

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

Escuela de Posgrado

Unidad de Posgrado de Salud Pública



Una Institución Adventista

CALIDAD DE ATENCIÓN Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN USUARIOS
DEL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL, DEL
HOSPITAL SAN JORGE, AYAPEL, COLOMBIA, 2015

Tesis presentada para optar el Grado Académico de Magíster en Salud Pública
con mención en Gestión de los Servicios de Salud

Por

Edda Evnet Newball Noriega

Lima, Perú, 2015

AGRADECIMIENTOS

Doy gracias a Dios, en primer lugar, por el don de la vida, por la sabiduría para poder llevar a cabo esta investigación y por la multitud de sus misericordias.

A los directivos de la Universidad Peruana Unión, por tener en su currículo la maestría de Salud Pública de la que hoy soy orgullosa egresada.

Al Doctor Daniel Richard, por su gestión de Director de la Unidad de posgrado de Salud Pública, permitiéndome la posibilidad de ser parte de su selecto grupo de alumnos; además por su apoyo constante.

Al Magíster Angelo Huapaya, quien en calidad de asesor me acompañó en el proceso de la ejecución de la tesis.

Al Doctor Luis Eduardo Córdova, por el trabajo estadístico de mis resultados.

A mis compañeros, por compartir el mismo sueño, especialmente a Maricela Díaz Torres, mi amiga incondicional.

A mi familia, por motivarme a luchar cada día por mis sueños.

Y a todas aquellas personas, quienes, de una u otra manera, contribuyeron a alcanzar esta meta.

TABLA DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS	ii
TABLA DE CONTENIDO	iii
LISTA DE TABLAS.....	vi
LISTA DE FIGURAS	viii
LISTADO DE ABREVIATURAS.....	ix
RESUMEN.....	x
ABSTRACT.....	xi
INTRODUCCIÓN	xii
CAPÍTULO I.....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
Descripción de la situación problemática	1
Formulación del problema	7
Problema general.....	7
Problemas específicos	7
Objetivos	8
Objetivo general	8
Hipótesis	9
Hipótesis general.....	9
Hipótesis específicas	9
Justificación	10
Delimitaciones	12
CAPÍTULO II	13
MARCO TEÓRICO	13
Calidad de atención	13
Adherencia terapéutica en la hipertensión arterial	22
Programa de control de hipertensión arterial	35
Marco filosófico según la Biblia	36
Marco conceptual	37
CAPÍTULO III.....	39

METODOLOGÍA	39
Tipo de estudio	39
Diseño de investigación	39
Población y muestra	39
Selección de los elementos de la muestra	40
Tamaño de la muestra	40
Criterios de inclusión	41
Criterios de exclusión.....	41
Consideraciones éticas	41
Definición y operacionalización de variables	41
Variable dependiente.....	41
Variable independiente.....	42
Técnicas e instrumentos de recolección de datos	46
Elaboración del instrumento.....	46
Validación del instrumento	46
CAPÍTULO IV	52
RESULTADOS.....	52
Análisis Descriptivo	52
Análisis Descriptivo según nivel de variables y dimensiones	55
Análisis Inferencial	62
Contrastación de hipótesis.....	62
Discusión de resultados	69
CAPÍTULO V	73
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	73
Conclusiones	73
Recomendaciones	75
REFERENCIAS	76
APÉNDICE A	79
INTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS	79
Calidad de Atención en Salud “Programa de Hipertensión arterial”	79
ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES DE CONTROL DE HIPERTENSION....	81
APÉNDICE B	82

MATRIZ INSTRUMENTAL	82
APÉNDICE C	86
MATRIZ DE CONSISTENCIA	86
HOJAS DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS	88

LISTA DE TABLAS

	Pag
Tabla 1. Clasificación de la hipertensión arterial.....	33
Tabla 2. Operacionalización de variables.....	43
Tabla 3. Nivel de confiabilidad del instrumento: Calidad de atención Percibida....	47
Tabla 4. Nivel de confiabilidad del instrumento: Adherencia al tratamiento.....	49
Tabla 5. Nivel de Percepción de la Calidad de atención.....	55
Tabla 6. Percepción de calidad según la dimensión Accesibilidad.....	56
Tabla 7. Percepción de calidad según la dimensión Oportunidad.....	56
Tabla 8. Percepción de calidad según la dimensión Efectividad	57
Tabla 9. Percepción de calidad según la dimensión Estéticas.....	57
Tabla 10. Percepción de calidad según la dimensión Empatía.....	57
Tabla 11. Percepción de calidad según la dimensión Satisfacción.....	58
Tabla 12. Nivel de adherencia terapéutica de los usuarios.....	58
Tabla 13. Nivel de adherencia terapéutica según los factores socioeconómicos.....	59
Tabla 14. Nivel de adherencia terapéutica según los factores relacionados con el sistema de salud.....	59
Tabla 15. Nivel de adherencia terapéutica según los factores relacionados con el tratamiento.....	60
Tabla 16. Nivel de adherencia terapéutica según los factores relacionados con el paciente.....	60
Tabla 17. Nivel de adherencia terapéutica según los factores relacionados con la enfermedad.....	61

Tabla 18. Factores asociados a la adherencia terapéutica.....	61
Tabla 19. Relación de la calidad de atención y la adherencia terapéutica.....	62
Tabla 20. Relación de accesibilidad con adherencia terapéutica.....	63
Tabla 21: Relación de la Oportunidad con la adherencia terapéutica.....	64
Tabla 22: Relación de la Efectividad con la adherencia terapéutica.....	65
Tabla 23: Relación de la Estética con la adherencia terapéutica.....	66
Tabla 24: Relación de la Empatía con la adherencia terapéutica.....	67
Tabla 25: Relación de la Satisfacción con la adherencia terapéutica.....	68

LISTA DE FIGURAS

	Pag
Figura 1: Ciclo de Deming.....	15
Figura 2: Dimensiones de la calidad de atención en salud.....	18
Figura 3: Dimensiones de la adherencia terapéutica.....	26
Figura 4: Factores relacionados con la Hipertensión arterial.....	34
Figura 5. Proporción de usuarios del seguro de las Empresas Promotoras de Salud	52
Figura 6. Proporción de usuarios según zona de vivienda.....	53
Figura 7. Proporción de usuarios según género.....	53
Figura 8. Proporción de usuarios según estado civil.....	54
Figura 9. Proporción de usuarios según situación ocupacional.....	54
Figura 10. Proporción de usuarios según nivel educativo.....	55

LISTADO DE ABREVIATURAS

HTA: Hipertensión arterial

EPS: Empresa promotora de salud

IPS: Institución prestadora de salud

SGSSS: Sistema general de seguridad social en salud

OMS: organización mundial de la salud

OPS: organización panamericana de la salud

MPS: Ministerio de protección social

APS: Atención primaria en salud

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue determinar la relación de la calidad de atención y la adherencia terapéutica en usuarios del programa de hipertensión arterial del Hospital San Jorge de Ayapel. Se usó un diseño trasversal correlacional, usando el estadístico Tau b Kendall para una escala ordinal en una muestra de 130 usuarios del programa. Entre sus resultados, se determinó que no existe correlación significativa entre dichas variables, ni en sus dimensiones. Sí existe relación significativa entre Empatía (dimensión de calidad) y factores relacionados con el paciente (dimensión de adherencia) y relación débil entre oportunidad y factores asociados al paciente. Finalmente, a partir de este estudio, el servicio local de salud pudo verificar que casi la mitad (40,0%) de los usuarios del programa de hipertensión percibe el nivel de calidad de atención de malo a pésimo. Igualmente, con respecto a Adherencia terapéutica se verificó que casi la mitad (43,1%) presentó un nivel de adherencia terapéutica de bajo a crítico, cuyos aspectos importantes deben ser considerados por los gestores de salud en esta comunidad, a fin de mejorar la atención e incrementar y los índices de adherencia terapéutica.

Palabras claves: Hipertensión arterial, EPS, calidad de atención, adherencia terapéutica.

ABSTRACT

The aim of this study was to determine the relationship between quality of care and adherence to program users hypertension San Jorge Hospital Ayapel. The methodology used was a correlational cross-sectional design, using the statistical Kendall Tau b for an ordinal scale in a sample of 130 users of the program. As a result it was determined that there is no significant correlation between these variables, or dimensions. But if there is significant relationship between Empathy (quality dimension) and patient-related factors (size of adherence) and weak relationship between Opportunity and factors associated with the patient. Finally, this study from the local health service verified that nearly half (40.0%) of the hypertension program users perceive the quality of care from bad to abysmal. Similarly, with respect to therapeutic adherence was verified that half (43.1%) showed a level almost adherence to critical low. Important aspects to be considered by health managers in this community to improve care and increase and rates of adherence.

Keyword: Hypertension, EPS, quality of care, adherence

INTRODUCCIÓN

El estudio fue realizado para atender el objetivo general: determinar la relación de la calidad de atención con la adherencia terapéutica en usuarios del programa de hipertensión arterial del Hospital San Jorge Ayapel, Colombia, 2015. Además para atender nueve objetivos específicos: 1. Identificar el nivel de calidad de atención que perciben los usuarios del programa HTA del Hospital San Jorge Ayapel. 2. Identificar el nivel de la adherencia terapéutica en los usuarios del programa. 3. Identificar los factores que más se relacionan con la adherencia terapéutica de los usuarios del programa. 4. Determinar la relación de la accesibilidad con la adherencia terapéutica en los usuarios del programa. 5. Determinar la relación de la oportunidad con la adherencia terapéutica en los usuarios del programa. 6. Determinar la relación de la efectividad con la adherencia terapéutica en los usuarios del programa. 7. Determinar la relación de la estética con la adherencia terapéutica en los usuarios del programa. 8. Determinar la relación de la empatía con la adherencia terapéutica en los usuarios del programa. 9. Determinar la relación de la satisfacción con la adherencia terapéutica en los usuarios del programa.

Con el propósito de abordar la calidad de atención y la adherencia terapéutica, se construyó un marco teórico, un marco conceptual y un marco filosófico, en las cuales sean abordadas las dos variables. El contenido de la tesis fue organizado en capítulos. El Capítulo I, denominado Planteamiento del problema, contiene la formulación de los problemas (general y específicos), los objetivos (general y específicos), las hipótesis (general y específicas); asimismo, la justificación y la delimitación. El capítulo II aborda la

calidad de atención, la adherencia terapéutica en la hipertensión arterial, el programa de la hipertensión, el marco filosófico y el marco conceptual.

En el capítulo III se aborda la metodología, el tipo y el diseño de la investigación, la determinación de la población, la muestra, las consideraciones éticas, la definición y la operacionalización de las variables, las técnicas y los instrumentos de la recolección de los datos. En el capítulo IV se registra el análisis descriptivo y inferencial de las variables, la contrastación de las hipótesis y la discusión de los resultados. Por su parte, el capítulo V ofrece las conclusiones y las recomendaciones.

El estudio presenta las siguientes conclusiones. **Primera conclusión.** No existe relación significativa entre la calidad de atención y la adherencia terapéutica en usuarios del programa de hipertensión arterial del Hospital San Jorge Ayapel: Colombia, 2015. Por otra parte se encontró que el $p_valor = ,916 > (0.05)$, con grado de correlación según Tau_ de Kendall = $-,007$; lo cual indica que la correlación es prácticamente nula.

Segunda conclusión. No existe relación significativa entre Accesibilidades y la adherencia terapéutica en los usuarios del programa de HTA. Por otra parte, se encontró que el $p_valor = ,870 > (0.05)$, con grado de correlación según Tau_ de Kendall = $-,012$; lo cual indica que la correlación es prácticamente nula. **Tercera conclusión.** No existe relación significativa entre Oportunidad y la adherencia terapéutica en los usuarios del programa de HTA. Por otra parte se encontró que el $p_valor = ,168 > (0.05)$, con grado de correlación según Tau_ de Kendall = $,100$; lo cual indica que la correlación es prácticamente nula.

Entre sus resultados, se determinó que no existe correlación significativa entre dichas variables, ni en sus dimensiones. Sí existe relación significativa entre Empatía (dimensión de calidad) y factores relacionados con el paciente (dimensión de adherencia) y relación débil entre oportunidad y factores asociados al paciente. Finalmente, a partir de este estudio, el

servicio local de salud pudo verificar que casi la mitad (40,0%) de los usuarios del programa de hipertensión percibe el nivel de calidad de atención de malo a pésimo. Igualmente, con respecto a Adherencia terapéutica se verificó que casi la mitad (43,1%) presentó un nivel de adherencia terapéutica de bajo a crítico, cuyos aspectos importantes deben ser considerados por los gestores de salud en esta comunidad, a fin de mejorar la atención e incrementar y los índices de adherencia terapéutica.

Cuarta conclusión. No existe relación directa y significativa entre Efectividad y la adherencia terapéutica en los usuarios del programa de HTA. Por otra parte, se encontró que el $p_valor = ,073 > (0.05)$, con grado de correlación según $Tau_de\ Kendall = ,0128$; lo cual indica que la correlación es prácticamente nula. **Quinta conclusión.** No existe relación significativa entre Estética y la adherencia terapéutica en los usuarios del programa de HTA. Por otra parte se encontró que el $p_valor = ,860 > (0.05)$, con grado de correlación según $Tau_de\ Kendall = ,013$; lo cual indica que la correlación es muy prácticamente nula

Sexta conclusión. No existe relación significativa entre Empatía y la adherencia terapéutica en los usuarios del programa de HTA. Por otra parte se encontró que el $p_valor = ,306 > (0.05)$, con grado de correlación según $Tau_de\ Kendall = -,075$; lo cual indica que la correlación es prácticamente nula. **Séptima conclusión.** No existe relación significativa entre Satisfacción y la adherencia terapéutica en los usuarios del programa de HTA. Por otra parte se encontró que el $p_valor = ,870 > (0.05)$, con grado de correlación según $Tau_de\ Kendall = -,012$; lo cual indica que la correlación es muy débil.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Descripción de la situación problemática

Los cambios estadísticos de salud y enfermedad en el mundo, han generado alarma; las enfermedades no trasmisibles: el cáncer, la diabetes y cardiopatías, entre otras, han superado cuantitativamente a las enfermedades infecciosas, constituyéndose en la principal causa de mortalidad en el mundo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013), en su informe general de hipertensión en el mundo, declara que uno de los factores de riesgo clave de las enfermedades cardiovasculares es la hipertensión (tensión arterial elevada), evento que afecta a 1000 millones de personas en el mundo, y puede provocar infartos de miocardio y accidentes cerebro vasculares. Además, refiere que los investigadores calculan que la hipertensión es la causa de muerte de nueve millones de personas en el mundo anualmente.

Asimismo, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2014) afirma que en América Latina uno de cada 3 adultos padece hipertensión arterial, enfatizando que 250 millones de personas sufren esta condición y es la causa de 800.000 mil muertes en las Américas y el Caribe.

De acuerdo con el informe de salud en las Américas, OPS (2012), en Colombia, la prevalencia de hipertensión arterial en adultos es del 8,8% aproximadamente y de 3,5% para diabetes; las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en la

población general (enfermedad isquémica 83,7 defunciones por 100.000 habitantes y enfermedad cerebrovascular 42,6).

Por lo cual los planteamientos de la OMS en relación con la importancia de detener la epidemia mundial de enfermedades crónicas refuerzan la necesidad de estrategias de intervención eficaces y al alcance de todas las personas afectadas (Informe HTA en el mundo, 2013). El término de adherencia terapéutica podría ser considerado la llave del éxito en los programas de intervención en salud, que ayuden a detener y a disminuir las cifras de enfermedades crónicas (Holguin, et al, 2006).

Sin embargo, Sánchez (2005) refiere que la brecha de desigualdades en los sistemas de salud, ha originado una problemática de los derechos de los pacientes y el derecho a la salud, debido al auge de la insatisfacción en la atención recibida, y puesto que la satisfacción del usuario es un indicador importante de la calidad de los servicios se constituye en la clave para mejorar la calidad en salud.

La preocupación por la satisfacción del usuario está condicionada, porque ésta se relaciona, significativa y funcionalmente, con conductas de salud específicas, desde el cumplimiento de las prescripciones hasta el seguimiento de los resultados, o incluso, conductas preventivas de la enfermedad o llamado adherencia terapéutica (Tovar y Acuña, 2012).

Razón por la cual muchos programas de control no han sido efectivos y, en consecuencia, el progreso y complicación de las enfermedades, especialmente las enfermedades crónicas no transmisibles como la hipertensión arterial van en aumento.

La OMS y la OPS (2004) corroboran, a través del informe Adherencia a los tratamientos a largo plazo, pruebas para la acción; varios exámenes rigurosos han hallado que en los países desarrollados la adherencia terapéutica en pacientes que padecen

enfermedades crónicas promedia solo 50%. Agregando que la magnitud y la repercusión de la adherencia terapéutica deficiente en los países en desarrollo son aún mayores, dada la escasez de recursos sanitarios y las inequidades en el acceso a la atención de salud.

Asimismo, Varela (2010) complementa, refiriendo que el problema de la baja adherencia a los tratamientos se presenta en todos los países, independientemente de su nivel de desarrollo, lo que lo convierte en un asunto de salud pública mundial; cuyo resultado: un número sustancial de pacientes no obtiene el máximo beneficio de los tratamientos médicos, logrando pobres resultados en salud y una disminución de la calidad de vida.

En el caso de la hipertensión se dice que más del 40% de los pacientes en tratamiento por esta patología, toma la medicación de manera incorrecta, y aproximadamente el 80% falla con las restricciones alimentarias, de ejercicio, de disminución del consumo de tabaco y alcohol (Varela, 2010).

Visto el impacto que puede tener la calidad de atención en la salud de los pacientes y como ésta puede ser uno de los factores que contribuyen a la adherencia terapéutica, se requiere hacer intervenciones en salud que permitan aumentar la adherencia terapéutica, la satisfacción de los pacientes y, por consiguiente, mejorar la salud y disminuir el curso de las enfermedades no transmisibles.

Es importante resaltar que en Ayapel, el municipio del departamento de Córdoba, Colombia, la problemática de la hipertensión arterial también es una realidad; en el Hospital San Jorge se encuentran registrados en la base de datos 204 pacientes en el programa de hipertensión; por lo cual, es relevante investigar la calidad de atención en relación a la adherencia terapéutica.

Antecedentes de la investigación

Estrada y Ordoñez (2013), en su investigación titulada: *Calidad en la atención de pacientes con enfermedades crónicas (hipertensión arterial) en una IPS pública ubicada en Pasto-Nariño, Colombia*, aplicaron una encuesta a 296 pacientes hipertensos, obtuvieron el resultado de que generalmente estos usuarios están conformes con la atención brindada y con lo ordenado en cada consulta; la mayoría de ellos piensa que con la asistencia a cada cita médica se mantienen controlados de su enfermedad e incrementan su calidad de vida. La calificación de la atención brindada fue de 8,5 sobre una escala de 10.

