

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICA

POSGRADO EN SALUD PÚBLICA



**EXCLUSIÓN EN EL ACCESO A LA ATENCION EN SALUD, DE
MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE OSTEOPOROSIS. NACAOME,
DEPARTAMENTO DE VALLE, HONDURAS. ABRIL A JUNIO 2015**

PRESENTADO POR:

LIGIA PATRICIA ORDOÑEZ DE CALONA

TUTORA:

DRA. NORA RODRIGUEZ

TEGUCIGALPA, HONDURAS.

diciembre 2018

**AUTORIDADES UNIVERSITARIAS
UNAH**

**RECTOR
DR. FRANCISCO JOSÉ HERRERA ALVARADO a.i.**

**VICE RECTORA ACADEMICA
MSc. BELINDA FLORES**

**VICE RECTOR DE ORIENTACIÓN Y ASUNTOS ESTUDIANTILES
Abg. AYAX IRIAS COELLO**

**VICE RECTOR DE ASUNTOS INTERNACIONALES
Dr. JULIO RAUDALES**

**SECRETARIA GENERAL
Abg. ENMA VIRGINIA RIVERA**

**DIRECTOR DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA
Dr. SANTIAGO JAIME RUÍZ ALVAREZ**

**DIRECTOR DE POSGRADOS
Dr. ARMANDO EUCEDA**

**DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
Dr. JORGE ALBERTO VALLE RECONCO a.i.**

**SECRETARIO ACADÉMICO FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
Dra. BETTY YAMILETH ÁVILA ALVARADO**

**COORDINADOR GENERAL POSGRADOS FACULTAD CIENCIAS MÉDICAS
Dr. ARNOLDO ZELAYA**

**COORDINADORA ACADÉMICA DEL POSGRADO DE SALUD PÚBLICA
MSc. MARTA ISABEL FONSECA GODOY**

Índice

I. Introducción	1
II. Objetivo General	5
III. Marco Teórico.....	6
3.1 Derecho a la salud.....	6
3.1.1 Determinantes sociales de la salud y equidad.....	8
3.1.2 Protección Social de la Salud	10
3.2 Sistemas de salud.....	11
3.3 Modelo de atención.....	16
3.4 Exclusión en salud.....	17
3.4.1. Implicaciones de la Exclusión	20
3.4.2 Dimensiones y causas de exclusión en salud	21
3.4.3 Exclusión en salud de Honduras	23
3.5 Sistema nacional de salud de Honduras	24
3.5.1 Modelo nacional de salud Honduras.	27
3.6 Osteoporosis	29
3.6.1 Situación Mundial de la Osteoporosis	31
3.6.2. Situación Latinoamericana de la osteoporosis	33
3.6.3. Manifestaciones clínicas de la osteoporosis	34
3.6.4. Clasificación de la Osteoporosis	35
3.6.5. Factores de riesgo.....	36
3.6.6. Diagnóstico de osteoporosis	37
3.6.7. Tratamiento de la osteoporosis	38
3.7. Características Sociodemográficas de la población en estudio.....	38
IV. Metodología.....	40
V. RESULTADOS	43

VI. ANALISIS DE RESULTADOS.....	78
VII. CONCLUSIONES.....	93
VIII. RECOMENDACIONES	95
IX. Bibliografia	97
X. ANEXOS.....	104

DEDICATORIA

Todo el trabajo realizado en dicha investigación es dedicado a DIOS primeramente quien me dio la oportunidad de estudiar la Maestría de Salud Pública y poder culminar con éxitos dichos estudios, a mi amada familia mi esposo Abraham Calona y mis hijos quienes me brindaron todo el apoyo y paciencia; a mis maestros del Posgrado de Salud Publica quienes con esmero, me enseñaron y transmitieron todos los conocimientos necesarios para lograr un alto nivel académico que contribuye en mi desempeño laboral, creando muchas expectativas laborales en un futuro cercano. Todo el esfuerzo realizado que culmina con el desarrollo de dicha investigación lo dedicamos también a todas las mujeres con osteoporosis a quienes se les debe incluir dentro del nuevo modelo de salud para que sin duda alguna se les permita ejercer su derecho a la salud y ser atendidas adecuadamente.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a DIOS primeramente por culminar mis estudios de la maestría, a mi familia que por muchos días me tuvieron paciencia y me animaron; a mi maestra y asesora de tesis la Dra. Nora Rodriguez, quien me motivo a seguir cada día y nunca me dejó sola, a mis maestros que en cada clase impartida nos brindaron muchos conocimientos y se preocuparon por que culminaré mis estudios con excelencia. Mi más sincero agradecimiento a la Lic. Martha Fonseca quien fue mi consejera y me enseñó la importancia de gestionar y realizar planes estratégicos.

Muchos recuerdos quedaran en mi mente por los cuales agradezco a DIOS el haber compartido tiempos inolvidables con mis compañeros los chicos excelentes. También un agradecimiento a las autoridades de la Facultad de Ciencias Médicas por mantener la Maestría en Salud Publica activa, formando profesionales preparados y listos para promover la Salud Publica en nuestro país Honduras.

I. Introducción

En las últimas décadas del siglo XX y XXI las transformaciones sociales y económicas han producido cambios en la salud de la población y en las políticas de prestación de los servicios de salud, buscando así la atención de alta calidad centrada en el usuario. Los sistemas de salud en muchos países son integrados, públicos y de seguridad social, funcionando coordinados con mejores indicadores y cobertura; en cambio en los países que aún no lo tienen, presentan desigualdades en las atenciones entre las zonas urbanas y las rurales, donde la accesibilidad a los servicios de salud se relaciona con los altos costos en los diagnósticos, tratamientos y la información que el usuario tenga sobre su enfermedad, limitando la posibilidad de un tratamiento efectivo y oportuno.

