstico, seguimiento y detección de complicaciones de la HTA. Es significativa la baja realización de electrocardiogramas, pues aún con las limitaciones de recursos actuales, es un proceder que, si se tiene en cuenta la red de servicios existentes y el extenso período en la realización de uno a otro (1 año), se puede realizar.

El diagnóstico y la clasificación de los ancianos hipertensos en cuanto a su enfermedad alcanza el 68,0 %, cifra por debajo del estándar establecido, lo cual es importante, pues permite determinar el estado del paciente hipertenso y su pronóstico. En el 66,0 % de las historias clínicas se registró la indicación de un tratamiento antihipertensivo adecuado, lo que es de gran importancia, si se tiene en cuenta que se debe prescribir y controlar no solo los medicamentos, sino también orientaciones que permitan modificar estilos de vida para prevenir complicaciones. Las principales dificultades encontradas fueron: que se omitía la indicación de tratamiento no farmacológico como el estilo de vida, la dieta, el reposo y el uso del tiempo libre, como también se encontraron historias clínicas que no tenían reflejado el tratamiento farmacológico indicado.

En el seguimiento se estableció como criterio 3 controles al año, incluyendo una visita de terreno como mínimo, solo el 13,3 % de los pacientes presentaron un

seguimiento aceptable, que queda muy por debajo del estándar establecido, a pesar de conocerse que la continuidad es una de las características definitorias de la atención primaria de salud, y como probabilidad, la dimensión de calidad más compleja de conceptuar y medir. De las historias clínicas evaluadas, solo el 13,0 % clasifica como aceptables, lo que debe alertar a los directivos del área de salud sobre la necesidad de mejorar el desempeño de los profesionales, sobre todo, si se tiene en cuenta que la mayoría de los criterios válidos para la evaluación de las historias clínicas no necesitan de recursos materiales para realizarlos, pero sí de un esmerado desempeño profesional. En la auditoría a las historias clínicas evaluadas, se consideró la evaluación de procedimientos habituales en la práctica diaria del Médico y Enfermera de Familia.

El criterio que alcanzó una calidad aceptable fue la vacunación del toxoide tetánico, con un 98,30 % de cumplimiento. El alto nivel de cumplimiento en la administración de la vacuna, a consideración del autor, está dado por un adecuado sistema de vigilancia y control llevado a cabo por los EBS, en especial, por el personal de enfermería, además de la disponibilidad de la vacuna durante todo el año.

Las actividades encaminadas a la pesquisa activa de los diferentes tipos de cáncer se comportan con indicadores negativos, a pesar de que estas deben estar encaminadas al diagnóstico precoz del cáncer de próstata, mamas y bucal, pues son los tumores malignos la segunda causa de muerte en el área de salud. Es bueno recordar que la adecuada atención médica y de enfermería en el primer nivel de atención enfatiza en la prevención.

La evaluación geriátrica necesaria para la clasificación de los ancianos, su dispensarización y conducta a seguir, quedó muy por debajo del estándar establecido, por lo que resulta necesario mejorar este indicador, de forma tal, que los pasos establecidos se cumplan adecuadamente y el paciente sea orientado sin dificultades, para lograr una mayor calidad de la asistencia. Con relación a los resultados obtenidos en la atención al adulto mayor en términos de salud, puede señalarse que la mortalidad tiene un incremento en todas las tasas de las enfermedades crónicas no transmisibles en el año 2006 con relación al año 2005, lo que se refleja en la [tabla 5](#).

Tabla 5. Tasas de morbilidad y mortalidad por causa en adultos mayores

Causas	Año 2005		Año 2006		Diferencia	Evaluación
	No.	Tasa* n= 22 980	No.	Tasa* n= 22 999		
Enfermedades del corazón	28	12,1	39	16,9	+4,8	No aceptable
Tumores malignos	13	5,6	18	7,8	+2,2	No aceptable
Enfermedades cerebrovasculares	9	3,9	14	6,0	+2,1	No aceptable
Enfermedades de arterias y arteriolas	5	2,1	9	3,9	+3,8	No aceptable
Influenza y neumonía	10	4,3	14	6,0	+1,7	No aceptable
Morbilidad por EDA	245	106,6	278	120,8	+14,2	No aceptable
Morbilidad por IRA	1 265	550,4	1 470	639,1	+88,7	No aceptable
Morbilidad por fractura de cadera	4	1,7	7	3,0	+1,3	No aceptable
Suicidio	0	0,0	0	0,0	0,0	Aceptable

Fuente: Registro de fallecidos y hojas de cargo.
Tasa* × 10 000 hab.