Pezoa (2012) en su investigación titulada: *¿Qué elementos de la atención de salud son, desde la perspectiva del usuario los que más contribuyen a que se sienta satisfecho?*, concluyó que los elementos más relevantes que se relacionan con la atención son:

Rapidez con atención de salud, sin espera o notoriamente menor,

Seguridad y confianza con el personal que se asocian a conocimiento y eficiencia, “sabe lo que hacen”, “estoy en buenas manos”,

Calidez en el personal que lo atiende como cualidad más importante vinculada a una atención más humanizada

La información para el usuario y su familia se percibe un elemento vital para sentirse satisfecho, si esta logra entregarse en términos simples y más bien con palabras del cotidiano facilita la sensación de seguridad y confianza.

Tovar y Acuña (2012) en su estudio *Relación entre satisfacción usuaria y adhesividad al tratamiento y control de salud en usuarios diabéticos tipo 2*, usaron una metodología descriptiva, correlacional; concluyeron que la satisfacción usuaria se relaciona positiva y significativamente con la adhesividad al tratamiento y controles de salud, estableciéndose una asociatividad lineal de un 20% a 23% aproximadamente, en cuatro de

las cinco dimensiones: fiabilidad ($r=0,191$), accesibilidad ($r=0,204$), capacidad de respuesta ($r=0,227$) y empatía ($r=0,226$), con un 95% y 99% de seguridad.

Zambrano, Duitama et al, (2012), en su trabajo sobre *Percepción de la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular, Medellín-Colombia*, encuestaron a 265 pacientes y concluyeron que en la dimensión I (factores socioeconómicos) las personas con hipertensión arterial poseen una percepción más baja de adherencia. Así mismo encontraron que la escolaridad es el factor que más modifica la percepción de adherencia.

Casas, Chavarro y Cardona (2012), en su investigación *Adhesión al tratamiento de la hipertensión arterial en dos municipios de Colombia. 2010-2011*, realizada con una muestra de 295 pacientes, concluyeron que la adherencia promedio fue de 45% en los dos municipios, observaron diferencias estadísticamente significativas, entre usuarios adherentes y no adherentes, en los conocimientos sobre la enfermedad.

Ortega (2010), en su estudio sobre *Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, Montería, 2010*, encontró que el grado de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de los participantes mostró 67% en situación de ventaja para adherencia; el 29% en situación de riesgo a no adherirse y 4% en situación de no adherencia. Estos tres grupos varían estadísticamente con relación con las cuatro dimensiones estudiadas, siendo la Dimensión II: relacionada con el proveedor, la que aportó mayor diferencia.

Martin (2009), en su tesis titulada *Adherencia al tratamiento en hipertensos de áreas de salud del nivel primario. 2003-2007*, concluyó que el nivel de adherencia fue total; sin embargo, la magnitud se considera insuficiente en relación con la importancia para esta enfermedad. Así mismo, encontró que la adherencia al tratamiento en hipertensos es un

proceso conformado por tres componentes que reflejan su estructura: relación transaccional entre el paciente y el profesional, la implicación personal y el cumplimiento del tratamiento. El componente que presentó mayor dificultad resultó ser la relación transaccional entre profesionales y pacientes, el cual expresa la posibilidad de negociar la estrategia del tratamiento.

Por su parte, un estudio promovido por el Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” y desarrollado con la Fundación para el Desarrollo de la Salud Pública Colombiana, FUNDESALUD (2010), titulado: *Calidad de atención en salud: percepción de los usuarios*, concluyó que los usuarios se encontraron insatisfechos frente al aseo, tiempos de espera y la calidez humana.

En otro estudio realizado por Delgado, et al (2010), *Calidad en los servicios de salud desde los marcos de sentido de diferentes actores sociales en Colombia y Brasil*, encontraron que los marcos de sentido desde los cuales construyen la calidad de la atención, usuarios y personal de salud en ambos países, mostraron convergencias en torno a tres grandes ejes: adecuación de la estructura, nivel técnico y humanización de la atención. Presentaron, no obstante, matices diferenciadores: los usuarios de ambos países profundizan en aspectos estructurales y organizativos: disponibilidad y accesibilidad de recursos, y en aspectos técnicos: resolutividad y calidad técnica. El personal de salud de Colombia y Brasil mostró similitudes, pero mientras los primeros destacaban más una administración ágil y tiempo de consulta mayor; los segundos, más disposición de personal especializado, materiales e insumos suficientes. Por su parte, el marco de sentido de los formuladores emergió del conjunto de normas legales.

Formulación del problema

Problema general

¿Cuál es la relación de la calidad de atención con la adherencia terapéutica en usuarios del programa de hipertensión arterial “HTA”, del hospital San Jorge Ayapel, Colombia, 2015?

Problemas específicos

1. ¿Qué nivel de calidad de atención perciben los usuarios del programa HTA, del hospital San Jorge Ayapel?
2. ¿Cuál es el nivel de adherencia terapéutica de los usuarios del programa de HTA del Hospital San Jorge Ayapel?
3. ¿Cuáles son los factores que más se relacionan con la adherencia terapéutica de los usuarios del programa de hipertensión arterial del Hospital San Jorge Ayapel?
4. ¿Cuál es la relación de las accesibilidad con la adherencia terapéutica en los usuarios del programa de HTA del Hospital San Jorge Ayapel?
5. ¿Cuál es la relación de la oportunidad con la adherencia terapéutica en los usuarios del programa de HTA del Hospital San Jorge Ayapel?
6. ¿Cuál es la relación de la efectividad con la adherencia terapéutica en los usuarios del programa de HTA del Hospital San Jorge Ayapel?
7. ¿Cuál es la relación de la estética con la adherencia terapéutica en los usuarios del programa de HTA del Hospital San Jorge Ayapel?
8. ¿Cuál es la relación de la empatía con la adherencia terapéutica en los usuarios del programa de HTA del Hospital San Jorge Ayapel?

9. ¿Cuál es la relación de la satisfacción con la adherencia terapéutica en los usuarios del programa de HTA del Hospital San Jorge Ayapel?

Objetivos

Objetivo general

Determinar la relación de la calidad de atención con la adherencia terapéutica en usuarios del programa de hipertensión arterial del Hospital San Jorge Ayapel, Colombia, 2015.

Objetivos específicos

1. Identificar el nivel de calidad de atención que perciben los usuarios del programa HTA del Hospital San Jorge Ayapel.
2. Identificar el nivel de la adherencia terapéutica en los usuarios del programa de HTA del Hospital San Jorge Ayapel.
3. Identificar los factores que más se relacionan con la adherencia terapéutica de los usuarios del programa de hipertensión arterial del Hospital San Jorge Ayapel.
4. Determinar la relación de la accesibilidad con la adherencia terapéutica en los usuarios del programa de HTA del Hospital San Jorge Ayapel.
5. Determinar la relación de la oportunidad con la adherencia terapéutica en los usuarios del programa de HTA del Hospital San Jorge Ayapel.
6. Determinar la relación de la efectividad con la adherencia terapéutica en los usuarios del programa de HTA del Hospital San Jorge Ayapel.

7. Determinar la relación de la estética con la adherencia terapéutica en los usuarios del programa de HTA del Hospital San Jorge Ayapel.

8. Determinar la relación de la empatía con la adherencia terapéutica en los usuarios del programa de HTA del Hospital San Jorge Ayapel.

9. Determinar la relación de la satisfacción con la adherencia terapéutica en los usuarios del programa de HTA del Hospital San Jorge Ayapel.

Hipótesis

Hipótesis general

H1. Existe relación significativa entre la calidad de atención y la adherencia terapéutica en usuarios del programa de hipertensión arterial del Hospital San Jorge Ayapel, Colombia, 2015.

Ho: No existe relación significativa entre la calidad de atención y la adherencia terapéutica en usuarios del programa de hipertensión arterial del Hospital San Jorge Ayapel, Colombia, 2015.

Hipótesis específicas

Existe relación significativa entre accesibilidad y la adherencia terapéutica en los usuarios del programa de HTA del Hospital San Jorge Ayapel.

Existe relación significativa entre oportunidad y la adherencia terapéutica en los usuarios del programa de HTA del Hospital San Jorge Ayapel.

Existe relación significativa entre efectividad y la adherencia terapéutica en los usuarios del programa de HTA del Hospital San Jorge Ayapel.

Existe relación significativa entre estética y la adherencia terapéutica en los usuarios del programa de HTA del Hospital San Jorge Ayapel.

Existe relación significativa entre empatía y la adherencia terapéutica en los usuarios del programa de HTA del Hospital San Jorge Ayapel.

Existe relación significativa entre satisfacción y la adherencia terapéutica en los usuarios del programa de HTA del Hospital San Jorge Ayapel.

Justificación

Los esfuerzos mundiales para hacer frente al reto que plantean las enfermedades no transmisibles, han obtenido impulso a partir de la declaración política de las naciones unidas sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles de 2011. En respuesta a esto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) está elaborando el plan de acción mundial 2013-2020 y uno de sus principales objetivos previstos es una reducción considerable del número de personas hipertensas (Informe sobre la hipertensión en el mundo, OMS 2013).

La evaluación exacta del comportamiento de la adherencia terapéutica es necesaria para la planificación de tratamientos efectivos y eficientes. Pero la literatura sustenta que la efectividad de éstos tiene relación con la satisfacción de los pacientes como resultado de la calidad de atención que reciben.

Por ello evaluar la calidad de atención desde la perspectiva del usuario, brinda una visión amplia de las necesidades y expectativas de los pacientes y facilita la creación de estrategias correctas para el éxito del tratamiento (Sánchez, 2005).

Sumado a las razones anteriormente señaladas, la importancia de esta investigación radica además:

Como aporte teórico responde a las necesidades mundiales de conocer los datos en lugares poco estudiados. “Puesto que los indicadores de adherencia son sumamente preocupantes, en los países desarrollados, se requieren urgentemente datos sobre los países en desarrollo y los subgrupos importantes, como los adolescentes, los niños y las poblaciones marginales, para tener así una imagen completa de la magnitud del problema” (Informe de adherencia a los tratamientos a largo plazo, OMS y OPS, 2004).

En cuanto a la relevancia metodológica consideramos que la población objeto de estudio es la de mayor incidencia: “la prevalencia de deficiencias cognoscitivas y funcionales en los pacientes ancianos aumenta su riesgo de adherencia deficiente” (Quiroz, 2012).

Además, existe relación de las variables: “Una razón por las que se debería considerar la percepción de la calidad de atención como una medida importante de resultado del proceso asistencial es que hay trabajos que demuestran que la satisfacción es un buen predictor del cumplimiento del tratamiento por parte de los pacientes y de la adhesión a la consulta y al proveedor de servicios” (Guacaran y Moniz, 2009).

Como aporte institucional, este estudio contribuyó a conocer el nivel de calidad de atención que se viene prestando en el servicio local de salud de Ayapel y como se encuentran implicando sobre la adherencia terapéutica de los usuarios. Los resultados de esta investigación aportarán a la institución conocimientos sobre el real estado de la relación de estas variables en el programa del Hospital San Jorge, lo que permitirá realizar las recomendaciones pertinentes que debería hacer esta entidad de salud sobre esta situación particular.

Como relevancia social, la investigación ayudará a mejorar las dimensiones de calidad implicadas a la adherencia al tratamiento y así los usuarios recibirán mejor calidad de atención lo que los motivará adherirse al tratamiento y como consecuencia mejorara su estado de salud y se reducirán los riesgos de complicaciones.

Viabilidad

La presente investigación fue viable, porque contó con el apoyo institucional además de los recursos humanos, materiales y económicos, requeridos para la implementación, ejecución y sostenibilidad de misma.

Delimitaciones

La investigación se realizó en Municipio de Ayapel, departamento de Córdoba: Colombia, en el Hospital San Jorge, durante el mes de agosto del año 2015. Se aplicó una encuesta a los usuarios del programa de hipertensión arterial.

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO
Calidad de atención

El concepto de calidad proviene de la industria manufacturera y es de difícil definición por varias razones. Por un lado, además de ser un juicio de valor, es un término primario desde el punto de vista lógico; esto quiere decir que es un término utilizado para definir otros términos.

Por otro lado, presenta variaciones sincrónicas y diacrónicas en las distintas comunidades; cada grupo cultural, cada sociedad, tienen su propio concepto de calidad, íntimamente ligado a sus valores y costumbres. Este carácter dinámico del concepto obliga a su revisión continua y plantea una serie de problemas en lo que hace a su evaluación (Outomuro, 2003)

La calidad ha evolucionado en la misma medida de que han evolucionado las sociedades, las personas, los métodos de producción y distribución, el transporte, los medios de comunicación, la tecnología de la información y los mercados. Se ha transitado desde la típica inspección de siglo XIX, seguida de una fuerte vocación por el control estadístico, hasta los conceptos más recientes que tienen que ver con la calidad total y el mejoramiento continuo de la calidad (Avalos, 2009).

Debido a su carácter cambiante, el concepto de calidad ha ido evolucionando en el tiempo, por eso conviene hacer un breve repaso de la historia y conocer los distintos conceptos que grandes estudiosos han aportado.

Joseph Juran definió la calidad como la *Adecuación al uso*; es decir, la forma de adecuar las características de un producto al uso que le va a dar el consumidor. Se puede decir que es el promotor del aseguramiento de la calidad sobre el que sientan las bases para la calidad total.

Propuso una trilogía de calidad basada en:

Planificación de la calidad. Consiste en determinar las necesidades de los clientes y desarrollar los productos y actividades idóneos para satisfacerlas; hay que identificar a los clientes para determinar sus necesidades y tener en cuenta sus percepciones, que aunque parezcan irreales, para ellos son una realidad y por lo tanto, hay que tomarlas en serio.

Control de calidad. Consiste en evaluar el comportamiento real de la calidad, comparando los resultados obtenidos con los objetivos propuestos para luego, actuar reduciendo las diferencias.

Mejora de calidad. Establecer un plan anual con el objetivo de lograr un cambio ventajoso y permanente que conduzca a la mejora continua (Rico 2010).

Edwards Deming, estadístico considerado el padre de la calidad moderna, vivió la evolución de la calidad en Japón, planteó que la calidad se lograba cuando los costos disminuían al producirse menos errores, menos reproceso, mejor utilización de la maquinaria, del equipo y de los materiales, y menos demora en la fabricación y en la entrega. Su estrategia se basó en catorce puntos claves:

Crear un propósito de mejora del producto y del servicio. Adoptar una filosofía que elimine los niveles aceptados de errores. Suspender la dependencia de la inspección mediante el control del proceso. Terminar con la práctica de hacer negocio sobre la base del precio. (Homologación de los proveedores que genere confianza y fidelidad). Mejorar constantemente y para siempre el sistema de trabajo mediante la planificación y mediante la

aplicación de una metodología concreta en la producción. Aplicar métodos de entrenamiento en el trabajo. Adoptar un concepto de liderazgo que permita fomentar el trabajo en equipo y lograr una mayor productividad. Eliminar el miedo y fomentar la confianza para que todos trabajen con efectividad. Romper las barreras entre los departamentos. Todos forman parte del mismo equipo y deben trabajar en la misma dirección. Eliminar eslóganes y metas encaminadas a incrementar la productividad si no se proporcionan los medios adecuados para ello. Eliminar cuotas numéricas. Si la principal meta es la cantidad, la calidad se ve afectada. Eliminar las barreras que se encuentran entre el trabajador y el derecho a sentirse orgulloso de su trabajo. Instituir programas de formación para mejorarlas capacidades. Crear una estructura en la alta dirección que impulse los 13 puntos anteriores.

Todo esto se resume fácilmente en su ciclo PDCA de mejora continua, conocido Ciclo Deming, el cual consistía en Planificar (P), hacer lo que se planifica (D), medir y controlar lo que se hace (C), y actuar en consecuencia para mejorar los resultados (A), (Mejia y Amaya, 2011).



Figura 1: Ciclo de Deming

Por su parte, Philip Crosby (citado por Mejía y Amaya, 2011) dijo que la calidad es “ajustarse a las especificaciones”, porque el programa de 14 pasos llamado cero defectos y también que la calidad está basada en cuatro principios: la calidad es cumplir con los requisitos, el sistema de la calidad es la prevención, el estándar de realización es cero defectos, la medida de la calidad es el premio del incumplimiento.

La calidad puede ser específicamente cuantificada y utilizada para mejorar los resultados de la empresa; en consecuencia de estos principios, la administración a través de la calidad se convierte en una estrategia imprescindible. El énfasis se acentúa en la prevención y no en la inspección. La meta es el éxito del cliente mediante el cumplimiento de los requisitos a tiempo, desde la primera vez y todo el tiempo.

Por otro lado se encuentra “Avedis Donabedian” (Citado por Rico, 2010), el gran gurú del mundo sanitario, que divide la atención sanitaria en tres elementos fundamentales: Estructura, Proceso y Resultado.

Por estructura entiende desde la propia organización hasta los recursos de que dispone (tanto humanos como físicos y financieros). Por proceso entiende el conjunto de actividades que se realizan, por y para el paciente, así como la respuesta del paciente a esas actividades. Por resultado entiende los logros conseguidos tanto en el nivel de la salud, calidad de vida, conocimientos adquiridos del paciente o la población, como el grado de satisfacción con la atención recibida.

Las bases conceptuales y metodológicas sobre la calidad de la atención, publicadas en los ámbitos nacional e internacional durante los últimos 10 años, se han venido justificando en este modelo. El análisis de la calidad a partir de las tres dimensiones que propone Donabedian ha sido una contribución importante, pues permite medir

ordenadamente las variables ligadas a la calidad de los servicios de salud. Este esquema supone que los resultados realmente son consecuencia de la atención proporcionada, lo cual implica que no todos los resultados puedan ser fácil y exclusivamente imputables a los procesos, y no todos los procesos dependerán directa y unívocamente de la estructura (Ramírez, et al 1997)

La definición creada por este autor contempla que la calidad de atención en salud es la aplicación de la ciencia y la tecnología médica en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios para el usuario (Donabedian, 1990).

Además, gurú del mundo sanitario dimensiono la calidad en tres componentes:

Componente técnico. Consiste en que el prestador de servicios de salud debe poseer los conocimientos y habilidades que permitan realizar los procedimientos clínicos adecuados y oportunos de conformidad con las necesidades del usuario. Involucra la aplicación de la ciencia y de la tecnología en el manejo de un problema de una persona de forma que rinda el máximo beneficio sin aumentar con ello sus riesgos.

Componente interpersonal. Es la interacción social que ocurre entre el usuario y el prestador de servicios, la cual está basada en el postulado de que la relación entre las personas debe seguir las normas y valores sociales que gobiernan la interacción de los individuos en general. Estas normas están modificadas en parte por los dictados éticos de los profesionales y las expectativas y aspiraciones de cada persona individual.

Aspectos de confort, los cuales son todos aquellos elementos del entorno del usuario que le proporcionan una atención más confortable, involucra las características del lugar en que se proporciona el servicio; incluye las condiciones físicas, de limpieza, iluminación y

ventilación mínimas necesarias para que el usuario se sienta en un ambiente cómodo y privado (Suñol y Net).

Figura 2: Dimensiones de la calidad de atención en salud



La OMS define la calidad de atención en salud, como "el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos, y la máxima satisfacción del paciente con el proceso".

En Colombia se contempló la calidad como un atributo fundamental de la atención integral en salud que se le brinda a la población, a través de la ley 100 de 1993, la cual reglamenta el sistema de seguridad social en salud.