Comparar los diferentes sistemas de salud permite realizar una estimación de la población que no está cubierta por los servicios; sobre todo en grupos más postergados que otros, quienes presentan mayor incidencia de morbilidad y mortalidad. En la actualidad a nivel mundial y nacional existen grupos poblacionales que se encuentran excluidos de una protección social en salud; y no pueden acceder a los servicios, para cubrir sus necesidades más básicas de salud, educación, vivienda que son tan importantes en la calidad de vida de las personas.

La exclusión de la población en los servicios de salud, es analizada desde diferentes enfoques como son cobertura, accesibilidad y estructura en los procesos de los sistemas de salud; considerada como un problema importante

de salud pública porque constituye la negación del derecho a la salud de las personas, también porque genera serios problemas al interior del sistema económico y social en los países expresando inequidad y agravando los problemas de salud en la población, debido a una inadecuada asignación de recursos en los sistemas de salud.

En los países de la región de América Latina y el Caribe, la exclusión en salud aparece ligada varios factores como la pobreza, la marginalidad, la discriminación (racial, social, de género), así como a patrones culturales incluyendo el idioma, a la informalidad en el empleo, al subempleo y al desempleo, al aislamiento geográfico y a un bajo nivel de educación o información de los usuarios en los servicios. Además, existen características propias de la estructura de los sistemas de salud que inducen la exclusión.

La exclusión social en salud en un determinado grupo poblacional, como lo constituyen las mujeres (consideradas un grupo vulnerable), quienes con la oportunidad de recibir un diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, en este caso la osteoporosis, constituye un verdadero problema social, económico y de salud pública; según la OMS existe una tendencia a epidemia de dicha enfermedad en los países desarrollados, por ser considerada una enfermedad multifactorial, que en la actualidad es un problema de salud mundial muy poco estudiado.

La osteoporosis una enfermedad sistémica progresiva que produce una disminución de la masa ósea y deterioro de la micro arquitectura donde los huesos van perdiendo progresivamente masa, densidad y resistencia. Se describe que la masa ósea del adulto se alcanza el valor máximo aproximadamente a los 35 años, manteniendo un equilibrio normal constante de la masa esquelética. Esta enfermedad actualmente es considerada un problema de salud muy grave porque puede presentarse a cualquier edad; siendo uno de los trastornos más asociados con el envejecimiento.

En la ciudad de Nacaome, departamento de Valle, situado en la zona sur del país Honduras, es frecuente encontrar osteoporosis en mujeres jóvenes, y con mayor frecuencia en mujeres post menopáusicas, que pueden llegar a presentar fracturas de caderas y fémur como su mayor complicación, causando discapacidad ya sea temporal o permanente, incidiendo en la calidad de vida de las mujeres. En la actualidad en Honduras existe muy poca información sobre la enfermedad de osteoporosis, su prevalencia o incidencia en el país y sobre todo si las unidades o establecimientos de salud de la ciudad de Nacaome cuentan con una estructura adecuada para ofrecer el acceso equitativo y una atención adecuada y de calidad a la población femenina con diagnóstico de osteoporosis.

Se realizó la presente investigación encontrándose hallazgos muy importantes que contribuirán a las autoridades sanitarias que dirigen el sistema sanitario de Honduras para la toma de decisiones; dentro ellas las más importantes fueron las

características sociodemográficas de las mujeres con osteoporosis en un rango de edad de 55 a 65 años, procedentes de la ciudad Nacaome Valle, con ingresos económico promedio entre L. 1200-3000, quienes en su mayoría poseen casa propia en su mayoría y cuentan con los servicios básico necesarios; el acceso a la atención en la unidad de salud en cuanto al tiempo de atención es menor de una hora, pero con poco acceso al examen de densitometría ósea para diagnosticar la enfermedad de osteoporosis; el tratamiento para dicha enfermedad es adquirido en farmacias privadas generando gastos de bolsillo. La atención es brindada por médicos en servicios social, sin registros de dichas atenciones y sin un programa a seguir en el manejo de dicha enfermedad.

II. Objetivo General

Caracterizar la exclusión en el acceso a la atención en salud de mujeres con diagnóstico de Osteoporosis en la ciudad de Nacaome, Departamento de Valle, Honduras, de abril a junio 2015.

Objetivos específicos

- 1.-** Describir las características sociodemográficas de las mujeres con diagnóstico de osteoporosis en la ciudad de Nacaome, Valle.
- 2.-** Identificar el proceso de atención utilizado en el establecimiento de salud, en las mujeres con diagnóstico de osteoporosis en la ciudad de Nacaome, Valle.
- 3.-** Identificar la existencia de barreras externas e internas de la exclusión en salud, en la atención de mujeres con diagnóstico de osteoporosis en la ciudad de Nacaome, Valle.