Las tasas que más se incrementaron fueron las enfermedades del corazón, seguidas de las enfermedades de arterias y arteriolas, los tumores malignos, los accidentes cerebrovasculares, la influenza y la neumonía, que ocuparon lugares en el orden mencionado. Se ha podido observar que todas las tasas han aumentado comparadas con el año anterior, hecho este que puede estar en relación con una deficiente promoción de salud, seguimiento inadecuado de la HTA y dificultades en el diagnóstico precoz de los cánceres prevenibles. Las enfermedades del corazón, que ocupan la primera causa de muerte en el área, tienen como principal factor de riesgo la HTA, por lo que se hace indispensable mantener en cada consultorio un esfigmomanómetro adecuado para su medición, ya que esto ayuda en el diagnóstico y la dispensarización.

En relación con el cáncer, la poca realización de procedimientos que permiten el diagnóstico precoz de esta enfermedad, y que se pusieron en evidencia en esta investigación con la no realización del examen bucal, examen de mamas y tacto rectal, resulta un factor que puede incidir en que, lejos de observar una mejoría en los indicadores de mortalidad, estos se incrementaran. En las enfermedades transmisibles, como son las EDA y las IRA, los indicadores se comportan peor, así como el número de casos fracturas de cadera lo que se refleja igualmente en la tabla 5. El suicidio mantuvo igual comportamiento al año 2005, con ningún caso reportado. Se puede observar que, excepto el suicidio, todas las tasas han aumentado comparadas con el año 2005, hecho este que puede estar en relación con una deficiente promoción y educación para la salud, un seguimiento en consulta y terreno inadecuado a las personas de 60 años y más, así como dificultades en la prevención de estas enfermedades transmisibles. No obstante, se debe tener en cuenta que son precisamente las enfermedades crónicas no transmisibles las que constituyen los problemas de salud que con mayor frecuencia afectan a las personas de la tercera edad, por lo que este grupo de pacientes debe tener una

asistencia adecuada para poder aumentar sus expectativas de vida y tener una mejor calidad de vida.

Para los usuarios, los principales problemas se encuentran en no recibir atención especializada por el EMAG, la imposibilidad de realizarse exámenes complementarios, la poca visita de terreno que reciben por parte del Médico y Enfermera de Familia, el funcionamiento inadecuado de los círculos de abuelos y el insuficiente conocimiento que presentan de su enfermedad, esto último reflejo de una escasa labor educativa en el área de salud.

DISCUSIÓN

La dotación de los recursos materiales en la evaluación de la estructura tiene limitaciones que han sido reconocidas en la medición de la calidad de los servicios sanitarios, sin embargo, aunque la estructura puede aumentar o disminuir la calidad de un buen proceso y buenos resultados, no asegura una adecuada atención a la salud, ya que los recursos pueden estar mal utilizados y la organización no ser la mejor.¹¹ No obstante, se considera que puede existir un deterioro de la calidad si no son cumplidos los elementos mínimos exigidos en la planificación. Resultados similares a los encontrados en este estudio fueron hallados por *Morales I* en una investigación de calidad de la atención en salud a la población de adultos mayores del policlínico "Jorge Ruiz Ramírez" en el municipio Playa (Morales Sánchez I. Propuesta de mejora continua de la calidad para la atención del adulto mayor. Municipio Playa, 1999. [Tesis] ENSAP, La Habana, Cuba).

El nivel de conocimientos alcanzado en un área específica del saber está íntimamente relacionado con la competencia ideal para poder desempeñarse profesionalmente, como se espera de los que ejercen en una profesión determinada, es así que de la competencia profesional del personal de salud depende la selección y ejecución de las acciones más efectivas y eficientes que conviene al problema de salud afrontado, aun con las limitaciones de los recursos existentes.¹² La conceptualización prevalente parece ser la que propuso *Shortell*, que plantea que hay calidad en la medida que la atención necesaria se provee de una forma ininterrumpida y coordinada.¹² En algunos estudios realizados se han obtenido resultados similares a los encontrados en esta investigación (Morales Sánchez I. Propuesta de mejora continua de la calidad para la atención del adulto mayor. Municipio Playa, 1999. [Tesis] ENSAP, La Habana, Cuba), (Báez Dueñas RM. Calidad de la atención sanitaria. Necesidades de aprendizaje en médicos y enfermeras de la familia, 1995. [Tesis] ENSAP, La Habana, Cuba).