Más específicamente, el decreto 1011 de 2006 establece el sistema de garantía de la calidad en salud, bajo los principios de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad en la atención, que se deben considerar en la prestación de los servicios de salud a la población del país; y define la calidad de atención en salud: la provisión de servicios accesibles, equitativos, con un nivel profesional óptimo que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario (Kerguelen, 2008).

La ley 1438 de 2011 tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia atención primaria en salud permita la acción coordinada del estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país (Estrada y Ordonez, 2013).

El eje de calidad en la política de prestación de servicios se concibe como un elemento estratégico que se basa en dos principios fundamentales: el mejoramiento continuo de la calidad y la atención centrada en el usuario (Ministerio de la Protección social 2005).

Los valores de la Atención Primaria en Salud (APS) en pro de la salud para todos, requieren que los sistemas de salud pongan a las personas en el centro de la atención sanitaria (OMS 2008).

Por esa razón, es necesario adoptar un enfoque centrado en el usuario, donde el paciente sea lo primordial en todo momento desde la planeación, pasando por la implantación, hasta la evaluación de la prestación de servicios (Sánchez 2005).

Para lograr ese objetivo, son necesarios compromisos que deben comenzar en tener en cuenta las expectativas sobre la salud y la atención sanitaria de los ciudadanos y garantizar que su opinión y sus elecciones influyan de forma decisiva de la manera como se diseñan y funcionan los servicios de salud (OMS 2008).

Sin embargo, éste requiere del desarrollo de las habilidades necesarias de los administradores y profesionales de la salud, que centrados en el usuario, usen sus conocimientos especializados para mantener la calidad técnica de la atención, para

garantizar la seguridad del usuario y para enseñarle a este a tomar decisiones informadas (Sánchez, 2005).

El usuario es el experto en sus necesidades y sus preferencias guían desde el horario de atención hasta las técnicas de orientación y la toma de decisiones. Así la satisfacción del usuario es un indicador importante de la calidad de los servicios y es la clave para mejorar la calidad en salud.

Papel de los usuarios dentro del proceso de construcción de la calidad:

Los usuarios, colaboradores de la garantía de la calidad, contribuyen de tres formas: como definidores de calidad, es decir, como aquel elemento que a través de sus expectativas y necesidades define lo que debería estar incorporado dentro de la calidad. Como evaluadores de la calidad, a través de la información y retroalimentación provista del servicio. Como informadores de calidad, al ser facilitadores de difusión de sus experiencias y motivaciones.

Los usuarios como objetivos de garantía de calidad. Como coproductores de asistencia, esto es, cuando el paciente hace parte de su proceso de atención y autocuidado de la salud, a través de la preparación que los profesionales de la salud le han dado. Como vehículos de control, en la medida en que pueden ser capaces de controlar algunas actuaciones de sus médicos. El mismo autor es cuidadoso al abordar esta función, ya que podrían delegarse funciones para las cuales los usuarios no están preparados.

Los usuarios como reformadores de la atención médica. Pueden apoyar el cambio a través de la participación directa en la relación con su médico, el apoyo administrativo, ya sea de manera indirecta en la medida de que expresan sus percepciones frente a los procesos de atención, o de manera más directa actuando por medio de ligas o asociaciones

de consumidores. Como reguladores de mercados, en la medida en que tengan la capacidad e información para elegir quién les presta sus servicios (Kerguelen, 2008).

Evaluación de la calidad de atención

La evaluación de calidad se ha convertido en un área de conocimiento, apoyada en métodos y técnicas de las ciencias sociales, con dos vertientes: la evaluación desde la perspectiva de los profesionales y desde los usuarios, siendo la primera inicialmente más utilizada. La evaluación desde la perspectiva de los usuarios ha tomado relevancia desde las reformas del sector salud. Las estrategias para su evaluación se han apoyado básicamente en dos modelos: el de la satisfacción del usuario a partir del concepto de calidad propuesto por Donabedian, y desde el modelo de la discrepancia o desconfirmación propuesto por Parasuraman (Delgado et al, 2010).

Los autores de este último modelo diseñaron un cuestionario al que llamaron SERVQUAL, éste se convirtió en el instrumento más utilizados en el sector servicios para evaluar el nivel de calidad percibida por los clientes, además que es uno de los instrumentos más citados en la literatura sobre calidad y el que mayor atención ha recibido de autores de muy distintas disciplinas. Su estructura de 44 ítems, divididos en dos escalas de 22 ítems cada una, evalúa, por un lado, las expectativas sobre el servicio ideal y, por otro, las percepciones de los clientes del servicio que han recibido.

SERVQUAL se basa en la idea de que la calidad vista por el cliente es el resultado de la diferencia entre expectativas y percepciones, el denominado “paradigma de la desconfirmación” que hasta la fecha es la teoría con mayor solidez (Parasuraman, Zeithaml y Berry, citado por Mila et al 1998).

Sin embargo, pese al gran interés que ha despertado este instrumento, no está exento de ciertos problemas metodológicos. Por ejemplo, no se ha podido corroborar la estructura de cinco factores sugerida por sus autores; la escala de expectativas no ha demostrado suficiente validez predictiva, la versión ponderada no ha supuesto ventaja metodológica alguna y se ha demostrado que la escala de percepciones parece reunir mayor validez discriminante y mayor capacidad predictiva que la puntuación SERVQUAL, calculada a partir de la diferencia entre expectativas y percepciones (Mila et al 1998)

Siendo conscientes de estos problemas, Parasuraman, Zeithaml y Berry sugirieron diferentes alternativas a su cuestionario, con la intención de superar las principales críticas y dentro de estas formas alternativas de respuesta propusieron combinar expectativas y percepciones en la misma escala.

Y a partir de entonces, muchos autores han validado instrumentos de medición de la calidad de atención basados en la anterior metodología. Tal es el caso de Mira et al (1998), quienes adoptan el nuevo formato de respuesta sugerido por Parasuraman, Zeithaml y Berry, para superar las dificultades metodológicas del cuestionario original y crearon el SERVQHOS, versión que construyeron específicamente para ser utilizada como encuesta de posthospitalización en países de habla española.

Adherencia terapéutica en la hipertensión arterial

Aunque la mayor parte de las investigaciones se centra en la adherencia a la medicación, la adherencia terapéutica abarca numerosos comportamientos relacionados con la salud que sobrepasan el hecho de tomar las preparaciones farmacéuticas prescritas.

Los participantes en la reunión sobre Adherencia Terapéutica de la OMS, en junio de 2001, llegaron a la conclusión de que definir la adherencia terapéutica como “el grado en

que el paciente sigue las instrucciones médicas” era un punto de partida útil. Sin embargo, se pensó que el término “médico” era insuficiente para describir la variedad de intervenciones empleadas para tratar las enfermedades crónicas. Además la palabra “instrucciones” implica que el paciente es un receptor pasivo, que consiente el asesoramiento experto, en contraposición con un colaborador activo en el proceso de tratamiento.

En particular, durante la reunión reconocieron que la adherencia terapéutica de cualquier régimen refleja el comportamiento de un tipo u otro: Buscar atención médica, conseguir el medicamento recetado, tomar la medicación apropiadamente, vacunarse, cumplir las consultas de seguimiento y ejecutar las modificaciones en los comportamientos que abordan la higiene personal, el autocuidado, el régimen alimentario adecuado y la actividad física, son todos ejemplos de comportamientos terapéuticos.

El proyecto sobre adherencia terapéutica ha adoptado la siguiente definición: “Grado en que el comportamiento de una persona para tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida, corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria” (Informe sobre adherencia terapéutica, OMS, 2004).

No obstante, esta forma de entender la adherencia no ha trascendido completamente a los servicios de salud que trabajan con la población hipertensa, en los que se sigue considerando la adherencia únicamente como la toma de medicamentos y la asistencia a citas médicas, y por tanto, sigue interviniéndose de esta manera.

La deficiente adherencia al tratamiento puede adoptar diversas formas: dificultades para iniciar el tratamiento, suspensión prematura o abandono, cumplimiento incompleto o insuficiente de las indicaciones (errores de omisión, de dosis, de tiempo, de propósito -

equivocación en el uso de uno u otro medicamento), inasistencia a consultas e interconsultas, ausencia de modificación de hábitos y estilos de vida, automedicación, entre otros. La importancia del problema de la adherencia al tratamiento está dada por las repercusiones que tiene desde el punto de vista clínico, económico y psicosocial; además de su efecto en la calidad de la atención, la relación médico-paciente, entre otros. La interrupción o abandono de una terapia encarece al menos en 20% los costos de la salud pública e incrementa el uso de recursos hospitalarios. Según el esquema propuesto por el Joint Commission on Accreditation of Health care Organizations (Jcaho), la adherencia al tratamiento es uno de los componentes básicos de la aceptabilidad de la asistencia, una de las dimensiones de la calidad. De igual manera, aumenta la insatisfacción y deterioro de la relación médico-paciente, incrementa la frustración del paciente y del médico y conlleva a diagnósticos incorrectos y a tratamientos innecesarios (DiMatteo et al, 2002; Schmidt et al, 2006, citado por Varela 2010).

Según las estadísticas, han valorado que la adherencia terapéutica deficiente es un problema de salud pública mundial; en los países desarrollados, la adherencia terapéutica en pacientes que padecen enfermedades crónicas promedia solo 50%. Se supone que la magnitud y la repercusión de la adherencia terapéutica deficiente en los países en desarrollo son aún mayores, dada la escasez de recursos sanitarios y las inequidades en el acceso a la atención de salud (Informe sobre adherencia terapéutica, OMS, 2004).

A pesar de la disponibilidad de tratamientos eficaces, los estudios revelan que, en muchos países, menos de 25% de los pacientes tratados por hipertensión logran una presión arterial óptima. Por ejemplo, en China, Gambia y las Islas Seychelles, solo 43, 27 y 26%, respectivamente, de los pacientes con hipertensión arterial se adhieren a su régimen de medicación antihipertensiva. En los países desarrollados, como los Estados Unidos, solo

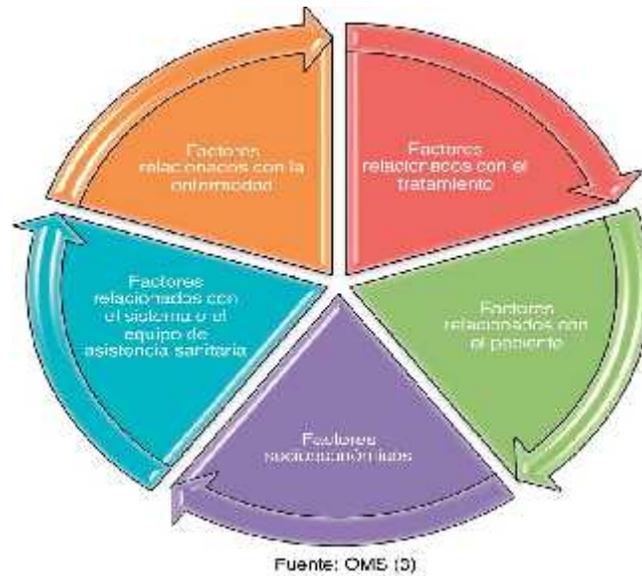
51% de los tratados por hipertensión se adhieren al tratamiento prescrito. En Australia, solo 43% de los pacientes con asma toma su medicación según lo prescrito todo el tiempo y solo 28% emplea la medicación preventiva prescrita. La adherencia deficiente se ha identificado como la causa principal de la falta de control de la hipertensión. En un estudio, los pacientes que no se adhirieron al tratamiento con betabloqueantes presentaron 4,5 veces más probabilidades de tener complicaciones de la cardiopatía coronaria que los que sí lo hicieron. El mejor cálculo disponible es que la adherencia deficiente al tratamiento contribuye a la falta de buen control de la presión arterial en más de dos tercios de los hipertensos. Esto representa un desafío extraordinario para las campañas de salud poblacional, en las cuales el éxito se determina principalmente por la adherencia a los tratamientos a largo plazo.

El modelo de “campo de salud” de Lalonde identifica cuatro segmentos para explicar los niveles de salud y el accionar sanitario sobre estos: la biología humana, los estilos de vida, el medio ambiente y la organización de los servicios de salud (Lalonde 1974, citado por Martin, 2009).

La concepción sobre los determinantes de la salud ha sido reflejada en la literatura revisada sobre el tema de la adherencia terapéutica.

La OMS plantea en su informe sobre adherencia terapéutica (2004) que son cinco las dimensiones que influyen sobre la adherencia, las cuales están integradas por la acción recíproca de un conjunto de factores que afectan la capacidad de las personas de adherirse a su tratamiento. Estas son:

Figura 3: Dimensiones de la adherencia terapéutica



- Factores socio-económicos y demográficos
- Factores relacionados con la enfermedad
- Factores relacionados con el tratamiento
- Factores del sistema y equipo de asistencia sanitaria
- Factores relacionados con el paciente

Factores socioeconómicos. Se atribuye un efecto considerable sobre la adherencia a factores como el estado socioeconómico deficiente, pobreza, analfabetismo, bajo nivel educativo, falta de redes de apoyo social, condiciones de vida inestable, lejanía del centro de tratamiento, costo elevado del transporte, alto costo de los medicamentos, disfunción familiar, cultura y creencias populares acerca de la enfermedad y del tratamiento; los cuales de manera conjunta actúan negativamente sobre la adherencia terapéutica en personas con procesos crónicos como los cardiovasculares.

Por el contrario, se ha informado que las organizaciones comunitarias, la educación de los pacientes analfabetos, la evaluación de las necesidades sociales y el estado de

preparación de la familia son intervenciones sociales efectivas para mejorar la adherencia terapéutica (Informe sobre adherencia terapéutica, OMS 2004).

Factores relacionados con los sistemas de salud. La responsabilidad de la adherencia terapéutica debe compartirse entre el prestador de asistencia sanitaria, el paciente y el sistema de atención en salud; de hecho, las buenas relaciones entre los pacientes y sus prestadores de asistencia sanitaria son imperativas para la buena adherencia. La actitud y asistencia empática y moralmente neutra, la pronta disponibilidad, la buena calidad de la comunicación y la interacción son algunos de los atributos importantes de los profesionales de asistencia sanitaria, que han demostrado ser determinantes de la adherencia de los pacientes.

Factores relacionados con la enfermedad y condición de salud del paciente. Estos factores constituyen exigencias particulares que enfrenta el paciente; algunos determinantes son los relacionados con la gravedad de los síntomas, el grado de la discapacidad (física, psicológica y social), la velocidad de progresión y la gravedad de la enfermedad.

Su repercusión depende de cuánto influyen en la percepción del paciente y en la prioridad asignada a la adherencia terapéutica.

Factores relacionados con la terapia. Estos factores se asocian al cumplimiento de las citas por parte del paciente, así como al cumplimiento de los diversos tratamientos. Hace énfasis en la posibilidad de seguir las indicaciones relacionadas con los medicamentos, las dietas, los ejercicios y hábitos saludables en general.

Factores relacionados con el paciente. Estos factores representan el conocimiento, las actitudes, las creencias, las percepciones y las expectativas del paciente. El conocimiento y las creencias del paciente acerca de su enfermedad, la motivación para tratarla, la confianza en su capacidad para involucrarse en comportamientos terapéuticos y

las expectativas con respecto al resultado del tratamiento interactúan de un modo todavía no plenamente comprendido para influir sobre el comportamiento de adherencia.

Algunos de los factores relacionados con el paciente que actúan sobre la adherencia terapéutica son el olvido, el estrés psicosocial, la angustia por los posibles efectos adversos, la baja motivación, el conocimiento y la habilidad inadecuados para controlar los síntomas de la enfermedad y el tratamiento, el no percibir la necesidad de tratamiento, las creencias negativas con respecto a la efectividad del tratamiento, el entender mal y no aceptar la enfermedad, la incredulidad en el diagnóstico, el entender mal las instrucciones del tratamiento, la falta de aceptación del monitoreo, las bajas expectativas de tratamiento, la inadecuada asistencia a los controles de seguimiento, los sentimientos y el sentirse estigmatizado por la enfermedad (OMS, 2004; Zambrano, et al, 2011).

Rol de la psicología de la salud en el fenómeno de la adherencia terapéutica:

Pese a que el fenómeno de la adherencia terapéutica involucra a todos los profesionales de la salud, la psicología de la salud proporciona un cuerpo de teorías y modelos conceptuales que han demostrado ser útiles para el pronóstico e intervención sobre la conducta de adherencia. Por ejemplo, la teoría social cognitiva, la teoría de la acción razonada, el modelo de creencias en salud, el modelo transteórico y el modelo de información-motivación-habilidades conductuales.

Teoría Social Cognitiva. Sugiere que cualquier cambio de conducta (por ejemplo, volverse adherente) se fundamenta sobre la creencia de que una persona puede alcanzar exitosamente la conducta deseada. Esta creencia en la habilidad o capacidad de alcanzar lo deseado se denomina autoeficacia percibida. De acuerdo con la teoría, esta creencia es esencial para predecir la conducta de adherencia, aun cuando otros predictores están presentes. Es así como una persona puede sentirse vulnerable ante una enfermedad,

entender y conocer cuáles son los comportamientos específicos que requiere el tratamiento, creer que la adopción de tal conducta saludable disminuirá la probabilidad de enfermarse y tener apoyo social. Sin embargo, si la persona no está convencida de que tiene la habilidad para ejecutar la conducta, es poco probable que la lleve a cabo. Esta teoría ha sido probada con pacientes diabéticos, informándose que para afrontar efectivamente las demandas conductuales impuestas por el tratamiento, se requiere un buen sentido de autoeficacia. Asimismo, un estudio efectuado por Anderson, indica que la autoeficacia es una variable que puede conducir a mejorar el control de las glicemias de los pacientes. Además, señala que esta variable correlaciona positivamente con las conductas de salud deseadas en el tratamiento de la diabetes. Finalmente, se informa que la variable autoeficacia, incrementa la habilidad del paciente para guiar su tratamiento, de modo independiente al equipo médico, lo que a su vez podría conllevar menos visitas a los centros de salud.

Teoría de la Acción Razonada. Relaciona las creencias, actitudes, intenciones y conducta. Señala específicamente que el mejor predictor de la conducta es la intención de llevarla a cabo. A su vez, la intención es predicha por la actitud hacia ejecutar tal conducta y factores sociales, tales como la percepción que los sujetos significativos para el paciente tienen acerca de tal conducta. Tomando en consideración lo sugerido por la teoría, se podría predecir con mayor exactitud que una persona se involucre en conductas saludables indagando sobre la intención que tenga de realizarlas.