III. Marco Teórico

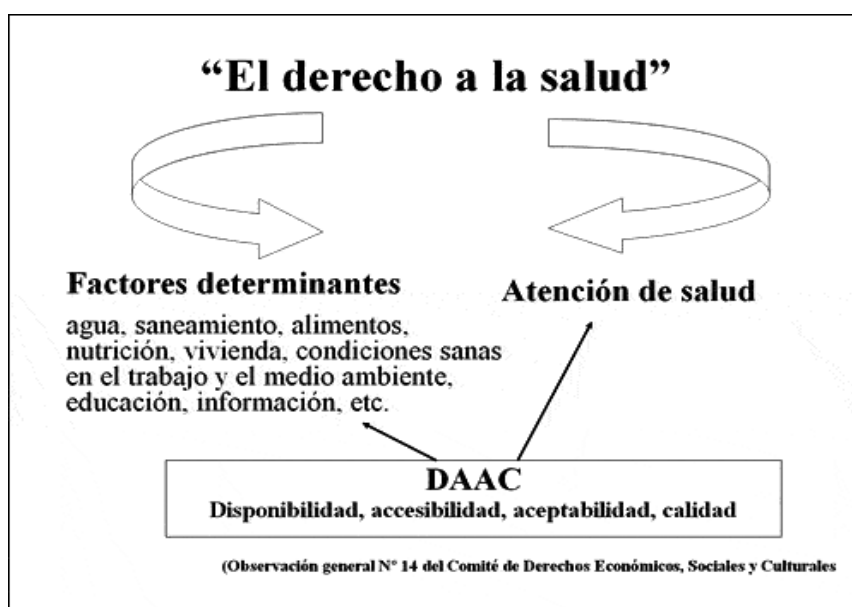
3.1 Derecho a la salud

La OMS establece que el goce del máximo grado de salud que todo individuo puede alcanzar es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano. El derecho a la salud significa la garantía que el Estado ofrece, con condiciones dignas de vida y un acceso universal e igualitario a las acciones y servicios de promoción, protección y recuperación de la salud; esto es a todos sus niveles, a todos los habitantes del territorio nacional.

La salud, como derecho fundamental se convierte en políticas y planes para la equidad, la justicia social y la igualdad de oportunidades (Flores-Sandy, 2012). En la actualidad existen 15 millones de personas en todo el mundo viviendo situaciones económicas catastróficas y otros 100 millones viviendo debajo del umbral de pobreza debido a los gastos en salud que realizan. Por tal razón el tener derecho a la salud significa que cada Estado o Gobierno deberá crear las condiciones necesarias que permitan a todas las personas tener una vida lo más saludable posible.

El derecho a la salud no solo debe entenderse como el solo hecho de estar sano, sino que las condiciones deben ser garantizar la disponibilidad de los servicios de salud, acceso, calidad y aceptabilidad de facilidades, bienes, servicios y condiciones para alcanzar el mayor nivel posible de salud, siempre que este nivel asegure vivir conforme a la dignidad humana; también todos los determinantes

sociales de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, un suministro adecuado de alimentos sanos, nutrición y vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, acceso a la educación e información relacionada con la salud. (OMS, 2013)



Fuente de datos: Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (OMS, 2013)

El derecho a la salud está formado por cuatro elementos importantes:

Disponibilidad. Donde se debe contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas de salud.

Accesibilidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos; en cuatro dimensiones: No discriminación, Accesibilidad

física, Accesibilidad económica (asequibilidad), Acceso a la información (Lazcano Ponce, Tamayo, Díaz, Burguete, & Salmeron , 2009)

Aceptabilidad. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados.

Calidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. (OMS, 2013) Es obligación básica de cualquier estado o gobierno adoptar y aplicar una estrategia, con plan de acción nacional en salud pública con especial atención a los grupos vulnerables o marginados.

3.1.1 Determinantes sociales de la salud y equidad

Los Determinantes Sociales de la Salud, según la Organización Mundial de la Salud, se define como «las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Abordar los Determinantes Sociales de la Salud implica considerar las diferencias sistemáticas en la población por sexo, edad, etnia, ingresos, educación y el área geográfica urbana o rural en donde vive y se distribuye de acuerdo con un gradiente de desventaja económica, que propicia que los pobres sufran desproporcionadamente más riesgos de enfermar y sus consecuencias. (Block, 2015). Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas.

El acceso a un sistema sanitario de calidad tiene un poder explicativo bajo en relación con las desigualdades sociales en salud; tales desigualdades obedecen sobre todo a factores sociales, que tienen que ver con las diferencias de estatus y las desigualdades materiales, que trae al menos dos efectos sobre la equidad, entendida ésta como la eliminación de las diferencias injustas en salud, también como la ausencia de disparidades sistemáticas en salud entre grupos con diferentes niveles de ventajas/desventajas ligadas al género, la riqueza, el poder, la etnia, la edad. Las desigualdades de salud suelen centrarse en los factores biomédicos, incluida la atención sanitaria, que son los que mejor dominan los profesionales de la medicina, dejando a un lado los factores sociales de la salud, mucho más difíciles de detectar, controlar y cambiar por los mismos profesionales; el tener acceso a una atención sanitaria de calidad tiene una capacidad explicativa limitada para abordar la desigualdad de salud. La prueba es que ésta persiste incluso en los países que disponen de una atención sanitaria universal y de calidad. (Puyol, 2012)

La equidad en salud es a la vez un concepto ético y un indicador fundamental de justicia social, se refiere a la creación de las mismas oportunidades y a la reducción de las diferencias en salud al nivel más bajo posible. Las inequidades son aquellas diferencias en salud que no solo son innecesarias y evitables, sino que, además, son consideradas injustas, que se transmite de generación en generación y es estructural porque se perpetúa a través de las instituciones políticas, económicas y sociales. El reto para América Latina es conocer a fondo

su población, reconocer a los ciudadanos cubiertos por el sistema y conocer a los grupos vulnerables, para acercarse a ellos y brindarles una protección que se adecúe a sus necesidades. (Madrigal M. d., 2015)

3.1.2 Protección Social de la Salud

La Protección Social en Salud (PSS) ha evolucionado en los últimos tiempos a una propuesta en la cual el Estado asegura la atención a través de la provisión de servicios, con la responsabilidad social de conseguir que la población en general tenga acceso a la protección y al cuidado de su salud; implica un acceso seguro a formas aceptables, a mecanismos que permitan satisfacer necesidades básicas y ejercer derechos fundamentales como el empleo, servicios de salud, educación, alimentación y vivienda. (OPS, 2011)

La Protección Social en Salud es lograr:

- El acceso a los servicios como expresión de la integración social, económica geográfica, cultural, étnica y de género.
- El financiamiento solidario que asegure a las personas y hogares.
- El respeto a la diversidad, calidad y dignidad de las personas y grupos.