Es importante recordar que un servicio de calidad requiere otra profundidad y alcance, ya que se deben investigar los resultados, y, en el caso de encontrar defectos, detectar sus causas y eliminarlas para garantizar la calidad y satisfacer los requisitos propuestos.¹³ Según *Benito Narey* se debe tener presente que para medir calidad y satisfacer las necesidades de a quién se le presta un servicio, es necesario conocer las expectativas de las personas a quienes se les brinda de la forma más humana posible, y, además, cumplir los reglamentos, normas y procedimientos establecidos, sin lo cual no se podrá lograr la calidad y satisfacción. Es preciso tener en cuenta que la calidad hay que administrarla o dirigirla con un enfoque integral de los resultados y del proceso para poder garantizarla.¹³

El autor de este trabajo coincide con las palabras de *Benito Pérez Maza* en la satisfacción de los usuarios cuando de calidad se trata, las que se exponen a

continuación: "... la satisfacción es un valor esencial para alcanzar una calidad de vida plena y con una gran importancia política para la legitimación del sistema político". Por tanto, "el nivel de satisfacción constituye el segundo indicador del desempeño global de los sistemas de salud y de atención de salud", si se evalúa conjuntamente "la calidad de la atención o sea capacidad de solución de problemas y formas de prestación".^{14,15}

Por ello consideramos que la estructura existente para garantizar la atención en salud al adulto mayor presenta insuficiencias en lo relativo a recursos humanos y materiales, que unido a los problemas organizativos y de calidad de las historias clínicas presentes en el policlínico, y en la instrumentación y difusión de las acciones incluidas en el PAIAM e HTA, influyen negativamente en la calidad del proceso de atención a la población de 60 años y más; además, hay insuficiencias en la satisfacción de los usuarios dadas por lo que desean obtener y no obtienen, o lo que reciben que no desean, que muestra debilidades importantes en la calidad de la atención al adulto mayor. Estas insuficiencias se relacionan más con los problemas organizativos que se presentan en la ejecución del PAIAM y los insuficientes conocimientos de los profesionales en relación con este, que con la limitación de recursos humanos y materiales existentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. López Montaña JL, Valladares Lorenzo R, Cuan Ravinal R, Duménigo Arias O. Morbimortalidad por abdomen agudo en el paciente geriátrico. Revista Electrónica Archivo Médico de Camagüey. 2001;5(3). Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2001/v5n3/454.htm>
2. Morfi Samper R. La salud del adulto mayor en el siglo XXI. Rev Cubana Enfermer. 2005;21(3):1. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192005000300001&lng=es&nrm=iso
3. Panorama de la salud del adulto mayor en Cuba. Cifras e indicadores para su estudio 2005. La Habana: MINSAP; 2005.
4. Estadísticas de salud en Cuba. Anuario Estadístico 1995-2004. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/cgi-bin/wxis/anuario/?IsisScript=anuario/iah.xis&base=anuario&lang=e> Consultado 12 de marzo de 2006.
5. Jiménez Paneque RE. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios: una mirada actual. Rev Cubana Salud Pública. 2004;30(1).
6. Brook RH, Mc Glynn EA, Shekelle PG. Defining and measuring quality of care: a perspective from US researchers. IJQJC. 2000;12(4):281-95.
7. Brook RH, Mc Glynn EA, Cleary PD. Quality of health care: Measuring quality of care. NEJM. 2004;335(13):966-70.
8. Kassirer JP. The quality of care and the quality of measuring It Editorial. NEJM. 2003;329(17):1263-5.

9. Chang de la Rosa M, Alemán Lage MC, García Roche R, Miranda Jorge R. Evaluación de la calidad de la atención médica en el subsistema de urgencias del municipio 10 de octubre, 1997. Rev Cubana Salud Pública. 2000;26(2):110-6. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662000000200005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
10. Donabedian A. Garantía y monitoreo de la calidad de la atención médica. Perspectivas en salud. México DF: Instituto de Salud Pública; 1990.p.10-21.
11. Finley G, Delgado M. La psicología del envejecimiento. Revista Latinoamericana de Psicología. 2001;(13):415-32.
12. Orosa Fraíz T. La tercera edad y la familia. La Habana: Editorial Félix Varela; 2001.
13. Aguirre-Gas H. Evaluación y garantía de la calidad de la atención médica. Salud Pública Mex. 1990;32(2):623-9.
14. Ramos Domínguez BN. Control de calidad de la atención de salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004.
15. Pérez Masa B. La equidad en los servicios de salud. Rev Cubana Salud Pública. 2007;33(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000300007&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Recibido: 18 de mayo de 2009.

Aprobado: 19 de mayo de 2009.

Amauri de Jesús Miranda Guerra. Calle 1ra. B, No. 29 212, entre 292 y 296, Santa Fé, municipio Playa, Ciudad de La Habana, Cuba. E mail: amauri.miranda@infomed.sld.cu