Modelo de Creencias en Salud. Integra teorías cognitivas y conductuales para explicar por qué la gente falla en adherir a conductas saludables, considerando el impacto de las consecuencias y expectativas relacionadas con la conducta. Específicamente, la probabilidad que una persona adopte o mantenga una conducta para prevenir o controlar una enfermedad dependerá del (a) grado de motivación e información que tenga sobre su

salud, (b) autopercepción como potencialmente vulnerable ante la enfermedad, (c) percibir la condición como amenazante, (d) estar convencido que la intervención o tratamiento es eficaz y (e) percepción de poca dificultad en la puesta en marcha de la conducta de salud

Modelo transteórico. Propone etapas de cambio para explicar la adquisición de conductas saludables o la reducción de conductas de riesgo. Se distingue cinco etapas diferentes para el cambio: 1) Precontemplación (el individuo no tiene intención para cambiar en el corto plazo, usualmente medido en los próximos 6 meses); 2) Contemplación (el sujeto no está preparado para tomar acciones en el presente, pero podría intentarlo en el corto plazo de aquí a 6 meses); 3) Preparación (el individuo está considerando activamente cambiar su conducta en el futuro inmediato, dentro del próximo mes); 4) Acción (el sujeto ha hecho un cambio en el pasado reciente, pero este cambio no está bien establecido); 5) Mantenimiento (se ha cambiado la conducta por más de 6 meses y se está activamente involucrado para sostenerla). De acuerdo con este modelo es posible predecir que los pacientes con alguna enfermedad crónica que se encuentren en las etapas de acción (acción y mantenimiento) en contraposición de aquellos que se encuentren en las etapas de preacción (precontemplación, contemplación y preparación) ingieran menos alimentos hipercalóricos, coman durante el día más frutas y vegetales, hayan tenido más visitas al médico, así como también hayan fumado menos, presenten menos problemas psicológicos, etc.

Modelo de Información-Motivación-Habilidades Conductuales. Sometido a rigurosa investigación empírica, tanto en estudios prospectivos como correlacionales, este modelo demuestra que en conjunto la información, la motivación y las habilidades conductuales explican 33% de la varianza del cambio conductual. Específicamente, demuestra que la información es un prerrequisito, pero por sí sola no es suficiente para alterar la conducta.

Además provee evidencia de que la motivación y las habilidades conductuales son determinantes críticos que son independientes del cambio conductual. La información y la motivación afectarían la conducta por medio de las habilidades conductuales. Sin embargo, cuando las habilidades conductuales son familiares o no complicadas, la información y la motivación pueden actuar directamente sobre la conducta. En este caso, un paciente puede seguir una prescripción basada sobre la información entregada por el médico. En el modelo, la relación entre motivación e información es débil. Sin embargo, la presencia de ambos aumenta el poder predictivo del modelo (Ortiz y Ortiz, 2006).

Hipertensión arterial

Los vasos sanguíneos llevan la sangre desde el corazón hasta todo el organismo; cada vez que el corazón late, bombea sangre a los vasos; la tensión arterial es producto de la fuerza con que la sangre presiona contra las paredes de los vasos sanguíneos (arterias) en la medida de que es bombeada por el corazón.

La hipertensión es una afección en la cual la presión en los vasos sanguíneos es continuamente alta. Cuanta más alta es la tensión arterial, más tiene que trabajar el corazón para bombear la sangre.

La tensión arterial se mide en milímetros de mercurio (mm Hg) y se registra en forma de dos números separados por una barra. El primero corresponde a la tensión arterial sistólica, la más alta, se produce cuando el corazón se contrae; el segundo corresponde a la tensión arterial diastólica, la más baja, se produce cuando el músculo cardíaco se relaja entre un latido y otro. La tensión arterial normal en un adulto se define como una tensión sistólica de 120 mm Hg y una tensión diastólica de 80 mm Hg.

La hipertensión se define como una tensión sistólica igual o superior a 140 mm Hg y una tensión diastólica igual o superior a 90 mm Hg. Los niveles normales de ambas, sistólica y diastólica, son particularmente importantes para el funcionamiento eficiente de órganos vitales: el corazón, el cerebro o los riñones, y para la salud y el bienestar en general (Informe sobre la hipertensión en el mundo, OMS 2013).

Este síndrome incluye no solo la elevación de las cifras de presión arterial, sino se asocia con factores de riesgo cardiovascular de tipo modificable y no modificable. Se trata además de una enfermedad crónica que generalmente cursa asintomática y después de 10 a 20 años ocasiona daños significativos en los denominados “órgano blanco” u órganos con mayor riesgo de verse afectados por la enfermedad (MPS Colombia, Resolución 4003 de 2008).

La hipertensión arterial (HTA) es un problema de salud pública mundial; afecta aproximadamente a mil millones de personas y se ubica como la tercera causa de años de vida potencialmente perdidos- ajustados por discapacidad (Casas, Chavarro y Cardona, 2012).

Si no se controla, la hipertensión puede provocar infarto de miocardio, hipertrofia ventricular y, finalmente, insuficiencia cardíaca. En los vasos sanguíneos, la presión alta puede provocar dilataciones (aneurismas) y zonas de debilidad en la pared vascular, lo que aumenta las probabilidades de obstrucción y rotura. La presión en los vasos sanguíneos también puede causar fugas de sangre hacia el cerebro y esto puede causar accidentes cerebrovasculares. Además, la hipertensión puede causar insuficiencia renal, ceguera, rotura de los vasos sanguíneos y deterioro cognitivo (Informe sobre la hipertensión en el mundo, OMS 2013).

Se dice que este síndrome incrementa entre tres y cuatro veces el riesgo de cardiopatía isquémica, y entre dos y tres veces el riesgo cardiovascular general. La incidencia del accidente cerebrovascular (ACV) aumenta entre tres y ocho veces según el tipo de HTA. Se estima que el 40% de los casos de infarto agudo de miocardio o de ACV son atribuibles a la HTA. A esta se asocia igualmente un mayor riesgo de insuficiencia cardiaca, insuficiencia renal y demencia. Según los National Institutes of Health –NIH–, la comorbilidad de la HTA genera discapacidades que deterioran, no solo la calidad de vida de los individuos, sino también de las familias (Citado por Casas, Chavarro y Cardona, 2012).

De acuerdo con la Sociedad Europea de Hipertensión y de la Sociedad Europea de Cardiología, los criterios de clasificación de los pacientes con este diagnóstico se establecen según la magnitud de las cifras de presión arterial, tanto la sistólica como la diastólica, los hipertensos se clasifican en tres (3) estadios:

Tabla 1. Clasificación de la hipertensión arterial

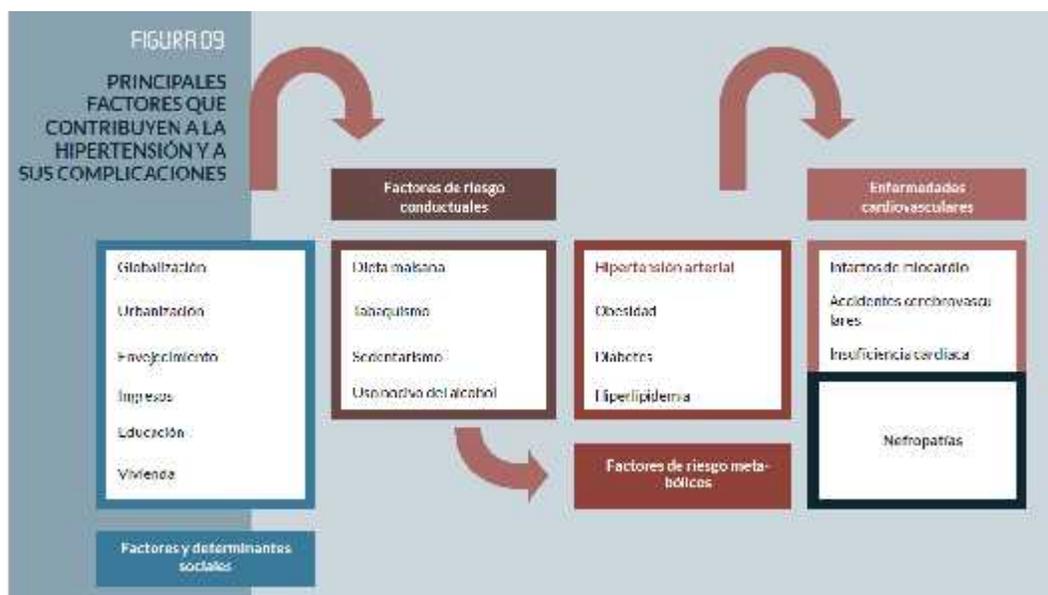
Clasificación de la Hipertensión arterial			
Sociedad Europea de Hipertensión y Sociedad Europea de Cardiología			
Nivel de Presión Arterial (mmHg)			
Categoría	Sistólica		Diastólica
Optima	< 120	y	< 80
Normal	120-129	y/o	80-84
Normal Alta	130-139	y/o	85-89
Hipertensión Arterial			
Hipertensión Grado 1	140-159	y/o	90-99
Hipertensión Grado 2	160-179	y/o	100-109
Hipertensión Grado 3	≥180	y/o	≥110
Hipertensión sistólica aislada	≥140	y	< 90

Los factores de riesgo relacionados con la HTA son numerosos, los más destacados son: el consumo de alimentos que contienen demasiada sal y grasa, la ingesta insuficientes de frutas y hortalizas, el uso nocivo del alcohol, el sedentarismo y la falta de ejercicio

físico, el mal control del estrés, las condiciones de vida y trabajo de las personas influyen sobremanera en estos factores de riesgo conductuales.

Además, existen algunos factores metabólicos que aumentan el riesgo de enfermedad cardiovascular, accidente cerebrovascular, insuficiencia renal y otras complicaciones de la hipertensión, como la diabetes, la hipercolesterolemia y el sobrepeso o la obesidad. El consumo de tabaco y la hipertensión interactúan para aumentar aún más la probabilidad de padecer enfermedad cardiovascular (Informe sobre la hipertensión en el mundo, OMS 2013).

Figura 4: Factores relacionados con la Hipertensión arterial



Por eso, al programarse un esquema de manejo integral, no solamente las cifras de presión arterial, sino también el estado de los factores de riesgo y especialmente aquellos de tipo modificable.

Una vez confirmada la hipertensión arterial (HTA), se debe proceder a inscribir al paciente en una programa de control o seguimiento continuo en el nivel I de atención, que

se enfoque en la educación para la modificación de estilos de vida y en la información continua para favorecer la adherencia al tratamiento que se instaure (MPS Colombia, Resolución 4003, de 2008).

La prevención y el control de la hipertensión exigen voluntad política de los gobiernos y las instancias normativas. El personal sanitario, los investigadores, la sociedad civil, el sector privado, las familias y los individuos también deben contribuir. Solo con este esfuerzo mancomunado se logrará aprovechar la tecnología diagnóstica y los tratamientos disponibles para prevenir y controlar la hipertensión; de ese modo retrasar o prevenir sus complicaciones potencialmente mortales (Informe sobre la hipertensión en el mundo, OMS 2013).

Programa de control de hipertensión arterial

En Colombia, la resolución 4003 de 2008 plantea las actividades para la atención y seguimiento de la hipertensión arterial.

Basada en la metodología expuesta por el ministerio de protección social, todas las instituciones de salud de país que prestan servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, diseñaron su programa de control de hipertensión arterial.

Dicho programa se encarga de captar a todos aquellos pacientes (adulto mayor) diagnosticados como hipertenso en la consulta médica, posteriormente se clasifican según el cuadro de la sociedad europea de hipertensión y se le otorga un grado de hipertensión.

Todos los pacientes pertenecientes a este programa les realizan de entrada un batería de exámenes de laboratorio clínico, les indagan sobre el estado de los factores asociados a la hipertensión arterial y solo teniendo un cuadro completo se implementa un sistema de tratamiento personalizado, que tiene en cuenta no solo la cifra de presión arterial sino también el estado de los factores modificables.

El control se realiza de manera mensual y consta de atención por enfermeras, consulta médica básica y especializada (esta última cada 6 meses por el médico internista y anual por la nutricionista), exámenes de laboratorio que incluye los analitos (Hemograma, Colesterol total, Hdl, Vldl, Triglicéridos, Creatinina), formulación y entrega de medicamentos, plan de tratamiento de factores modificables (actividad física y dieta).

Para ello se les entrega una ficha de control que contiene sus datos personales y las fechas de su próximo control (programa de control de hipertensión arterial, Hospital San Jorge Ayapel)

Marco filosófico según la Biblia

Desde el principio del mundo, el hombre ha tratado de mejorar la calidad de las cosas que hace, como reflejo de la perfección de su creador, imagen del cual fue creado.

En Eclesiastés 9:10 dice: “Y todo lo que esté en tu mano hacer, hazlo con todo empeño; porque en el sepulcro, que es donde irás a parar, no se hace nada ni se piensa nada, ni hay conocimientos ni sabiduría”

Aunque la Biblia no contiene la palabra calidad, ni adherencia terapéutica hay muchos versículos como el anterior que dan entender que para Dios es importante que las cosas que se hagan se ejecuten con empeño (calidad).

Desde la creación, Dios ha mostrado que la calidad hace parte de todo lo que él hace, el registro bíblico dice en Génesis “y vio Dios que todo era bueno en gran manera”.

Además que también deja ver que debe darse a cada autoridad su lugar, haciendo lo que ella demande. Como el acto médico de formular un tratamiento es de una autoridad,

acatarlo e implementarlo es, por consiguiente, un acto de obediencia, siempre y cuando no vaya en contra de la salud sino en pro de ella.

Marco conceptual

Usuario. Es usuario de un servicio de salud toda persona física que adquiera el derecho a utilizar bienes o servicios de salud. Se entiende por paciente a toda persona que recibe atención de la salud, o en su defecto sus familiares, cuando su presencia y actos se vinculen a la atención de aquellas.

Atención en salud. Conjunto de servicios que se prestan a un usuario en el marco de los procesos del aseguramiento así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación prestadas a toda la población en Colombia.

Percepción de la calidad de los servicios de salud. Expresiones de valor, adherencia y satisfacción del usuario ante los servicios de salud recibidos.

Atención Primaria en salud “APS”. Es el cuidado esencial de la salud, basado en métodos y tecnologías prácticas científicamente apropiadas y socialmente aceptables, accesible a los individuos y familias de la comunidad, a través de su participación y a un costo sufragable. Es el primer nivel de contacto (lo más cercano posible) con el Sistema de Salud y su primer elemento del cuidado continuo de la salud y es la función central y foco del Sistema Nacional de Salud y del desarrollo socioeconómico de la comunidad

Accesibilidad. Se refiere a las barreras o facilitadores para acceder a un servicio, con dominios y factores geográficos, culturales, económicos, administrativos, operativos, normativos, entre otros.

Oportunidad. Es la percepción de tiempo de espera, desde que llega a la institución (día y hora para una cita) o desde que se aprueba la elegibilidad para atención sin cita previa o, desde que se llega a urgencias y, en cualquiera de las opciones ocurre la resolución del motivo de consulta.

Efectividad. Son los factores percibidos por los usuarios como claves para satisfacer necesidades de atención con servicios generales, electivos especializados o de urgencias, la bondad clínica de las intervenciones, cumplir expectativas y mantener o recuperar la salud

Estético. Son los factores relacionados con el aseo de la institución; la apariencia de la infraestructura de la institución, el estándar de hotelería, la salas de espera, sillas, camillas, etc.

Empatía. Corresponde a los factores relacionados con la comunicación, amabilidad trato, disposición e interés del equipo de salud hacia sus usuarios.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

El presente estudio fue de tipo descriptivo, correlacional. Descriptivo, porque identificó el nivel de calidad de atención desde la percepción de los usuarios e identificó el nivel de adherencia terapéutica de estos pacientes, mostrando de forma natural como se presentaron estas variables. Correlacional, porque determinó la relación existente entre las dos variables en estudio.

Diseño de investigación

Fue un diseño no experimental, porque no se manipuló intencionalmente la variable independiente. De corte transversal, porque la información fue recolectada en un único tiempo.

Población y muestra

La población estuvo conformada por 204 usuarios del programa de hipertensión arterial del Hospital San Jorge de Ayapel, Colombia. La muestra fue no probabilística (con uso de la fórmula probabilística para representatividad) y el muestreo simple no aleatorio

La muestra fue de 134 pacientes que asistieron al control de hipertensión en la institución durante el mes de agosto y que cumplieron los criterios de inclusión.

Selección de los elementos de la muestra

La selección de los elementos de la muestra se realizó por muestreo no aleatorio, de forma no probabilística.

Tamaño de la muestra

Se utilizó la fórmula para poblaciones finitas, a fin de cuidar que la muestra sea representativa.

$$N_0 = \frac{Npqz^2}{(N-1)d^2 + z^2pq} = 285$$

Donde:

N: Tamaño de la población, en este caso 204 usuarios

P: Proporción de la población que presenta la característica, en este caso (0,50)

q: Proporción de la población que no presenta la característica, en este caso (0,50)

Z: Distribución normal inversa, equivale a 1,96

d: Error de estimación, equivale a 0,04

Como el factor de corrección para poblaciones finitas es mayor que 0,10, entonces se corrige el tamaño de la muestra utilizando la siguiente formula

$$N = \frac{n_0}{\frac{1+n_0}{N}} = \frac{285}{\frac{1+285}{204}} = \mathbf{130}$$

La muestra para esta investigación fue de 130 usuarios a encuestar

Criterios de inclusión

Pacientes hipertensos que pertenecen al programa de control del Hospital san Jorge de Ayapel, usuarios que aceptaron participar voluntariamente en el presente estudios, usuarios que diligenciaron completamente las encuestas aplicadas, usuarios que tenían más de un año de haberse inscripto en el Programa.

Criterios de exclusión

Pacientes que no tenían diagnóstico de hipertensión, usuarios que no aceptaron participar voluntariamente en el presente estudios, usuarios que no diligenciaron completamente las encuestas aplicadas, usuarios que no tenían más de un año de haberse inscripto en el Programa.

Consideraciones éticas

Para el desarrollo de la investigación, el Hospital San Jorge Ayapel dio el permiso y la autorización para recolectarse las encuestas. La integridad de los pacientes se respetó y no se pidió los nombres. Así mismos las personas que tenían acceso a la información se comprometieron a guardar confidencialidad.

Definición y operacionalización de variables

Variable dependiente

Adherencia terapéutica. Es el grado de comportamiento de una persona para tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria.

Variable independiente

Calidad de atención Percibida. Consiste en la imagen o el concepto de la calidad de un servicio que tienen sus usuarios, se traduce en la satisfacción del mismo.