Tal como lo refleja el Informe Salud en las Américas, 2012 de la OPS, “En los últimos años, varios países revisaron sus marcos jurídicos e instrumentaron políticas de reestructuración de los sistemas y servicios basadas en el ejercicio del derecho a la salud con énfasis en la inclusión y la integralidad de las

prestaciones, el trato humanitario, la participación activa de los ciudadanos en la salud, el reconocimiento de la autoridad sanitaria nacional como rectora, la consolidación de los principios de la atención primaria de salud como normativa y la ampliación de la protección social sanitaria. Incluso, algunos países emitieron nuevas constituciones que proclaman la relación entre la salud y el desarrollo integral, reconocen la interculturalidad y garantizan el acceso gratuito de la población a los servicios sanitarios en todos los niveles de atención.” (OPS,OMS, 2016)

3.2 Sistemas de salud.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), un sistema de salud es una estructura social que está constituida por el conjunto de personas y acciones destinados a mantener y mejorar la salud de la población. Incluye por tanto diferentes elementos interrelacionados como instituciones, organismos y servicios que llevan a cabo, a través de acciones planificadas y organizadas, una variedad de actividades cuya finalidad última es la mejora de la salud, ofrecer un trato adecuado a los usuarios y ser sostenible financieramente.

Entre ellas se incluyen actividades de promoción y protección de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad, y rehabilitación.

Según la OMS, un sistema de salud ideal debería caracterizarse por:

- Ser universal, entendiendo por universalidad la cobertura total de la población.
- Prestar una atención integral que incluye la promoción de la salud, así como la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de la enfermedad.
- Ser equitativo en la distribución de los recursos.
- Ser eficiente.
- Ser flexible para así poder dar respuesta a las nuevas necesidades que se vayan presentando.
- Ser participativo: toda la población debe participar de algún modo en la planificación y la gestión del sistema sanitario. (María Seguí-Gómez, Estefanía A. Toledo Atucha, José Juan Jiménez-Moleón, 2013)

a) Clasificación de los sistemas de servicio de salud.

1. Sistema único de salud.

A) Asistencia pública, con estructura única, pública, financiada con recursos del Estado. Cobertura universal.

B) Seguridad social es una red única de servicios, pero con una normativa común. Su cobertura es universal y se financia fundamentalmente con contribuciones obrero- patronales.

2. Sistemas mixtos. Existencia de varios sectores prestadores de servicios con diferente desarrollo. Con deficientes coberturas con duplicidad.

También existe otra clasificación la cual está relacionada con el financiamiento y la provisión de la asistencia sanitaria estos son:

- **Sistemas públicos:** La asistencia sanitaria se considera un derecho. El Estado garantiza y financia las prestaciones sanitarias. El sistema se financia principalmente mediante impuestos y la asignación de los recursos se hace a través de los Presupuestos Generales del Estado. La universalidad y la equidad son las bases del sistema.
- **Seguridad social.** Con Cobertura universal y financiamiento por contribuciones obrero-patronales. Inicia en países como Alemania, Francia.
- **Aseguramiento privado.**
 - La asistencia sanitaria se considera un bien individual.
 - Las contribuciones al sistema no son obligatorias.
 - La cuantía de las contribuciones está relacionada directamente con el riesgo de enfermar y el potencial uso de servicios del sujeto.

Ej. EE.UU. (María Seguí-Gómez, Estefanía A. Toledo Atucha, José Juan Jiménez-Moleón, 2013)

Existen ciertos factores propios de los sistemas de salud que generan exclusión, con grandes brechas en la equidad, en la utilización de los servicios y en los resultados de la salud, restringiendo de manera importante el ejercicio del

derecho a la salud; los factores que dan origen a insuficiencias que se manifiestan en todas las funciones de los sistemas en dos ámbitos: (Acuña, y otros, 2014)

- a) En la arquitectura de los sistemas destinados a proteger la salud.
- b) En la forma de organizar las intervenciones y asignación de los recursos.

Factores relacionados con la arquitectura de los sistemas son:

- 1) **La segmentación:** Genera exclusión porque impone condiciones de acceso a los sistemas de salud posible solo a los grupos sociales más privilegiados en lo social. Como consecuencia de ello, los excluidos en salud son mayormente los pobres, que viven en el medio rural y que están insertos en la economía informal.
- 2) **La fragmentación:** Limita el ejercicio del derecho a la salud porque la existencia de múltiples agentes sin mecanismos de coordinación impide una estandarización adecuada de la calidad, costo y aplicación de las intervenciones de salud. La fragmentación de la provisión al interior del subsistema público tiene importantes dimensiones territoriales en el caso de Bolivia, Honduras, Guatemala y Ecuador, donde la oferta de servicios de salud en el medio rural se ve seriamente restringida por la debilidad de los mecanismos de referencia y contra referencia. (Acuña, y otros, 2014)

Factores relacionados con la asignación de recursos.

Los factores que más generan exclusión se encuentran en la asignación, distribución y capacidades de los recursos humanos; también en la magnitud, distribución del gasto público y en lo territorial de la red de los servicios.