Tabla 2. Operacionalización de variables

VARIABLE	DIMENSION	INDICADORES	ITEMS	VALOR	INSTRUMENTO
CALIDAD DE ATENCION	Accesibilidad	Tramites	1.El trámite que hizo para ser atendido(a) en la institución, le pareció:	1. Muy complicado 2. complicado 3. Ni complicado ni sencillo 4. sencillo 5. Muy sencillo	Instrumento Pecasuss. Udea (2010) Adaptado por la investigadora
		Costos	2. Si tuvo que pagar algo para ser atendido(a), este pago le pareció: (si no tuvo que pagar, pase a la 13)	1. muy malo 2. malo 3. Regular 4. buena 5. muy buena	
	Oportunidad	Tiempos	4.Este tiempo que tuvo que esperar hasta que lo(a) atendieron, le pareció:	1. muy largo 2. largo 3. ni largo ni corto 4. corto 5. muy corto	
	Efectividad	Valoración medica	5.La valoración médica que le realizaron en su control le pareció:	1. muy malo 2. malo 3. Regular 4. buena 5. muy buena	
		Solución o tratamiento	6.La solución o tratamiento que le dieron a la necesidad de salud, le pareció:		
		Habilidades del personal	7.Los conocimientos y habilidades de los profesionales para solucionar su necesidad de salud le pareció:	1. muy pocas 2. Pocas 3. ni pocas ni muchas 4. muchas 5. demasiadas	
		Orientación sobre cuidados	8.La orientación que recibió en la institución para efectuar cuidados de su salud en casa le pareció:	1. muy insuficiente 2. insuficiente 3. ni insuficiente ni suficiente 4. suficiente 5. muy suficiente	
		Explicación del procedimiento	9. La explicación con respecto al procedimiento (examen) que le realizaron, le pareció:		
	Estéticas	Aseo	10.El aseo de la institución le pareció:	1. muy malo 2. malo 3. ni malo ni bueno 4. bueno 5. muy bueno	
		Comodidad	11.Las salas de espera, la silletería, las camillas, si las vio o las usó, le parecieron:	1. muy incómodas 2. incómodas 3. ni incómodas ni cómodas 4. cómodas 5. muy cómodas	
	Empatía	Trato	12.El trato que le dieron secretarias, auxiliares y cualquier otro personal administrativo le pareció:	1. muy malo 2. malo 3. ni malo ni bueno 4. bueno 5. muy bueno	
			13.El trato que recibió de médicos, enfermeras, bacteriólogos y cualquier otro profesional de salud, le pareció:		

		Respuestas	14.Las respuestas del personal de la institución ante sus inquietudes o preguntas le parecieron:	1. muy insuficiente 2. insuficiente 3. ni insuficiente ni suficiente 4. suficiente 5. muy suficiente	
		Disposición	15.La disposición e interés de los funcionarios de la institución ante su necesidad de atención fue:	1. muy mala 2. Mala 3. ni mala ni buena 4. buena 5. muy buena	
	Satisfacción	calidad	16. Desde cero (pésimo) hasta cinco (excelente), con cuanto calificaría la calidad del servicio recibido?	Medicina _____ Laboratorio clínico _____ Enfermería _____ Farmacia _____ Secretaria(o) _____ Porteros _____ Auxiliares _____	
		Satisfacción General	17. La atención recibida en la institución lo dejó en general.	1. muy insatisfecho 2. Insatisfecho 3. ni insatisfecho ni satisfecho 4. Satisfecho 5. muy satisfecho	
ADHERENCIA TERAPÉUTICA	Factores Socio-económicos	Recursos	20.¿Cuenta con los recursos económicos para trasladarse a la Hospital y asistir a su cita de control?	1.Nunca 2.Casi nunca 3.A veces 4.Siempre 5.Casi siempre	En base al instrumento de Quiroz (2012) y Zambrano, et al (2012)
			21.¿Puede costearse los medicamentos en caso de no suministrarlos el control?		
			22. Los alto costo de los alimentos recomendados en la dieta se le dificultan?		
	Apoyo	23.¿Cuenta con el apoyo de su familia o allegados para permanecer en el control?			
	Factores relacionados con el sistema de salud	Atención integral	24.¿Recibe la atención necesaria de las diferentes áreas (valoración médica - Exámenes de laboratorio – Suministro de medicamentos) para cumplir satisfactoriamente su control?		
		Interés	25.¿El personal que lo atiende se preocupa por su permanencia en el control y el mejoramiento de su salud?		
Claridad de Explicaciones		26.¿Le expresan de forma clara y oportuna la información sobre su estado de salud, tratamiento, forma correcta de tomarlo (dosis y horarios)?			

	Frecuencia de Citas	27.¿La frecuencia de las citas de control son adecuadas para su estado de salud?
Factores relacionados con el Tratamiento	Complejidad del tratamiento	28.¿Considera complejo el tratamiento ordenado (cantidad de medicamento-horarios-duración del tratamiento)?
	Efectividad del Tratamiento	29.¿los medicamentos ordenados han sido efectivos y ha visto mejoría en su estado de salud?
	Efectos adversos	30.¿Ha presentado efectos adversos (negativos), en su tratamiento?
	Adaptación a hábitos	31.¿Ha podido adaptarse a los cambios de hábitos (Actividad física-alimentación) para mejorar su salud?
Factores relacionados con el Paciente	Motivación	32.¿Se mantiene motivado y pendiente de asistir a sus citas de control?
	Aceptación	33.¿Le da temor, ansiedad o nostalgia aceptar su diagnóstico?
	Percepción Positiva del tratamiento	34.¿Reconoce la necesidad del tratamiento para el mejoramiento de su estado de salud?
	Creencias	35.¿Sus creencias influyen en la permanencia y cumplimiento de las indicaciones ordenadas en su control?
	Negligencia	36.¿Se le ha olvidado tomarse los medicamentos de su tratamiento?
Factores relacionados con la Enfermedad	Riesgos	37.¿ Le preocupan los altos riesgos de su enfermedad?
	signos de alarma	38.¿Reconoce los signos de alarma que le indican que su estado de salud ha desmejorado?
	Cambios de hábitos	39.¿Ha suspendido su tratamiento porque ha visto que su estado de salud mejoro?

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Elaboración del instrumento

Se utilizaron dos instrumentos, uno para cada variable. Para percepción de calidad de atención en salud, se utilizó el instrumento Pecasuss creado por la facultad de Salud pública de la Universidad de Antioquia: Colombia. Para el desarrollo del programa de reestructuración, rediseño y modernización de redes prestadoras de servicios de salud del Ministerio de la Protección Social de Colombia (MPS). La investigadora realizó una adaptación del Pecasuss (Udea, 2007).

Para la variable adherencia terapéutica se utilizó un instrumento adaptado que se basó en dos instrumentos realizados en Colombia. El primero llamado “Instrumento de evaluación de la adherencia a los procesos de neurorehabilitación”, creado por Quiroz (2012) y el segundo llamado “Factores que influyen en la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad Cardiovascular” (Ortiz, 2010). Los dos instrumentos anteriores se basaron sobre las dimensiones de la OMS para adherencia terapéutica.

Ambos instrumentos fueron validados por sus creadores y aplicados en Colombia.

Validación del instrumento

En consideración de que los instrumentos fueron adaptados, para el tipo de investigación que se pretende realizar, se procedió a realizar la validez de contenido mediante juicio de expertos, conformado por un grupo de 3 especialistas (Metodólogo, administrador en salud y un experto en salud pública), quienes evaluaron la claridad, concisión y relevancia de los enunciados.

Luego se procedió a tomar una prueba piloto con 130 encuestados con ambas encuestas y se realizó un análisis estadístico del alfa de cronbach; los cuales arrojaron los siguientes resultados: “Cuestionario de Calidad de Atención Percibida” un coeficiente Alfa de Cronbach de 0.705 y el “Cuestionario de Adherencia al Tratamiento un coeficiente Alfa de Cronbach de 0.70.

Resultados del Alfa de Cronbach

Confiabilidad

Tabla 3. Nivel de confiabilidad del instrumento: Calidad de atención Percibida

Confiabilidad del instrumento		Calidad de atención	
		N	%
Casos	Válidos	130	100.0
	Excluidos(a)	0	0
	Total	130	100.0
	Nº de elementos	17	100.0
Estadísticos de fiabilidad Alfa de Cronbach		0.705	

Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

El coeficiente Alfa de Cronbach es de 0.705, lo cual permite decir que el instrumento empleado en la prueba piloto para medir la calidad de atención tiene un alto nivel de confiabilidad. A la misma vez se determinó la validez estadística de cada ítem por el mismo procedimiento de Alfa de Cronbach, aplicando el comando “si se elimina el elemento”.

Estadísticos total-elemento				
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1.El trámite que hizo para ser atendido(a) en la institución, le pareció:	105,51	48,670	,061	,709
3.Este tiempo que tuvo que esperar hasta que lo(a) atendieron, le pareció:	105,87	46,564	,175	,704
4.La valoración médica que le realizaron en su control le pareció:	105,32	48,032	,172	,702
5.La solución o tratamiento que le dieron a la necesidad de salud, le pareció:	105,12	47,777	,230	,699
6.Los conocimientos y habilidades de los profesionales para solucionar su necesidad de salud le pareció:	105,12	48,087	,188	,701

7.La orientación que recibió en la institución para efectuar cuidados de su salud en casa le pareció:	105,18	47,485	,265	,697
8. La explicación con respecto al procedimiento (examen) que le realizaron, le pareció:	105,49	47,864	,163	,702
9.El aseo de la institución le pareció:	105,40	48,893	,038	,711
10.Las salas de espera, la sillitería, las camillas, si las vio o las usó, le parecieron:	113,15	52,792	,009	,702
11.El trato que le dieron secretarias, auxiliares y cualquier otro personal administrativo le pareció:	105,22	48,000	,156	,703
12.El trato que recibió de médicos, enfermeras, bacteriólogos y cualquier otro profesional de salud, le pareció:	105,09	46,332	,346	,691
13.Las respuestas del personal de la institución ante sus inquietudes o preguntas le parecieron:	105,25	48,109	,149	,703
14.La disposición e interés de los funcionarios de la institución ante su necesidad de atención fue:	105,29	47,216	,327	,694
15. Desde cero (pésimo) hasta cinco (excelente), con cuanto calificaría la calidad del servicio recibido? Medicina	105,12	46,450	,347	,691
15. Desde cero (pésimo) hasta cinco (excelente), con cuanto calificaría la calidad del servicio recibido? Laboratorio clínico	105,85	48,064	,108	,707
15. Desde cero (pésimo) hasta cinco (excelente), con cuanto calificaría la calidad del servicio recibido? Enfermería	105,29	47,464	,271	,696
15. Desde cero (pésimo) hasta cinco (excelente), con cuanto calificaría la calidad del servicio recibido? Farmacia	105,39	46,938	,287	,695
15. Desde cero (pésimo) hasta cinco (excelente), con cuanto calificaría la calidad del servicio recibido? Secretaria(o)	105,67	48,688	,087	,706
15. Desde cero (pésimo) hasta cinco (excelente), con cuanto calificaría la calidad del servicio recibido? Auxiliares	105,40	46,738	,289	,694
15. Desde cero (pésimo) hasta cinco (excelente), con cuanto calificaría la calidad del servicio recibido? Porteros	105,40	48,583	,109	,705
16. La atención recibida en la institución lo dejó en general:	105,35	46,835	,359	,692

En este cuadro de validez ítem por ítem, se observa que ninguno de los ítems genera una correlación negativa, indica que todos están midiendo lo mismo que los demás ítems.

Por lo cual no hay necesidad de eliminar ninguno de los ítems.

Tabla 4. Nivel de confiabilidad del instrumento: Adherencia al tratamiento

Confiabilidad del instrumento		Adherencia al tratamiento	
		N	%
Casos	Válidos	130	100.0
	Excluidos(a)	0	0
	Total	130	100.0
	Nº de elementos	20	100.0
Estadísticos de fiabilidad Alfa de Cronbach		0.70	

Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento. El coeficiente Alfa de Cronbach es de 0.70, lo cual permite decir que el instrumento empleado en la prueba piloto para medir la Adherencia al tratamiento tiene un nivel alto de confiabilidad.

A la misma vez se determinó la validez estadística de cada ítem, por el mismo procedimiento de Alfa de Cronbach aplicando el comando “si se elimina el elemento”.

Estadísticos total-elemento				
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1. ¿Cuenta con los recursos económicos para trasladarse a la IPS y asistir a su cita de control?	90,32	39,476	,443	,682
2. ¿Puede costearse los medicamentos en caso de no suministrarlos el control?	90,52	38,732	,517	,674
3. El alto costo de los alimentos recomendados en la dieta se le dificultan?	90,77	42,923	-,414	,708
4. ¿Cuenta con el apoyo de su familia o allegados para permanecer en el control?	89,84	39,144	,494	,677
5. ¿Recibe la atención necesaria de las diferentes áreas (valoración médica - Exámenes de laboratorio – Suministro de medicamentos) para cumplir satisfactoriamente su control?	90,21	42,522	,319	,696
6. ¿El personal que lo atiende se preocupa por su permanencia en el control y el mejoramiento de su salud?	90,25	40,749	,417	,686
7. ¿Le expresan de forma clara y oportuna la información sobre su estado de salud, tratamiento, forma correcta de tomarlo (dosis y horarios)?	90,21	43,561	,166	,708
8. ¿La frecuencia de las citas de control son adecuadas para su estado de salud?	89,58	43,951	,174	,707
9. ¿Considera complejo el tratamiento ordenado (cantidad de medicamento-horarios-duración del tratamiento)?	87,13	40,719	-,086	,698
10. ¿Los medicamentos ordenados han sido efectivos y ha visto mejoría en su estado de salud?	89,88	43,142	,190	,707
11. ¿Ha presentado efectos adversos (negativos), en su tratamiento?	92,69	45,827	,034	,712
12. ¿Ha podido adaptarse a los cambios de hábitos (Actividad física-alimentación) para mejorar su salud?	90,75	42,900	,204	,706
13. ¿Se mantiene motivado y pendiente de asistir a sus citas de control?	90,02	42,124	,318	,695
14. La disposición e interés de los funcionarios de la institución ante su necesidad de atención fue:	90,19	43,955	,292	,700
15. ¿Reconoce la necesidad del tratamiento para el mejoramiento de su estado de salud?	89,84	44,245	,146	,709
16. ¿Sus creencias influyen en la permanencia y cumplimiento de las indicaciones ordenadas en su control?	92,45	46,451	-,078	,724
17. ¿Se le ha olvidado tomar los medicamentos de su tratamiento?	87,13	40,719	-,288	,698
18. ¿Le preocupan los altos riesgos de su enfermedad?	87,13	40,719	-,088	,698
19. ¿Reconoce los signos de alarma que le indican que su estado de salud ha desmejorado?	87,13	40,719	,078	,698
20. ¿Ha suspendido su tratamiento porque ha visto que su estado de salud mejoro?	90,78	42,221	-,341	,692

En este cuadro de validez ítem por ítem, se observa que los Ítem 3-,414; Ítem 9 -,086; Ítem 16 -,078, Ítem 17-,288; Ítem 18-,088: Ítem 20 -,341 generan una correlación negativa, lo cual indica que no están midiendo lo mismo que los demás ítems. Sin embargo, se determinó no ninguno por ser importantes en el instrumento.

Procedimiento para la recolección de datos

La recolección de datos se realizó en base al diseño de investigación, se utilizó la fuente primaria, pues su recolección se dio por contacto directo con el sujeto de estudio, por medio de encuestas. La encuesta es una técnica de adquisición de información de interés sociológico, mediante un formulario/cuestionario previamente elaborado, a través del cual se puede conocer la opinión o valoración del sujeto o grupo seleccionado en una muestra sobre un asunto dado.

Los instrumentos fueron entregados a los usuarios del programa de hipertensión arterial del Hospital San Jorge Ayapel. Fueron aplicados por la investigadora y dos encuestadores anteriormente entrenados, porque se tuvo en cuenta que la mayoría de la población en estudio es personal senil y que algunos no saben leer ni escribir.

Plan de tabulación y análisis de los datos

Los datos recolectados se tabularon a través de los programas informáticos de Excel y SPSS 22.0. Asimismo, se realizó el análisis, usando el estadístico T-b-Kendall correspondiente a este tipo de variable con escala ordinal, para hallar el grado de correlación y su dirección. Asimismo tomando en cuenta el Valor $p > 0.05$, como referente

para hallar el nivel de significancia, realizar la prueba de hipótesis y considerar la inferencia.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Análisis Descriptivo

Luego de realizar el tratamiento estadístico de la información, se obtuvo las tablas y gráficas descriptivas de los aspectos sociodemográficos y de las variables con sus dimensiones. A continuación se encuentra el análisis de dichas tablas y gráficas.

En la figura 5, se muestra la distribución porcentual de usuarios según la empresa promotora de salud; se observa que el 39% de los encuestados pertenece a la EPS Comfacor, el 36% al Caprecom y el 25% al Salud vida.

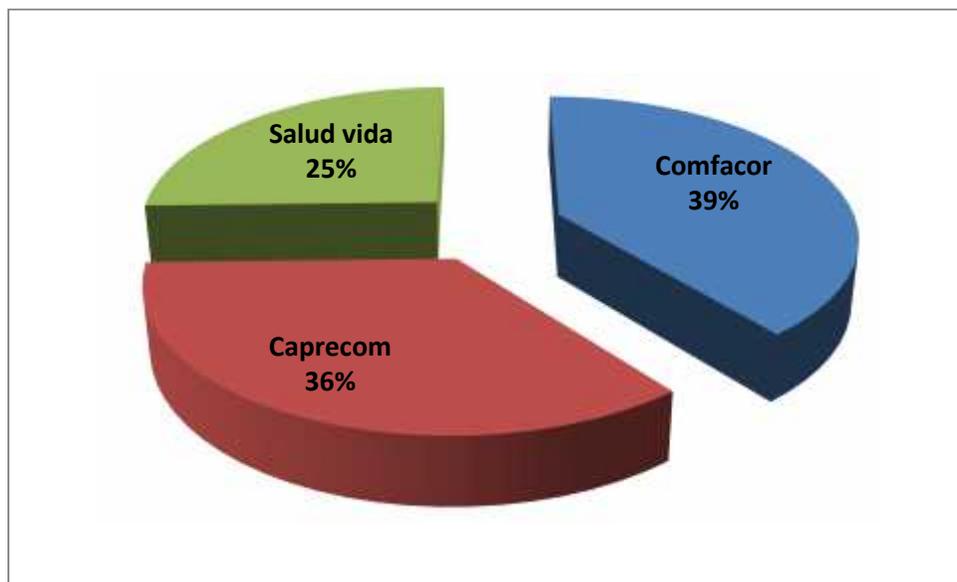


Figura 5. Proporción de Usuarios del Seguro de las Empresas Promotoras de Salud.

En la figura 6, se observa que la mayoría de los encuestados provienen de zona urbana en 72% mientras que el 28% de zona rural.

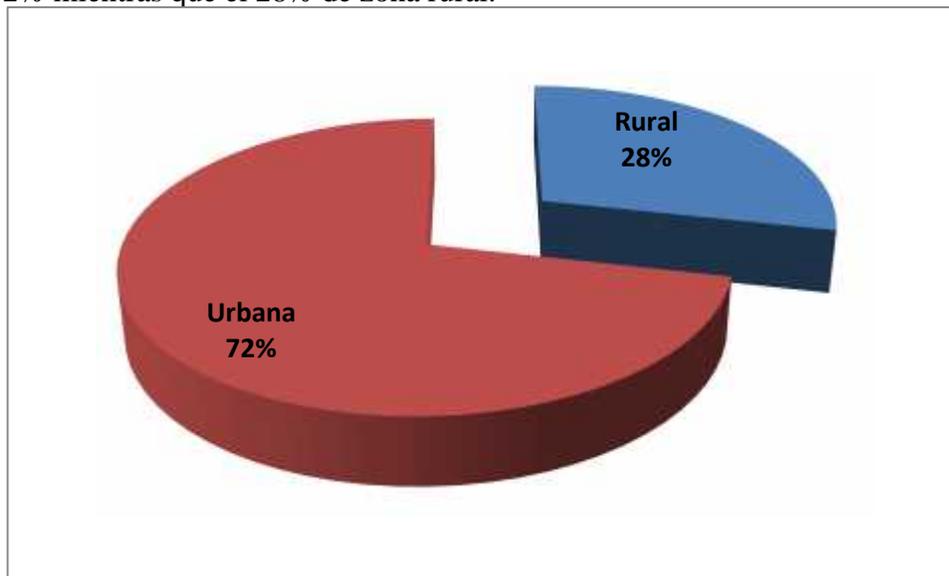


Figura 6. Proporción de Usuarios según zona de vivienda.

En la figura 7, se observa que la mayoría de los encuestados perteneces al género femenino en 60%, mientras que el 40% al género masculino.

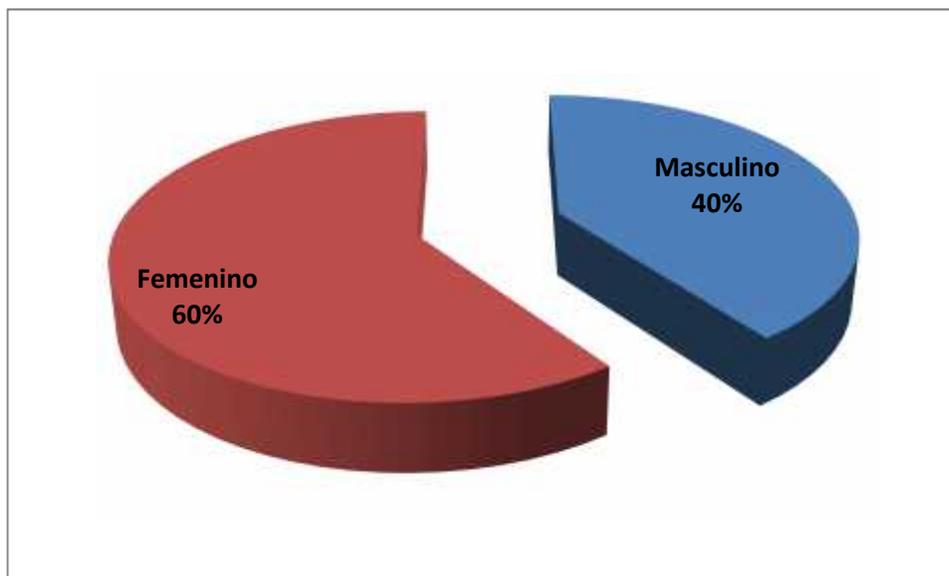


Figura 7. Proporción de Usuarios según género.

En la figura 8, la mayoría de los encuestados provienen de la unión libre en 38%, luego, el 33% son casados, el 16% soltero y el 13% son viudos.

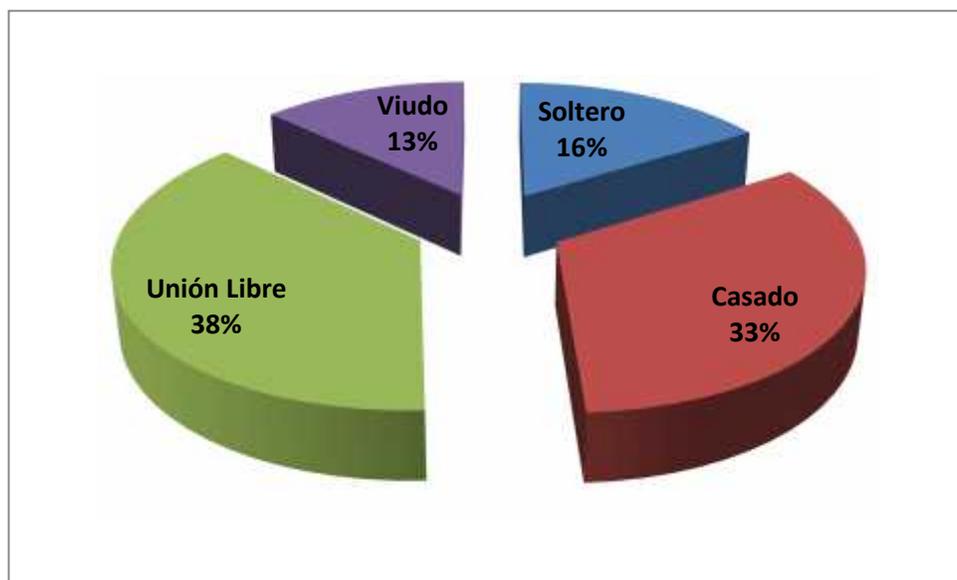


Figura 8. Proporción de Usuarios según estado civil.

En la figura 9, la mayoría de los encuestados son amas de casa en 34%, luego el 24% son empleados, el 19% independientes, el 15% desempleados y el 8% jubilados.

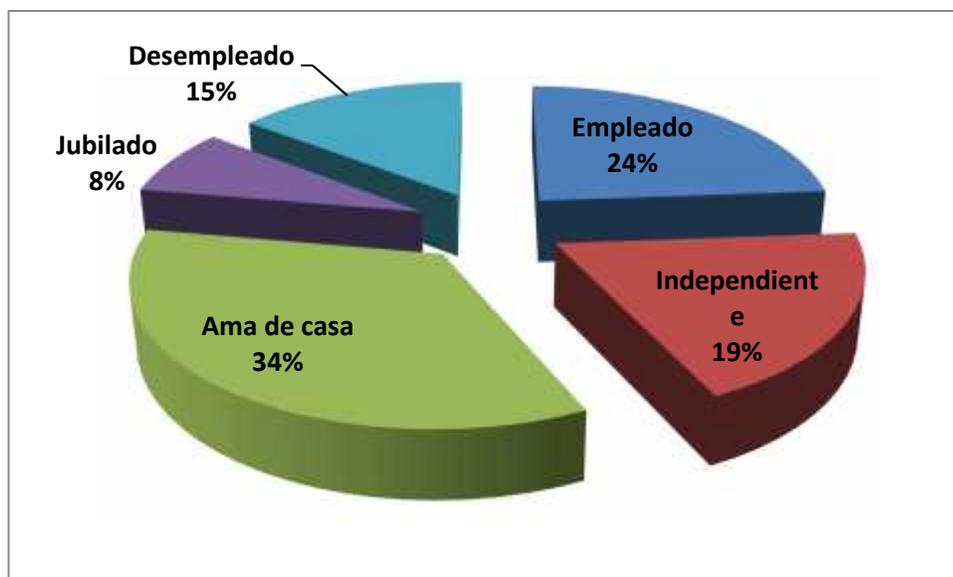


Figura 9. Proporción de Usuarios según situación ocupacional.

En la figura 10, la mayoría de los encuestados tiene estudios de nivel primario en 43%, luego el 30% secundaria, el 17% ninguno y el 10% estudio técnico.

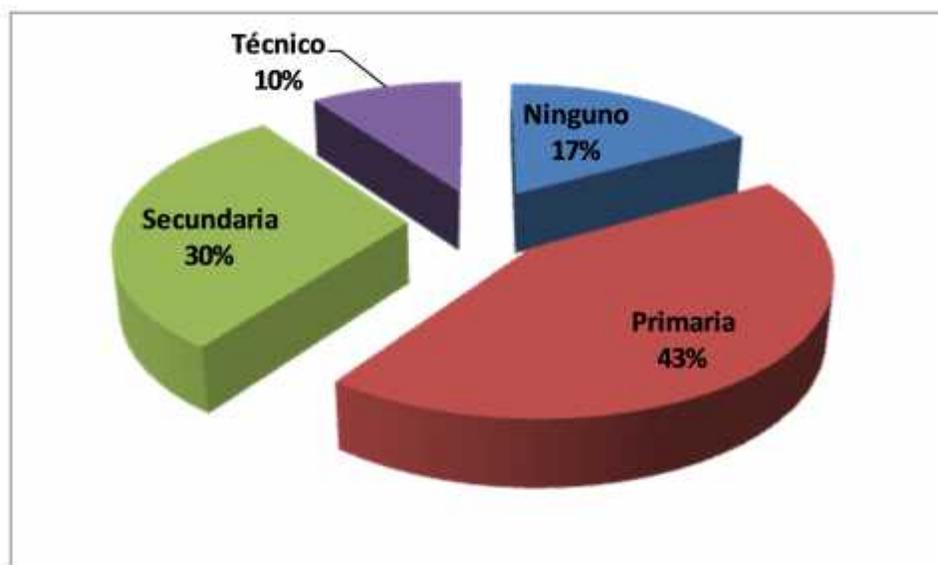


Figura 10. Proporción de Usuarios según nivel educativo.

Análisis Descriptivo según nivel de variables y dimensiones

En la tabla 5 se observa que el 33,1% de los encuestados percibe la calidad de atención en un nivel bueno a excelente. En contraste, el 40% la considera en un nivel de malo a pésimo; sin embargo, se resalta que el 26,9 de los encuestados percibe la calidad de atención de manera Regular.

Tabla 5. Nivel de Percepción de la Calidad de atención

CALIDAD DE ATENCION PERCIBIDA				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Excelente	20	15,4	15,4	15,4
Bueno	23	17,7	17,7	33,1
Regular	35	26,9	26,9	60,0
Malo	22	16,9	16,9	76,9
Pesimo	30	23,1	23,1	100,0
Total	130	100,0	100,0	

En la tabla 6, el 51,5% de los encuestados percibe la accesibilidad como sencilla a muy sencilla. En contraste con solo el 10% la considera de manera complicada a engorrosa, cabe resaltar que un 38,5% de los encuestados valoran la accesibilidad de manera regular.

Tabla 6. Percepción de calidad según la dimensión Accesibilidad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Muy sencilla	2	1,5	1,5	1,5
Sencilla	65	50,0	50,0	51,5
Regular	50	38,5	38,5	98,5
Complicada	12	9,2	9,2	100
Engorroso	1	,8	,8	
Total	130	100,0	100,0	

En la tabla 7, el 40% de los encuestados percibe la oportunidad de manera intermedia. El 33,8% la califica de adecuada a muy inadecuada y el 26,2 considera esta dimensión de inadecuada a muy inadecuada.

Tabla 7. Percepción de calidad según la dimensión Oportunidad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
muy adecuado	6	4,6	4,6	4,6
Adecuado	38	29,2	29,2	33,8
Válidos Intermedio	52	40,0	40,0	73,8
Inadecuado	26	20,0	20,0	93,8
Muy inadecuado	8	6,2	6,2	100,0
Total	130	100,0	100,0	

En la tabla 8, El 53% de los encuestados percibe la Efectividad de mala a pésima. Mientras que el 23,1% valoró esta dimensión de buena a óptima.

Tabla 8. Percepción de calidad según la dimensión Efectividad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	muy buena	13	10,0	10,0	10,0
	Buena	17	13,1	13,1	23,1
	Intermedia	31	23,8	23,8	46,9
	Mala	38	29,2	29,2	76,2
	muy mala	31	23,8	23,8	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

En la tabla 9, el 76,9% de los encuestados perciben la estética de mala a pésimo; y solo el 2,3% de los encuestados califican esta dimensión como buena.

Tabla 9. Percepción de calidad según la dimensión Estéticas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Buena	3	2,3	2,3	2,3
	Regular	27	20,8	20,8	23,1
	Mala	52	40,0	40,0	63,1
	Pésima	48	36,9	36,9	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

En la tabla 10, más de mitad de los encuestados (67.7%) percibe la empatía como insuficiente a muy insuficiente; en contraste el 12,3 % la percibe como suficiente. Mientras que el 20,0 percibe indiferencia.

Tabla 10. Percepción de calidad según la dimensión Empatía

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Suficiente	16	12,3	12,3	12,3
	Indiferente	26	20,0	20,0	32,3
	Insuficiente	35	26,9	26,9	59,2
	muy insuficiente	53	40,8	40,8	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

En la tabla 11, el 40.7% de los encuestados manifiesta sentirse insatisfecho, mientras el 26,9% se siente satisfecho. Cabe resaltar que el 32,3% siente satisfacción intermedia.

Tabla 11. Percepción de calidad según la dimensión Satisfacción

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Optima	19	14,6	14,6	14,6
	Buena	16	12,3	12,3	26,9
	Regular	42	32,3	32,3	59,2
	Mala	15	11,5	11,5	70,8
	Pésima	38	29,2	29,2	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

En la tabla 12, casi la mitad de los encuestados (45,4%) manifiesta un nivel de adherencia terapéutica de bajo a crítico. En contraste el 33,8 % manifiesta un nivel de alto a óptimo. Sin embargo el 20% presenta un nivel medio de adherencia.

Tabla 12. Nivel de adherencia terapéutica de los usuarios

Adherencia Terapéutica					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	nivel optimo	26	20,0	20,0	20,0
	nivel alto	18	13,8	13,8	33,8
	nivel medio	27	20,8	20,8	54,6
	nivel bajo	32	24,6	24,6	79,2
	nivel critico	27	20,8	20,8	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

En la tabla 13, en cuanto a los factores socio-económicos un 47,7% de los encuestados no se adhiere. Cabe resaltar que hay un 27.7 % de estos presenta un nivel crítico de adherencia por estos factores.

Tabla 13. Nivel de adherencia terapéutica según los factores socioeconómicos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Óptimo	18	13,8	13,8	13,8
	Alto	25	19,2	19,2	33,1
	Medio	25	19,2	19,2	52,3
	Bajo	26	20,0	20,0	72,3
	Crítico	36	27,7	27,7	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

En la tabla 14, en cuanto a los factores relacionados con el sistema de salud, el 44,6% de los encuestados no se adhieren. Cabe resaltar que hay un 29,2% de estos que presentan un nivel crítico de adherencia por estos factores.

Tabla 14. Nivel de adherencia terapéutica según los factores relacionados con el sistema de salud.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Óptimo	23	17,7	17,7	17,7
	Alto	18	13,8	13,8	31,5
	Medio	31	23,8	23,8	55,4
	Bajo	20	15,4	15,4	70,8
	Crítico	38	29,2	29,2	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

En la tabla 15, en cuanto a los factores relacionados con el Tratamiento, un 46,9% de los encuestados no se adhiere. Resaltando un 26,9% de estos encuestados que presentan un nivel crítico de adherencia por estos factores

Tabla 15. Nivel de adherencia terapéutica según los factores relacionados con el tratamiento.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Óptimo	17	13,1	13,1
	Alto	22	16,9	30,0
	Medio	30	23,1	53,1
	Bajo	26	20,0	73,1
	Crítico	35	26,9	100,0
	Total	130	100,0	100,0

En la tabla 16, en cuanto a los factores relacionados con el paciente un 50% de los encuestados no se adhiere. Resaltando un 20% de estos encuestados que presentan un nivel crítico de adherencia por estos factores.

Tabla 16. Nivel de adherencia terapéutica según los factores relacionados con el paciente

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Óptimo	25	19,2	19,2
	Alto	21	16,2	35,4
	Medio	19	14,6	50,0
	Bajo	39	30,0	80,0
	Crítico	26	20,0	100,0
	Total	130	100,0	100,0

En la tabla 17, en cuanto a los factores relacionados con la enfermedad, un 51.6% de los encuestados no se adhiere. Resaltando un 26.2% de estos encuestados que presentan un nivel crítico de adherencia por estos factores.

Tabla 17. Nivel de adherencia terapéutica según los factores relacionados con la Enfermedad.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Óptimo	12	9,2	9,2
	Alto	18	13,8	23,1
	Medio	33	25,4	48,5
	Bajo	33	25,4	73,8
	Crítico	34	26,2	100,0
	Total	130	100,0	100,0

En la tabla 18, se encuentran la relación de los factores asociados a la adherencia y se observa que los factores asociados al paciente son los que más se relacionan con la adherencia terapéutica con un coeficiente de correlación de (.411), casi media.

Tabla 18. Factores asociados a la adherencia terapéutica

Tau_b de Kendall		Adherencia terapéutica
Tau_b de Kendall	Factores socio económico	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral) N
	Factores relacionados al sistema de salud	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral) N
	Factores relacionados al tratamiento	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral) N
	Factores relacionados con el paciente	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral) N
	Factores relacionados con la enfermedad	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral) N

Análisis Inferencial

Contrastación de hipótesis

Prueba de hipótesis general

Ho: No existe relación significativa entre la calidad de atención y la adherencia terapéutica en usuarios del programa de hipertensión arterial del Hospital San Jorge Ayapel: Colombia, 2015

Ha. Existe relación significativa entre la calidad de atención y la adherencia terapéutica en usuarios del programa de hipertensión arterial del Hospital San Jorge Ayapel: Colombia, 2015.

Regla de decisión

Si Valor $p > 0.05$, se acepta la Hipótesis Nula (H_0)

Si Valor $p < 0.05$, se rechaza la Hipótesis Nula (H_0). Y, se acepta H_a

En cuanto a la correlación de las variables calidad de atención y adherencia terapéutica en los usuarios del programa de HTA, no se halló correlación como lo demuestra el $p_valor = ,216 > (0.05)$ y el grado de correlación según Tau_ de Kendall = $-,088$; lo cual indica que la correlación es prácticamente nula.

Luego habiendo evidencias suficientes para aceptar la hipótesis nula, se toma la decisión de rechazar la hipótesis de investigación. Por lo cual se concluye que no existe relación significativa entre la calidad de atención y la adherencia terapéutica en usuarios del programa de hipertensión arterial del Hospital San Jorge Ayapel: Colombia, 2015.

Tabla 19. Relación de la calidad de atención y la adherencia terapéutica

Correlaciones			Adherencia terapéutica
Tau_b de Kendall	Calidad de atención	Coefficiente de correlación	-,088
		Sig. (bilateral)	,216
		N	130

Prueba de Hipótesis específica 1

Ho. No existe relación significativa entre Accesibilidades y la adherencia terapéutica en los usuarios del programa de HTA.

H_a Existe relación significativa entre Accesibilidades y la adherencia terapéutica en los usuarios del programa de HTA.

Regla de decisión

Si Valor $p > 0.05$, se acepta la Hipótesis Nula (Ho)

Si Valor $p < 0.05$, se rechaza la Hipótesis Nula (Ho). Y, se acepta Ha

En cuanto a la correlación de la accesibilidad y la adherencia terapéutica en los usuarios del programa de HTA se encontró que el $p_valor = ,870 > (0.05)$ y con un grado de correlación según Tau_ de Kendall = $-,012$; lo cual indica que la correlación es prácticamente nula.

Luego habiendo evidencias suficientes para aceptar la hipótesis nula, se toma la decisión de rechazar la hipótesis de investigación. Por lo cual se concluye que No existe relación significativa entre Accesibilidad y la adherencia terapéutica en los usuarios del programa de HTA.

Tabla 20. Relación de accesibilidad con adherencia terapéutica

		Correlaciones	
Tau_b de Kendall	Accesibilidad	Coefficiente de correlación	Adherencia terapéutica
		Sig. (bilateral)	-,012
		N	,870
			130

Prueba de hipótesis específica 2

Ho. No existe relación significativa entre Oportunidad y la adherencia terapéutica en los usuarios del programa de HTA

H_a Existe relación significativa entre Oportunidad y la adherencia terapéutica en los usuarios del programa de HTA.