Recursos Humanos: Como en muchas regiones del mundo, los sistemas de salud de la mayoría de los países de América Latina y El Caribe enfrentan serios problemas de insuficiencia, mala distribución, formación inadecuada y condiciones precarias de trabajo para sus recursos humanos.

Magnitud y distribución del gasto público: Constituyen herramientas poderosas para el logro de mayores niveles de equidad al interior de los sistemas de salud. En los países con sistemas de salud altamente segmentados, el financiamiento público para salud es en general reducido, el gasto privado en salud es elevado y corresponde casi totalmente a gasto de bolsillo y las coberturas de salud por el sector público son bajas. (Acuña, y otros, 2014)

Distribución territorial de la red de servicios y la infraestructura de salud:

La concentración de la infraestructura física y tecnológica de salud en las regiones más ricas y en los centros urbanos determina que la utilización de dicha infraestructura sea restringida para los grupos de población que viven en zonas geográficas pobres, rurales y dispersas. Una medida del acceso es la utilización de los servicios de salud, que refleja la proporción de recursos que cada subsistema destina a atender a la población. (Acuña, y otros, 2014)

La experiencia de América Latina y el Caribe demuestra que la reducción de la exclusión en salud conlleva un abordaje que suma diversas modalidades de intervención, públicas y privadas, integrando estrategias estatales y de la sociedad civil. En el ámbito del financiamiento, el desafío consiste en organizar sólidamente las diferentes fuentes de financiamiento para permitir abordar los requerimientos en salud de la población tanto de servicios de salud personales como de los no personales- con criterios de equidad y sostenibilidad.

En cuanto al aseguramiento en salud, el desafío consiste en encontrar el balance adecuado entre los esquemas de aseguramiento obligatorio de financiación pública o solidaria y los de financiación privada y en la provisión de servicios el reto consiste en reorientar el modelo de atención para que responda efectivamente a las necesidades de salud de la población. (Acuña, y otros, 2014)

3.3 Modelo de atención

Un Modelo de atención en Salud es aquel que generara principios de operación claros partiendo de la UNIDAD DE SALUD, es más que solo los servicios que presta, sino la búsqueda de la excelencia en la articulación entre el financiamiento, la prestación garantizada de servicios y una adecuada utilización a corto, mediano y largo plazo de los servicios que satisfaga las necesidades en salud de todos los usuarios sin ninguna excepción, con puntos principales a desarrollar como ser la equidad, solidaridad, universalidad, eficiencia y la calidad de los servicios. (Carmenate Milan, Herrera Ramos, & Ramos Caceres, 2016)

En los momentos actuales se necesitan sistemas de servicios de salud que evidencian un elevado nivel de atención en la salud de sus poblaciones; pero sin olvidar que cada país debe diseñar y estructurar su propio sistema de salud de acuerdo a su cultura, condiciones geográficas y sociales. Los éxitos en la solución de problemas o en el fracaso en los diferentes modelos se pueden presentar, porque no existe un modelo ideal que funcione en cualquier cultura y latitud, pero sin embargo hay experiencias exitosas que pueden ser fruto del análisis y la adaptación a otras realidades.

3.4 Exclusión en salud

A nivel mundial la exclusión en salud es un problema muy importante; aun cuando se han registrado avances en las Américas en materia de salud, persisten desigualdades y diferencias en la situación de salud que reflejan un gradiente social: cuanto peor es la situación socioeconómica, peor es el estado de salud. En América Latina y el Caribe a pesar de las reformas que los sistemas de salud han experimentado durante los últimos 15 años, se observa un porcentaje considerable en la población de la región que se encuentra excluida de la protección social frente a los riesgos de enfermar y morir. (Acuña, y otros, 2014)

Aunque la exclusión en salud presenta diferentes causas y de difícil medición, se estima que en América Latina y el Caribe en el 2014, los gastos totales en salud en la Región ascendieron en promedio a 14,2% del PIB, pero con grandes desniveles, pues solo Canadá, Costa Rica, Cuba, Estados Unidos de América y

Uruguay superaron el umbral de 6% de gasto público en salud como porcentaje del PIB (OPS, 2017)

La exclusión en salud, entendida como la falta de acceso que tienen ciertos grupos o personas a los bienes, servicios y oportunidades que mejoran o preservan el estado de salud, a los que otros individuos y grupos de la sociedad disfrutan. Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) la exclusión en salud “es la negación del derecho a satisfacer las necesidades de salud de una persona o grupo de personas en una sociedad determinada” (Padron Innamorato & Roman Reyes, 2010)

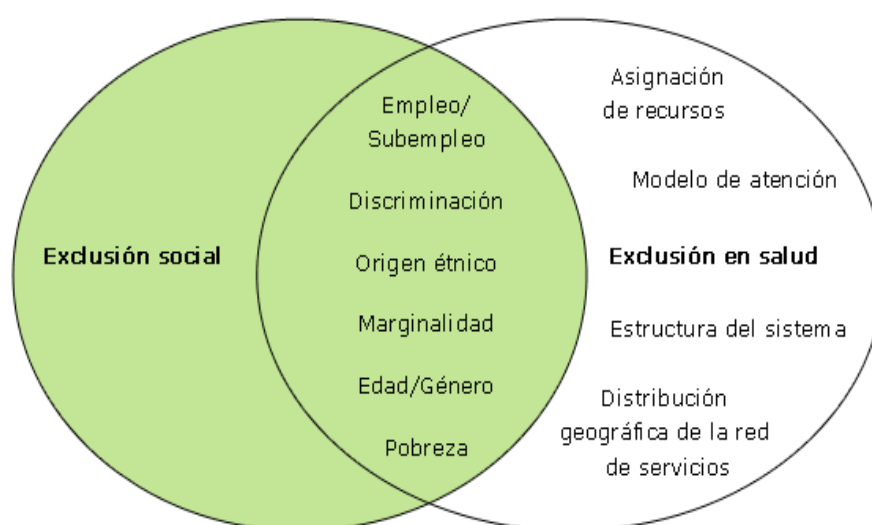
La pobre información, que es un elemento determinante de la relación entre los agentes en salud y el paciente, resulta importante considerarla como barrera de acceso sobre todo por los mecanismos de interrelación entre usuarios, aseguradores y proveedores. (Padron Innamorato & Roman Reyes, 2010)