Regla de decisión

Si Valor $p > 0.05$, se acepta la Hipótesis Nula (Ho)

Si Valor $p < 0.05$, se rechaza la Hipótesis Nula (Ho). Y, se acepta Ha

En cuanto a la correlación de la oportunidad y la adherencia terapéutica en los usuarios del programa de HTA se encontró que el $p_valor = ,168 > (0.05)$, con grado de correlación según Tau_ de Kendall = ,010; lo cual indica que la correlación es prácticamente nula.

Luego habiendo evidencias suficientes para aceptar la hipótesis nula, se toma la decisión de rechazar la hipótesis de investigación. Por lo cual se concluye que No existe relación significativa entre Oportunidad y la adherencia terapéutica en los usuarios del programa de HTA.

Tabla 21: Relación de la Oportunidad con la adherencia terapéutica

Correlaciones			
			Adherencia terapéutica
Tau_b de Kendall	Oportunidad	Coefficiente de correlación	,0100
		Sig. (bilateral)	,168
		N	130

Prueba de hipótesis específica 3

Ho. No existe relación directa y significativa entre Efectividad y la adherencia terapéutica en los usuarios del programa de HTA

H_a Existe relación directa y significativa entre Efectividad y la adherencia terapéutica en los usuarios del programa de HTA

Regla de decisión

Si Valor $p > 0.05$, se acepta la Hipótesis Nula (Ho)

Si Valor $p < 0.05$, se rechaza la Hipótesis Nula (Ho). Y, se acepta Ha

En cuanto a la correlación de las variables la efectividad y la adherencia terapéutica en los usuarios del programa de HTA se encontró que el $p_valor = ,073 > (0.05)$, con grado de correlación según Tau_ de Kendall = ,128; lo cual indica que la correlación es prácticamente nula.

Luego habiendo evidencias suficientes para aceptar la hipótesis nula, se toma la decisión de rechazar la hipótesis de investigación. Por lo cual se concluye que No existe relación directa y significativa entre Efectividad y la adherencia terapéutica en los usuarios del programa de HTA.

Tabla 22: Relación de la Efectividad con la adherencia terapéutica

		Correlaciones	
Tau_b de Kendall	Efectividad	Coeficiente de correlación	,128
		Sig. (bilateral)	,073
		N	130

Prueba de hipótesis específica 4

Ho. No Existe relación significativa entre Estética y la adherencia terapéutica en los usuarios del programa de HTA

H_a Existe relación significativa entre Estética y la adherencia terapéutica en los usuarios del programa de HTA

Regla de decisión

Si Valor $p > 0.05$, se acepta la Hipótesis Nula (Ho)

Si Valor $p < 0.05$, se rechaza la Hipótesis Nula (Ho). Y, se acepta Ha

En cuanto a la correlación de las variables la estética y la adherencia terapéutica en los usuarios del programa de HTA se encontró que el $p_valor = ,860 > (0.05)$, demostrando significancia y el grado de correlación según Tau_ de Kendall = $-,013$; lo cual indica que la correlación es prácticamente nula.

Luego habiendo evidencias suficientes para rechazar la hipótesis nula, se toma la decisión de aceptar la hipótesis de investigación. Por lo cual se concluye que Existe relación significativa entre Estética y la adherencia terapéutica en los usuarios del programa de HTA.

Tabla 23: Relación de la Estética con la adherencia terapéutica

		Correlaciones		
			Estéticas	Adherencia terapéutica
Tau_b de Kendall	Estéticas	Coefficiente de correlación	1,000	-,013
		Sig. (bilateral)	.	,860
		N	130	130

Prueba de hipótesis específica 5

Ho. No existe relación significativa entre Empatía y la adherencia terapéutica en los usuarios del programa de HTA

H_a Existe relación significativa entre Empatía y la adherencia terapéutica en los usuarios del programa de HTA

Regla de decisión

Si Valor $p > 0.05$, se acepta la Hipótesis Nula (Ho)

Si Valor $p < 0.05$, se rechaza la Hipótesis Nula (Ho). Y, se acepta Ha

En cuanto a la correlación de las variables la empatía y la adherencia terapéutica en los usuarios del programa de HTA se encontró que el $p_valor = ,306 > (0.05)$, con grado de correlación según Tau_ de Kendall = $-,075$; lo cual indica que la correlación es prácticamente nula.

Luego habiendo evidencias suficientes para aceptar la hipótesis nula, se toma la decisión de rechazar la hipótesis de investigación. Por lo cual se concluye que No existe relación significativa entre Empatía y la adherencia terapéutica en los usuarios del programa de HTA.

Tabla 24: Relación de la Empatía con la adherencia terapéutica

		Correlaciones	
			Adherencia terapéutica
Tau_b de Kendall	Empatía	Coefficiente de correlación	-,075
		Sig. (bilateral)	,306
		N	130

Correlaciones			Adherencia terapéutica
Tau_b de Kendall	Empatía	Coefficiente de correlación	-,075
		Sig. (bilateral)	,306
		N	130

Prueba de hipótesis específica 6

Ho. No existe relación significativa entre Satisfacción y la adherencia terapéutica en los usuarios del programa de HTA.

H_a Existe relación significativa entre Satisfacción y la adherencia terapéutica en los usuarios del programa de HTA.

Regla de decisión

Si Valor $p > 0.05$, se acepta la Hipótesis Nula (Ho)

Si Valor $p < 0.05$, se rechaza la Hipótesis Nula (Ho). Y, se acepta Ha

En cuanto a la correlación de las variables satisfacción y adherencia terapéutica en los usuarios del programa de HTA se encontró que el $p_{\text{valor}} = ,012 > (0.05)$, con grado de correlación según Tau_ de Kendall = $-,012$; lo cual indica que la correlación es prácticamente nula.

Luego habiendo evidencias suficientes para aceptar la hipótesis nula, se toma la decisión de rechazar la hipótesis de investigación. Por lo cual se concluye que No existe relación significativa entre Satisfacción y la adherencia terapéutica en los usuarios del programa de HTA.

Tabla 25: Relación de la Satisfacción con la adherencia terapéutica

Correlaciones			Adherencia terapéutica
Tau_b de Kendall	Satisfacción	Coefficiente de correlación	-,012

	Sig. (bilateral)	.	,870
	N		130

Discusión de resultados

El objetivo de la investigación fue determinar la relación de la calidad de atención con la adherencia terapéutica en usuarios del programa de hipertensión arterial del hospital San Jorge de Ayapel; se halló que no existe correlación significativa entre dichas variables, ni en las dimensiones de calidad con la variable adherencia. Sin embargo, al correlacionar las dimensiones de la calidad de atención con las dimensiones de la Adherencia Terapéutica se halló relaciones significativas entre la oportunidad (dimensión de calidad) y los factores relacionados con el paciente (dimensión de adherencia); es decir, el tiempo que tuvieron que esperar los pacientes para ser atendidos está relacionado aunque de forma débil con que el paciente se sienta motivado y pendiente a asistir a sus controles.

Asimismo, el tiempo de espera implica en la percepción de que el paciente pueda tener sobre la calidad de atención de dicho hospital repercutiendo también en los sentimientos de temor o nostalgia, al aceptar su diagnóstico y a reconocer la necesidad del tratamiento. Con este resultado se podría inferir que la deficiente percepción de calidad (oportunidad) que tiene el paciente sobre dicho nosocomio esta relacionándolo con la percepción que tiene sobre los procesos terapéuticos; los cuales están implicando en la permanencia y cumplimiento de las indicaciones y en la negligencia de no adherirse a la terapia (congruente con los resultados del análisis descriptivo).

De la misma manera, se verifica una correlación baja pero muy significativa entre la empatía (dimensión de calidad) y los factores relacionados al sistema de salud (dimensión de adherencia terapéutica), Es decir; el trato que le dieron el personal de salud, administrativos, además de las respuestas y disposición ante sus necesidades de atención se relaciona con la no adherencia terapéutica por factores relacionados al sistema de salud.

Igualmente, estos resultados son verificados mediante el aspecto descriptivo: un 44,6% de los no adheridos sin considerar un 23,8% latente que a veces no se adhieren (ver tablas descriptivas) está relacionado su no adherencia a factores relacionados al sistema de salud (deficientes de atención integral, al bajo interés y preocupación del personal por el mejoramiento de la salud de los pacientes, la engorrosa explicación del proceso terapéutico e insuficiente citas de control). De esta manera, se corrobora que la falta de empatía (dimensión de calidad) se relacione con la no adherencia.

Por otro lado, analizando la lista de factores asociados a la adherencia terapéutica (OMS, 2004), se encontró que entre los factores que más se relacionan a la adherencia terapéutica de los usuarios en el hospital San Jorge de Ayapel, son los factores relacionados con el paciente con un coeficiente de correlación de 0,411 (con un grado de correlación casi media). Estos factores incluyen aspectos psicológicos del paciente, los cuales poco implican en la percepción de calidad de atención, razón que explica el hecho de no encontrarse relación entre las variables estudiadas. Pues los pacientes de esta institución no se adhieren al tratamiento principalmente por otras razones externas a la calidad de atención, precisamente aspectos intrínsecos del mismo usuario.

Los resultados obtenidos son congruentes, con el estudio realizado por Casas et al (2012), en el que encontraron una buena satisfacción de los usuarios frente a la calidad de atención, no lograron establecer relación de esta con la adherencia. Así también, Martín

(2009) en su trabajo de tesis encontró que los factores relacionados con el paciente afectan la adherencia, lo que coincide con los resultados de esta investigación, porque se halló que dichos factores son los que más se asocian a la no adherencia terapéutica.

Por otro lado, los hallazgos del análisis descriptivo del presente estudio coinciden con lo reportado por Tovar y Acuña (2012), quienes también refieren en su estudio una alta tasa de no adherencia, ellos obtuvieron 64% de pacientes no adheridos mientras en esta investigación se obtuvo 45,4%. Pero cabe resaltar en que ellos encontraron asociatividad entre cuatro de las dimensiones de calidad con adherencia a diferencia a este que estudio no se halló correlación.

Sin embargo, en Ortega (2010) difieren estos resultados al encontrar una alta tasa de adherencia 67%. Así como, en esta investigación que se obtuvo muy baja tasa de adherencia. Asimismo, este investigador difiere al encontrar que son los factores relacionados con el sistema de salud los que más implican en la adherencia, a diferencia de este estudio que son los factores relacionados con los pacientes.

Finalmente, es importante dejar prescrito que el alto porcentaje de no adherencia obtenido en este estudio, y teniendo en cuenta el riesgo epidemiológico de la enfermedad, esta incidencia se considera crítica pues los riesgos de complicaciones y de enfermedades cardiovasculares que se asocia a la hipertensión es alta.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

Primera conclusión. No existe relación significativa entre la calidad de atención y la adherencia terapéutica en usuarios del programa de hipertensión arterial del Hospital San Jorge Ayapel: Colombia, 2015. Por otra parte se encontró que el $p_valor = ,916 > (0.05)$, con grado de correlación según $Tau_de\ Kendall = -,007$; lo cual indica que la correlación es prácticamente nula.

Segunda conclusión. No existe relación significativa entre Accesibilidades y la adherencia terapéutica en los usuarios del programa de HTA. Por otra parte, se encontró que el $p_valor = ,870 > (0.05)$, con grado de correlación según $Tau_de\ Kendall = -,012$; lo cual indica que la correlación es prácticamente nula.

Tercera conclusión. No existe relación significativa entre Oportunidad y la adherencia terapéutica en los usuarios del programa de HTA. Por otra parte se encontró que el $p_valor = ,168 > (0.05)$, con grado de correlación según $Tau_de\ Kendall = ,100$; lo cual indica que la correlación es prácticamente nula.

Cuarta conclusión. No existe relación directa y significativa entre Efectividad y la adherencia terapéutica en los usuarios del programa de HTA. Por otra parte, se encontró que el $p_valor = ,073 > (0.05)$, con grado de correlación según $Tau_de\ Kendall = ,0128$; lo cual indica que la correlación es prácticamente nula.

Quinta conclusión. No existe relación significativa entre Estética y la adherencia terapéutica en los usuarios del programa de HTA. Por otra parte se encontró que el p_valor = ,860 > (0.05), con grado de correlación según Tau_ de Kendall = ,013; lo cual indica que la correlación es muy prácticamente nula

Sexta conclusión. No existe relación significativa entre Empatía y la adherencia terapéutica en los usuarios del programa de HTA. Por otra parte se encontró que el p_valor = ,306 > (0.05), con grado de correlación según Tau_ de Kendall = -,075; lo cual indica que la correlación es prácticamente nula.

Séptima conclusión. No existe relación significativa entre Satisfacción y la adherencia terapéutica en los usuarios del programa de HTA. Por otra parte se encontró que el p_valor = ,870 > (0.05), con grado de correlación según Tau_ de Kendall = -,012; lo cual indica que la correlación es muy débil.

Recomendaciones

Se recomienda realizar otras investigaciones en Colombia que correlacionen estas dos variables en vista de la escasez en el país y en Sur América, siendo relevante indagar más con respecto al grado de correlación que la calidad de atención tiene con la adherencia terapéutica.

Tomando en cuenta los resultados de esta investigación respecto a los factores relacionados con el paciente, los cuales son los que más se relacionan con la adherencia, se recomienda realizar un programa de apoyo psicosocial que ayude a los pacientes a enfrentar la carga psicológica que le produce su diagnóstico (nostalgia, ansiedad, temor, motivación, creencias) que se traducirá en niveles más altos de adherencia.

Observando que más de la mitad de usuarios perciben la calidad de atención de regular a pésima, se recomienda al hospital San Jorge de Ayapel, intervenir los factores que según los resultados de esta investigación son los más relevantes para mejorar el nivel de calidad.

Por último en cuanto a lo social se recomienda capacitar al personal de salud tanto a los administrativos como a los asistenciales, en aspectos de humanización de los servicios de salud y atención al usuario, que incremente los niveles de empatía y favorezca en la recuperación de la salud de los pacientes.

REFERENCIAS

- Avalo, M. I. (2010). La evaluación de la calidad en la atención primaria en salud. Consideraciones Teóricas y metodológicas. Horizonte sanitario. Vol 9, N°1.
- Casas, Chavarro y Cardona (2012). Adhesión al tratamiento de la Hipertensión Arterial en dos municipios de Colombia. 2010-2011. Revista hacia la promoción de la salud, Vol 18, Num 1. Enero-Julio 2013, pp81-96. Universidad de Caldas, Colombia.
- Delgado, M. E.; Vázquez, M. L; Moraes, L. (2010). Calidad en los servicios de salud desde los marcos de sentido de diferentes actores sociales en Colombia y Brasil. Revista de salud pública, 12, 533-545.
- Donabedian, A. (1990). La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad. Revista de Salud pública México. Vol 32, N°2.
- Estrada, Z. y Ordoñez, R. (2013). Calidad en la Atención de pacientes con enfermedades crónicas (hipertensión arterial) en una IPS pública en Pasto-Nariño. Tesis para optar al título de especialista en Auditoria en Salud. Universidad CES y Universidad Mariana. Facultad de postgrados y relaciones internacionales.
- Facultad Nacional de Salud Pública “Héctor Abad Gómez”, Fondo Financiero de Proyectos de Desarrollo-FONADE y la Universidad de Antioquia-UdeA. (2006). Percepción de la calidad según usuarios de instituciones prestadoras de servicios de salud. Programa de reorganización, rediseño y modernización de redes prestadoras de servicios. Ministerio de la Protección Social de la República de Colombia. Medellín-Colombia.
- Guacaran, F. y Moniz, A. (2009). Calidad de Atención de Enfermería según Modelo de Donabedian, Hospital “Ruiz y Páez”, Ciudad Bolívar, Mayo – Junio 2009. Universidad de Oriente. Escuela de ciencias de la salud.
- Hospital universitario del valle Evaristo García & Fundación para el desarrollo de la salud pública colombiana. (2010). Calidad de la Atención en salud: Percepción de los usuarios. Cali Colombia.
- Holguín, L; Correa, D; et al (2006). Adherencia al tratamiento de Hipertensión arterial: efectividad de un programa de intervención biopsicosocial. Pontificia Universidad

Javeriana, Cali. Univ. Psychol. Bogotá (colombia) 5 (3): 535-547, Octubre-Diciembre de 2006 ISSN 1657-926.

Kerguelen, C. A. (2008). Calidad en salud en Colombia. Los principios. Programa de Apoyo a la reforma de salud “PARS”.

Martin, a. (2009). Adherencia al tratamiento en hipertensos de áreas de salud del nivel primario, 2003-2007. Tesis para optar por el grado científico de doctora en ciencias de la salud. Ministerio de salud pública. Escuela nacional de salud pública

Mejia, Y. E. & Amaya, R. C. (2011). Evaluación de calidad de atención en el servicio de emergencia del Hospital Nacional Nueva Guadalupe en el período de abril a junio 2011. Tesis para optar al título de maestro en gestión hospitalaria. Universidad de el salvador facultad de medicina.

Ministerio de la Protección social. (2005). Política Nacional de prestación de servicios de Salud, Bogotá.

Ministerio de la Protección social. (2008). Resolución 4003 de 2008. Bogota, Colombia.

Mira JJ, Aranaz J, Rodríguez-Marín J, Buil JA, Castell M, Vitaller J. SERVQHOS: uncuestionario para evaluar la calidad percibida de la asistencia hospitalaria. Medicina. Preventiva 1998;IV;12-18.

Organización Mundial de la Salud. (2008). Atención Primaria en salud, más necesaria que nunca. Informe sobre la salud en el mundo.

Organización mundial de la salud. (2004). Adherencia a los Tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción. Catalogación por la Biblioteca de la OPS. ISBN 92 75 325499.

Organización mundial de la salud. (2013). Información general sobre la Hipertensión en el mundo.

Organización Panamericana de la Salud, (2012). Informe de salud en las Americas: Colombia.

Ortega, O. (2010). Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, montería, 2010. Tesis para optar el título de Magíster en Enfermería con énfasis en cuidado para la salud cardiovascular. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.

- Ortiz M y Ortiz E. (2006). Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Rev Méd Chile* 2007; 135: 647-652.
- Outomuro, D. Calidad de atención médica y riesgo sanitario. *Revista perspectiva*. Universidad de Buenos Aires, Argentina 2005
- Pezoa, M. (2012). ¿Qué elementos de la atención de la salud son desde la perspectiva del usuario los que más contribuyen a que se sienta satisfecho?. Departamento de estudio y desarrollo. Superintendencia de salud de Chile.
- Quiroz, M. (2012). Diseño y validación de un instrumento para evaluar adherencia de pacientes adultos a procesos de Neurorehabilitación funcional a largo plazo, basado en las dimensiones de la OMS. Tesis de maestría en neurorehabilitación. Universidad Autónoma de Manizales. Facultad de salud. Santiago de Cali, Agosto de 2012.
- Ramírez T, Nájera P, Nigenda G (1988). Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: Perspectiva de los usuarios. *Revista de Salud Pública*. Mex 1998;40:3-12.
- Rico, M.J. (2010). Evolución del concepto de Calidad. *Revista española de trasplante*. V.10 N.º 3 – 169
- Sánchez, A. L. (2005). Satisfacción de los servicios de salud y su relación con la calidad en los hospitales públicos de Ixmiquilpan Hgo: Universidad autónoma del estado de Hidalgo. Instituto de Ciencias de la salud.
- Suñol, R. & Net, A. La calidad de la Atención. Fundación Avedis Donabedian.
- Tovar y acuña (2012). Relación entre satisfacción usuaria y adhesividad al tratamiento y control de salud en usuarios diabéticos tipo 2. *Revista chilena de salud pública* 2012.Vol 16(2): 131-136
- Varela, A. (2010) El reto de evaluar la adherencia al tratamiento en la hipertensión arterial. Artículo de revisión. Pontificia Universidad Javeriana Cali, Colombia. *Revista de Pensamiento Psicológico*, vol. 7, No 14, 2010, pp. 127-140.
- Zambrano R, Duitama JF, Posada JI, Flórez JF (2012). Percepción de la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. *Revista de la Fac. Nac. Salud Pública* 2012; 30(2): 163-174.

APÉNDICE A
INTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

Calidad de Atención en Salud “Programa de Hipertensión arterial”

Señor usuario, esta es una encuesta que permitirá conocer sus opiniones sobre la calidad de atención que está recibiendo y la adherencia terapéutica de su control de Hipertensión. Agradecemos llenarla lo más sincera posible, sus aportes ayudaran a mejorar el servicio

Marque con una **(X)** o rellene los espacios en blanco, para cada una de las siguientes preguntas

EPS: Comfacor ¹ Caprecom ² Saludvida ³

ZONA: Rural ¹ Urbana ²

Edad: _____ **Sexo:** F ¹ M ²

Estado civil: Soltero ^{1.....} Casado ² Unión Libre ³ Viudo ⁴

Situación Ocupacional: Empleado ¹ Independiente ²
 Ama de casa ³ Jubilado ⁴ Desempleado ⁵

Nivel Educativo: Ninguno ¹ Primaria ² Secundaria ³
 Técnico ⁴ Universitario

*Marque con una **(X)** “para cada pregunta **escoja sólo una** respuesta”*

<p>1.El trámite que hizo para ser atendido(a) en la institución, le pareció: 1. muy complicado 2. complicado 3. ni complicado ni sencillo 4. sencillo 5. muy sencillo</p>
<p>2.El tiempo desde que llegó a la IPS para solicitar o asistir a su cita de control, hasta que lo(a) atendieron fue de: <i>en min</i>: _____</p>
<p>3.Este tiempo que tuvo que esperar hasta que lo(a) atendieron, le pareció: 1. muy largo 2. largo 3. ni largo ni corto 4. corto 5. muy corto</p>
<p>4.La valoración medica que le realizaron en su control le pareció: 1. muy mala 2. mala 3. ni mala ni buena 4. buena 5. muy buena</p>
<p>5.La solución o tratamiento que le dieron a la necesidad de salud, le pareció:</p>

1. muy malo 2. malo 3. Regular 4. buena 5. muy buena

6. Los conocimientos y habilidades de los profesionales para solucionar su necesidad de salud le pareció:

1. muy insuficiente 2. Insuficiente 3. ni insuficiente ni suficiente 4. suficiente 5. muy suficiente

7. La orientación que recibió en la institución para efectuar cuidados de su salud en casa le pareció:

1. muy insuficiente 2. Insuficiente 3. ni insuficiente ni suficiente 4. Suficiente 5. muy suficiente

8. La explicación con respecto al procedimiento (examen) que le realizaron, le pareció:

1. muy insuficiente 2. insuficiente 3. ni insuficiente ni suficiente 4. suficiente 5. muy suficiente

9. El aseo de la institución le pareció:

1. muy malo 2. malo 3. ni malo ni bueno 4. bueno 5. muy bueno

10. Las salas de espera, la silletería, las camillas, si las vió o las usó, le parecieron:

1. muy incómodas 2. incómodas 3. ni incómodas ni cómodas 4. cómodas 5. muy cómodas

11. El trato que le dieron secretarias, auxiliares y cualquier otro personal administrativo le pareció:

1. muy malo 2. malo 3. ni malo ni bueno 4. bueno 5. muy bueno

12. El trato que recibió de médicos, enfermeras, bacteriólogos y cualquier otro profesional de salud, le pareció:

1. muy malo 2. malo 3. ni malo ni bueno 4. bueno 5. muy bueno

13. Las respuestas del personal de la institución ante sus inquietudes o preguntas le parecieron:

1. muy insuficiente 2. insuficiente 3. ni insuficiente ni suficiente 4. suficiente 5. muy suficiente

14. La disposición e interés de los funcionarios de la institución ante su necesidad de atención fue:

1. muy mala 2. Mala 3. ni mala ni buena 4. buena 5. muy buena

15. Desde cero (pésimo) hasta cinco (excelente), con cuanto calificaría la calidad del servicio recibido?

Medicina _____ Laboratorio clínico _____ Enfermería _____ Farmacia _____

Secretaria(o) _____ Auxiliares _____ Porteros _____

16. La atención recibida en la institución lo dejó en general?

1. muy insatisfecho 2. Insatisfecho 3. ni insatisfecho ni satisfecho 4. Satisfecho 5. muy satisfecho

ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES DE CONTROL DE HIPERTENSION

Marque con una (X) una de las opciones de respuesta.

	NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	SIEMPRE	CASI SIEMPRE
1. ¿Cuenta con los recursos económicos para trasladarse a la IPS y asistir a su cita de control?					
2. ¿Puede costearse los medicamentos en caso de no suministrarlos el control?					
3. El alto costo de los alimentos recomendados en la dieta se le dificultan?					
4. ¿Cuenta con el apoyo de su familia o allegados para permanecer en el control?					
5. ¿Recibe la atención necesaria de las diferentes áreas (valoración medica - Exámenes de laboratorio – Suministro de medicamentos) para cumplir satisfactoriamente su control?					
6. ¿El personal que lo atiende se preocupa por su permanencia en el control y el mejoramiento de su salud?					
7. ¿Le expresan de forma clara y oportuna la información sobre su estado de salud, tratamiento, forma correcta de tomarlo (dosis y horarios)?					
8. ¿La frecuencia de las citas de control son adecuadas para su estado de salud?					
9. ¿Considera complejo el tratamiento ordenado (cantidad de medicamento-horarios-duración del tratamiento)?					
10. ¿Los medicamentos ordenados han sido efectivos y ha visto mejoría en su estado de salud?					
11. ¿Ha presentado efectos adversos (negativos), en su tratamiento?					
12. ¿Ha podido adaptarse a los cambios de hábitos (Actividad física-alimentación) para mejorar su salud?					
13. ¿Se mantiene motivado y pendiente de asistir a sus citas de control?					
14. ¿Le da temor, ansiedad o nostalgia aceptar su diagnóstico?					
15. ¿Reconoce la necesidad del tratamiento para el mejoramiento de su estado de salud?					
16. ¿Sus creencias influyen en la permanencia y cumplimiento de las indicaciones ordenadas en su control?					
17. ¿Se le ha olvidado tomar los medicamentos de su tratamiento?					
18. ¿Le preocupan los altos riesgos de su enfermedad?					
19. ¿Reconoce los signos de alarma que le indican que su estado de salud ha desmejorado?					
20. ¿Ha suspendido su tratamiento porque ha visto que su estado de salud mejoro?					

APÉNDICE B
MATRIZ INSTRUMENTAL

VARIABLE	DIMENSION	INDICADORES	ITEMS	ESCALA	INSTRUMENTO
CALIDAD DE ATENCION	Accesibilidad	Tramites	1.El trámite que hizo para ser atendido(a) en la institución, le pareció:	1. Muy complicado 2. complicado 3. Ni complicado ni sencillo 4. sencillo 5. Muy sencillo	Instrumento Pecasuss. Udea (2010) Adaptado por la investigadora
		Costos	2. Si tuvo que pagar algo para ser atendido(a), este pago le pareció: (si no tuvo que pagar, pase a la 13)	1. muy malo 2. malo 3. Regular 4. buena 5. muy buena	
	Oportunidad	Tiempos	4.Este tiempo que tuvo que esperar hasta que lo(a) atendieron, le pareció:	1. muy largo 2. largo 3. ni largo ni corto 4. corto 5. muy corto	
	Efectividad	valoración medica	5.La valoración medica que le realizaron en su control le pareció:	1. muy malo 2. malo 3. Regular 4. buena 5. muy buena	
		Solución o tratamiento	6.La solución o tratamiento que le dieron a la necesidad de salud, le pareció:		
		Habilidades del personal	7.Los conocimientos y habilidades de los profesionales para solucionar su necesidad de salud le pareció:	1. muy pocas 2. Pocas 3. ni pocas ni muchas 4. muchas 5. Demasiadas	
		Orientación sobre cuidados	8.La orientación que recibió en la institución para efectuar cuidados de su salud en casa le pareció:	1. muy insuficiente 2. insuficiente 3. ni insuficiente ni suficiente 4. suficiente 5. muy suficiente	

	Explicación del procedimiento	9. La explicación con respecto al procedimiento (examen) que le realizaron, le pareció:	
Estéticas	Aseo	10.El aseo de la institución le pareció:	1. muy malo 2. malo 3. ni malo ni bueno 4. bueno 5. muy bueno
	Comodidad	11.Las salas de espera, la silletería, las camillas, si las vió o las usó, le parecieron:	1. muy incómodas 2. incómodas 3. ni incómodas ni cómodas 4. cómodas 5. muy cómodas
Empatía	Trato	12.El trato que le dieron secretarias, auxiliares y cualquier otro personal administrativo le pareció:	1. muy malo 2. malo 3. ni malo ni bueno 4. bueno 5. muy bueno
		13.El trato que recibió de médicos, enfermeras, bacteriólogos y cualquier otro profesional de salud, le pareció:	
	Respuestas	14.Las respuestas del personal de la institución ante sus inquietudes o preguntas le parecieron:	1. muy insuficiente 2. insuficiente 3. ni insuficiente ni suficiente 4. suficiente 5. muy suficiente
	Disposición	15.La disposición e interés de los funcionarios de la institución ante su necesidad de atención fue:	1. muy mala 2. Mala 3. ni mala ni buena 4. buena 5. muy buena
Satisfacción	calidad	16. Desde cero (pésimo) hasta cinco (excelente), con cuanto calificaría la calidad del servicio recibido?	Medicina _____ Laboratorio clínico _____ Enfermería _____ Farmacia _____ Secretaria(o) _____ Porteros _____ Auxiliares _____
	Satisfacción General	17. La atención recibida en la institución lo dejó en general?	1. muy insatisfecho 2. Insatisfecho 3. ni insatisfecho ni satisfecho

				4. Satisfecho 5. muy satisfecho	
		Adhesión	18. Volvería al Hospital?:	Si____ No____	
			19. Que debe mejorar el hospital?:	_____	
ADHERENCIA TERAPÉUTICA	Factores Socio-económicos	Recursos	20.¿Cuenta con los recursos económicos para trasladarse a la Hospital y asistir a su cita de control?	1.Nunca 2.Casi nunca 3.A veces 4.Siempre 5.Casi siempre	
			21.¿Puede costearse los medicamentos en caso de no suministrarlos el control?		
			22. Los alto costo de los alimentos recomendados en la dieta se le dificultan?		
		Apoyo	23.¿Cuenta con el apoyo de su familia o allegados para permanecer en el control?		
	Factores relacionados con el sistema de salud	Atención integral	24.¿Recibe la atención necesaria de las diferentes áreas (valoración medica - Exámenes de laboratorio – Suministro de medicamentos) para cumplir satisfactoriamente su control?		
		Interés	25.¿El personal que lo atiende se preocupa por su permanencia en el control y el mejoramiento de su salud?		
		Claridad de Explicaciones	26.¿Le expresan de forma clara y oportuna la información sobre su estado de salud, tratamiento, forma correcta de tomarlo (dosis y horarios)?		
		Frecuencia de Citas	27.¿La frecuencia de las citas de control son adecuadas para su estado de salud?		
	Factores relacionados con el Tratamiento	Complejidad del tratamiento	28.¿Considera complejo el tratamiento ordenado (cantidad de medicamento-horarios-duración del tratamiento)?		
		Efectividad del Tratamiento	29.¿los medicamentos ordenados han sido efectivos y ha visto mejoría en su estado de salud?		
Efectos adversos		30.¿Ha presentado efectos adversos (negativos), en su tratamiento?			

En base al instrumento de Quiroz (2012) y Zambrano, et al (2012)

	Adaptación a hábitos	31.¿Ha podido adaptarse a los cambios de hábitos (Actividad física-alimentación) para mejorar su salud?
Factores relacionados con el Paciente	Motivación	32.¿Se mantiene motivado y pendiente de asistir a sus citas de control?
	Aceptación	33.¿Le da temor, ansiedad o nostalgia aceptar su diagnóstico?
	Percepción Positiva del tratamiento	34.¿Reconoce la necesidad del tratamiento para el mejoramiento de su estado de salud?
	Creencias	35.¿Sus creencias influyen en la permanencia y cumplimiento de las indicaciones ordenadas en su control?
	Negligencia	36.¿Se le ha olvidado tomarse los medicamentos de su tratamiento?
Factores relacionados con la Enfermedad	Riesgos	37.¿ Le preocupan los altos riesgos de su enfermedad?
	signos de alarma	38.¿Reconoce los signos de alarma que le indican que su estado de salud ha desmejorado?
	Cambios de hábitos	39.¿Ha suspendido su tratamiento porque ha visto que su estado de salud mejoro?

APÉNDICE C
MATRIZ DE CONSISTENCIA

TEMA DE ESTUDIO	PROBLEMA	OBJETIVO	HIPOTESIS	METODOLOGIA	MARCO CONCEPTUAL
<p style="text-align: center;">CALIDAD DE ATENCIÓN Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN USUARIOS DEL PROGRAMA DE HIPERTENSION ARTERIAL DEL HOSPITAL SAN JORGE AYAPEL: COLOMBIA, 2015.</p>	<p>1. Problema General</p> <p>¿Cuál es la relación de la calidad de atención y la adherencia terapéutica en usuarios del programa de hipertensión arterial, del Hospital San Jorge Ayapel: Colombia, 2015?</p>	<p>1. Objetivo General</p> <p>Determinar la relación de la calidad de atención y la adherencia terapéutica en usuarios del programa de hipertensión arterial del Hospital San Jorge Ayapel: Colombia, 2015</p>	<p>1. Hipótesis General</p> <p>H1:Existe relación y significativa entre la calidad de atención y la adherencia terapéutica en usuarios del programa de hipertensión arterial, del Hospital San Jorge Ayapel: Colombia, 2015</p> <p>H0: No existe relación entre la calidad de atención y la adherencia terapéutica en usuarios del programa de hipertensión arterial, del Hospital San Jorge Ayapel: Colombia, 2015</p>	<p>Tipo: Descriptivo, correlacional, Corte de Transversal</p> <p>Diseño: No experimental</p> <p>Estructura:</p> <p>X r Y</p> <p>X: Calidad de Atención Y:Adherencia terapéutica r: La relación</p>	<p>Calidad de atención percibida: Consiste en la imagen o el concepto de la calidad de un servicio que tienen sus usuarios</p>

CALIDAD DE ATENCIÓN Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN USUARIOS DEL PROGRAMA DE HIPERTENSION ARTERIAL DEL HOSPITAL SAN JORGE AYAPEL: COLOMBIA, 2015	2. Problemas específicos	2. Objetivos Específicos	2. Hipótesis específicas	Población y Muestra	Adherencia terapéutica: Es el grado de comportamiento de una persona para tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria.
	2.1 ¿Cuál es el nivel de calidad de atención que perciben en usuarios del programa HTA?	2.1 Identificar el nivel de calidad de atención que perciben en usuarios del programa HTA		Población: 204 Pacientes Muestra: 134 No aleatorio No probabilística (con uso de la formula probabilística para representatividad)	
	2.2 ¿Cuál es el nivel de adherencia terapéutica en usuarios del programa HTA?	2.2 Identificar el nivel de adherencia terapéutica en usuarios del programa HTA?			
	2.3 ¿Cuál es la relación entre la Accesibilidad y la adherencia terapéutica en usuarios del programa HTA?	2.3 Determinar la relación entre la Accesibilidad y la adherencia terapéutica en usuarios del programa HTA	2.3 Existe relación significativa entre la Accesibilidad y la adherencia terapéutica en usuarios del programa HTA		
	2.4 ¿Cuál es la relación entre la Oportunidad y la adherencia terapéutica en usuarios del programa HTA?	2.4 Determinar la relación entre la Oportunidad y la adherencia terapéutica en usuarios del programa HTA	2.4 Existe relación significativa entre la Oportunidad y la adherencia terapéutica en usuarios del programa HTA		
	2.5 ¿Cuál es la relación entre la Efectividad y la adherencia terapéutica en usuarios del programa HTA?	2.5 Determinar la relación entre la Efectividad y la adherencia terapéutica en usuarios del programa HTA?	2.5 Existe relación significativa entre la Efectividad y la adherencia terapéutica en usuarios del programa HTA		
	2.6 ¿Cuál es la relación entre la Estética y la adherencia terapéutica en usuarios del programa HTA?	2.6 Determinar la relación entre la Estética y la adherencia terapéutica en usuarios del programa HTA	2.6 Existe relación significativa entre la Estética y la adherencia terapéutica en usuarios del programa HTA		
	2.7 ¿Cuál es la relación entre la Empatía y la adherencia terapéutica en usuarios del programa HTA?	2.7 Determinar la relación entre la Empatía y la adherencia terapéutica en usuarios del programa HTA	2.7 Existe relación significativa entre la Empatía y la adherencia terapéutica en usuarios del programa HTA		
	2.8 ¿Cuál es la relación entre la Satisfacción y la adherencia terapéutica en usuarios del programa HTA?	2.8 Determinar la relación entre la Satisfacción y la adherencia terapéutica en usuarios del programa HTA	2.8 Existe relación significativa entre la Satisfacción y la adherencia terapéutica en usuarios del programa HTA		

HOJAS DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS

CUESTIONARIO SOBRE “Calidad de atención en salud y adherencia al tratamiento”

INSTRUCCIÓN: Sírvase encerrar dentro un círculo, el número (representa porcentaje) que crea conveniente para cada pregunta.

1. ¿Considera usted que el instrumento cumple el objetivo propuesto?
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 (%)
2. ¿Considera usted que este instrumento contiene los conceptos propios del tema que se investiga?
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 (%)
3. ¿Estima usted que la cantidad de ítems que se utiliza son suficientes para tener una visión comprensiva del asunto que se investiga?
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 (%)
4. ¿Considera usted que si aplicara este instrumento a muestras similares se obtendrían datos también similares?
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 (%)
5. ¿Estima usted que los ítems propuestos permiten una respuesta objetiva de parte de los informantes?
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 (%)
6. ¿Qué ítems cree usted que se podría agregar?

7. ¿Qué ítems se podrían eliminar?

_____.

Fecha: _____ Firma: _____

Validado por: _____

Grado académico: _____