La exclusión en salud puede expresarse en alguna de las siguientes situaciones:

- 1.** Falta de acceso a los mecanismos básicos de satisfacción de las necesidades de salud: cuando no existe la infraestructura mínima que permite proveer servicios de salud o las personas no pueden acceder a ella debido a barreras geográficas, económicas, culturales o de otro tipo.
- 2.** Falta de acceso a los mecanismos de protección financiera contra los riesgos y consecuencias de enfermar: cuando las personas no pueden acceder a un

esquema de seguros de salud o no cuentan con los recursos económicos suficientes.

3. Falta de acceso a los mecanismos de satisfacción de las necesidades de salud en condiciones adecuadas de oportunidad, calidad y dignidad, independientemente de la capacidad de pago, hablar de acceso no es más que la capacidad de entrar en contacto con los servicios de satisfacción de las necesidades de tener salud (Padron Innamorato & Roman Reyes, 2010)



Fuente: Ob.cit. 17.

Fig. 3. Relación exclusión social y exclusión en salud.

Fuente: OPS/OMS

(Agost Felip & Martin Alfonso, 2012)

3.4.1. Implicaciones de la Exclusión

Existen algunas implicaciones de la exclusión, las cuales se pueden analizar en base:

- A la salud de la población, si las personas no tienen acceso regularmente a los servicios de salud, el resultado será la afección de su salud; observamos a exclusión en los servicios curativos ocasionando que las personas enfermas pueden agravarse antes de conseguir llegar a un servicio de salud, con el riesgo de morir o tener discapacidad.
- Sobre la equidad. Se dice que la exclusión es una desigualdad entre las personas que es injusta y evitable.
- Sobre la opinión pública. La progresiva globalización y el mayor acceso a la información hacen a la exclusión un factor de presión, debido que las personas están más conscientes que según el nivel socioeconómico así será el acceso a los servicios de salud.
- Sobre la efectividad y la eficacia del gasto individual. La falta de Protección Social en la Salud ocasiona un gasto económico excesivo en salud de las personas excluidas. Teniendo que pagar de su bolsillo la prestación de los servicios médicos.

Existen dos grandes dimensiones en la medición o caracterización de la exclusión, la primera, son las asociadas a la exclusión social en salud, se refiere a la negación del ejercicio del derecho ciudadano a gozar de una vida saludable

y la segunda, propiamente en una exclusión de la atención, con una negación al derecho de contar con atención médica en caso de enfermedad. Las principales causas de exclusión social son las externas o exógenas al sistema de salud y las causas internas predominan en la exclusión de la atención en salud. (OPS, 2006)

3.4.2 Dimensiones y causas de exclusión en salud

Dimensión	Tipo de exclusión	Causa de exclusión	Concepto
Externa al sistema de salud	Barreras de acceso	Económica	Incapacidad de los hogares/ personas para financiar los gastos requeridos para la atención de salud.
		Geográfica	Dificultades para acceder de manera oportuna y sistemática a los servicios de salud por razones de localización y distribución espacial de los establecimientos de salud y vías de transporte, caminos, etc.
		Laborales	Se refiere a la situación laboral que impide el acceso a los servicios de salud destinados a los trabajadores formales (informalidad, subempleo, desempleo)

Interna o propias del sistema de salud		Genero	
		Étnica	
	Déficit de infraestructura adecuada	Déficit de infraestructura adecuada	Referido a la falta de suministro de agua potable, saneamiento básico y electricidad en el hogar.
		Infraestructura de servicios de salud	Referido a la inexistencia, insuficiencia o distribución inadecuada de establecimientos de salud
	Inadecuada asignación y/o gestión de los recursos que se expresa en producción, entrega o disponibilidad inadecuada de los bienes/servicios de salud	Recursos humanos	Referido a la disponibilidad inadecuada de recursos humanos con relación a la población de referencia. Referido a la disponibilidad inadecuada de recursos físicos con relación a la población de referencia (camas, equipamiento, medicamentos, etc.).
		Recursos físicos	
	Procesos	Suministro de servicios esenciales	Referido a la prestación de servicios de alto impacto para la salud pública
		Calidad	Referido tanto a la calidad técnica de la atención como a la calidad en el trato en el punto de servicio y

			también a la falta de información y reconocimiento de los derechos en salud.
	Arquitectura	Fragmentación	Referido a la articulación de los servicios de salud.
		Segmentación	Referido a cómo está construido el sistema de salud.

Fuente: OPS/OMS.

(OPS/OMS Secretaria de Salud Honduras, 2009)

3.4.3 Exclusión en salud de Honduras

Honduras se encuentra ubicada en el istmo centroamericano, su territorio se divide política y administrativamente en 18 departamentos y 298 municipios, tiene una superficie territorial de 112 492 km² y cuenta con una población al 2017 de 9,265,067 con una población de mujeres de 4,645,483 representando el 50.14% de la población y hombres 4,619.584 que son el 49.86%. El 54% de la población radica en áreas rurales y 46% en zonas urbanas. (EXPANSION, 2017)

Los principales problemas que afectan la situación y el desempeño de los servicios de salud están relacionados con la situación de pobreza, con el 65.4% de hogares que viven bajo la línea de pobreza en zonas rurales; implica que aproximadamente 4.5 millones de habitantes del país se encuentran excluidos de los sistemas de protección social en salud. (Bermudez Madriz, Saenz, Mouser, & Acosta , 2011).

En Honduras la exclusión en salud es producto de prácticas económicas, sociales y políticas que se manifiestan con distintos grados de intensidad y puede expresarse en alguna de las siguientes situaciones: falta de acceso a la satisfacción de las necesidades básicas de salud, falta de acceso a la protección financiera contra los riesgos y consecuencias de enfermar, falta de acceso a la satisfacción de necesidades de salud en condiciones adecuadas de oportunidad, dignidad y calidad independientemente de su capacidad de pago.

Ante esta situación la Secretaría de Salud ha definido como parte fundamental una política “hacer efectivo el acceso a la salud para todos los hondureños y hondureñas, en especial para las poblaciones más postergadas” impulsando diferentes programas y proyectos orientados a mejorar el acceso a servicios de salud, las condiciones de oferta pública, promover la participación social y de los gobiernos municipales para la toma de decisiones en salud, con el apoyo de agencias internacionales de cooperación. (Secretaria de Salud Honduras, 2009)

3.5 Sistema nacional de salud de Honduras

El sistema de salud hondureño en las dos últimas décadas ha tenido leves enmiendas, pero continúan utilizando el mismo modelo de salud y protección social desde hace más de 50 años. En los últimos años se ha discutido la reforma del sector salud en Honduras debido a crisis sanitarias, un colapso de los centros asistenciales y una severa crisis financiera, ha acelerado el proceso. A pesar de ser una reforma muy prometedora en muchos aspectos tales como la ampliación

de la cobertura, la universalización y la modernización del sistema de salud; este ha generado serios cuestionamientos en múltiples sectores de la sociedad hondureña.

Las reformas se han realizado en la gestión de instituciones privadas prestadores de servicio de la salud siendo el Estado entes rectores delegando sus funciones de financiación, aseguramiento y atención a proveedores privado, papel que desarrolla la Secretaría de Salud (SESAL) le corresponde el rol rector, regulador y prestación de servicios de salud a toda la población hondureña y el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) encargado de las cotizaciones obligatorias de trabajadores y empleadores. (Carmenate Milan, Herrera Ramos, & Ramos Caceres, 2016) Un subsector privado conformado por instituciones con o sin fines de lucro; la Secretaria de Salud (SESAL) presta servicios al 60% de la población, el IHSS asegura al 12%.

En Honduras casi 9 de cada 10 personas no se encuentran cubiertas por ningún tipo de seguro de salud y se estima que 18% de la población (más de 1.5 millones de hondureño) no tiene acceso a los servicios de salud. (Carmenate Milan, Herrera Ramos, & Ramos Caceres, 2016)

La Secretaria de Salud, su obligación es proveer servicios a toda la población que lo demande, en especial las que se encuentran en condición de pobreza y pobreza extrema, sobre todo habitantes que residen en zonas rurales; la asignación de recursos se realiza en base a presupuestos históricos y se

distribuye en los siguientes rubros: salarios, adquisición de materiales y suministros, contrato de servicios, bienes capitalizables, transferencias y subsidios; hay un déficit en el rol rector o regulador, que vigila y controla la prestación de servicios de salud de los sectores público y privado, también la producción y comercialización de productos relacionados con la salud de la población, particularmente los medicamentos, así como los establecimientos que los comercializan. (Bermudez Madriz, Saenz, Mouser, & Acosta , 2011)

Financiamiento y presupuesto. El Sector Salud representa el 11.5% de los gastos totales del presupuesto nacional. El cual ha disminuido en un 3,7% en los últimos 5 años y para el presupuesto 2017 se prevé una disminución del 4.51% es decir más de 6.5 millones de lempiras. (Carmenate Milan, Herrera Ramos, & Ramos Caceres, 2016)

Cobertura. El personal médico tiene jornadas de 6 horas diarias en las cuales deben atender a un máximo de 36 pacientes y la gran mayoría de este personal atiende pacientes en el horario de 07:00 a.m. a 01:00 p.m. De tal manera que los centros asistenciales quedan prácticamente sin atención médica por la tarde y fines de semana, cuando se atiende solamente emergencias. La doctora Suyapa María Figueroa presidenta del Colegio Médico de Honduras (CMH) en entrevista de Febrero del 2018 menciona “existen más de 11 mil profesionales afiliados al Colegio Médico de Honduras (CMH), solo el 40%no tiene un empleo formal “.

En términos de personal de salud, según la OPS el promedio de médicos en la región centroamericana y del Caribe debe ser 25 médicos por 10,000 habitantes, se estima que en Honduras existen 10.1 médicos por 10,000 habitantes; Con respecto a las enfermeras profesionales es 2 enfermeras por cada 10,000 habitantes, y 8 auxiliares enfermeras por 10,000 habitantes siendo baja en comparación con la recomendación de la OMS de 50 enfermeras por cada 10.000. (Carmenate Milan, Herrera Ramos, & Ramos Caceres, 2016)

3.5.1 Modelo nacional de salud Honduras.

Las reformas de los modelos de salud en Latinoamérica no son algo nuevo. Desde la década de los 90s se ha observado en Latinoamérica reformas en cuatro grandes áreas de cambio: la reorganización de los sistemas de fragmentación estructural, la descentralización, la optimización de las funciones reguladoras, separación de los recursos financieros y las funciones del proveedor para mejorar la eficiencia del sistema de salud. (Carmenate Milan, Herrera Ramos, & Ramos Caceres, 2016)

El nuevo modelo propuesto en Honduras contiene reformas en las cuatro áreas, principalmente en el área de separación de financiamiento. Para situar el papel del Estado en el Sistema de salud, la Constitución de la República en el artículo 145 decreta “se reconoce el derecho a la protección de la salud, el deber de todos a participar en la promoción y preservación de la salud personal y de la comunidad. El Estado conservará el medio ambiente adecuado para proteger la

salud de las personas...” y en el Artículo 129 establece el derecho a la estabilidad laboral. (Carmenate Milan, Herrera Ramos, & Ramos Caceres, 2016)

La Constitución de la Republica de Honduras en su Artículo 149, establece que “El Poder Ejecutivo, por medio de la Secretaria de Salud Pública y Asistencia Social, coordinará todas las actividades públicas de los organismos centralizados y descentralizados de dicho sector, mediante un Plan Nacional de Salud, en el cual dará prioridad a los grupos más necesitados. Corresponde al Estado supervisar las actividades privadas de salud conforme a la ley.” (Secretaria de Salud Honduras, 2012)

El 26 de septiembre del 2013 la Secretaría de Estado en el Despacho de Salud, liderada por el Dr. Salvador Pineda, Ministro de Salud, acompañados por la Dra. Alma Morales, Representante de la OPS/OMS en Honduras, realizó el lanzamiento del nuevo “Modelo Nacional de Salud Familiar y Comunitario”, se fortalece la estrategia de Atención Primaria de Salud en el Sistema de Salud a fin de alcanzar la Cobertura Universal de Salud en la población hondureña. (OPS, 2011)

El propósito con el nuevo modelo es beneficiar a una población de 500,000 habitantes en las áreas geográficas menos accesibles para garantizar el derecho a la salud a través de 120 equipos de salud conformados por médicos y enfermeras en servicio social, auxiliares de enfermería y/o promotores y voluntarios de salud; con la normativa de construcción de una Red Integrada de

Servicios de Salud, con equipos de unidades de salud familiar comunitaria articulados con centros de mayor capacidad resolutive y hospitales de diversa complejidad para lograr la continuidad de la atención. (OPS/OMS, 2013)

Este modelo de atención familiar y comunitaria resaltara la atención preventiva, la identificación y abordaje temprano de los riesgos, los Determinantes Sociales de la salud; facilitar la captación temprana y la continuidad en la atención. La diferencia del modelo tradicional hacia el nuevo modelo, se reflejará en el incremento de las consultas preventivas en el primer nivel de atención. (OPS, 2011)

3.6 Osteoporosis

La osteoporosis es una enfermedad esquelética sistémica caracterizada por una baja densidad ósea y un deterioro de la micro arquitectura del tejido óseo, con el consecuente aumento de la fragilidad y la susceptibilidad para la aparición de fractura. La reducción de la masa ósea con la edad puede determinar un aumento de la fragilidad ósea y provocar, en consecuencia, el desarrollo de una "osteoporosis", en toda su acepción clínica. (Sola, 2010)

El sistema esquelético tiene dos funciones principales en el organismo:

a) Servir de soporte y protección de los diferentes órganos, b) regular la homeostasis mineral al ser el reservorio iónico (calcio, fósforo, magnesio). En el hueso, además del componente celular en el que destacan los osteoblastos, los osteoclastos, las células endoteliales y vasculares que los irrigan, las células

hematopoyéticas, existe un componente no celular que es la matriz ósea. En dicha matriz también se consideran a su vez dos componentes, uno es la matriz orgánica, formada en el 90% por fibras de colágeno que se agrupan para formar el tejido osteoide y el otro es la matriz inorgánica, representada por cristales de calcio y fósforo. Anualmente se renueva aproximadamente el 10% del esqueleto óseo. Se considera que el 25% de las fracturas osteoporóticas son debidas a no haber adquirido una adecuada masa ósea en la adolescencia y el 75% restante por haber tenido excesivas pérdidas posmenopáusicas. (Cebrian Villar, 2013).

En las mujeres, la velocidad de pérdida de tejido óseo aumenta después de la menopausia, cuando se detiene la producción de estrógenos y los huesos no se benefician con su efecto protector. Los hombres también sufren la pérdida de tejido óseo pero la velocidad de pérdida es mucho más lenta que en las mujeres. En la mujer pos menopáusica, una fase acelerada con un porcentaje de pérdida del 2 al 3% por año inmediatamente después de la menopausia. (Internacional Osteoporosis Fundation America, 2012)

La osteoporosis como problema de salud pública es resultado de cambios sociales y económicos que han generado modificaciones en el estilo de vida en un gran porcentaje de la población. La mayoría de los pacientes con osteoporosis deberían ser atendidos en Atención Primaria, por médicos con los conocimientos, habilidades y herramientas diagnósticas que permitan el correcto manejo de dichos pacientes. Para ello habrá determinadas circunstancias que aconsejarán

la derivación del paciente al nivel especializado; por tal razón se hace necesario para el médico y las autoridades sanitarias contar con pautas diagnósticas, prevención y tratamiento de la enfermedad, que permita un adecuado abordaje en el manejo, para poder enfrentar con mayor eficacia los daños que produce en la salud de la población, desde varios puntos de vista médico, social y económico. Actualmente se recomiendan abordajes con la valoración conjunta de la densitometría y los factores de riesgo clínicos, evaluando el riesgo de fractura en los próximos años. (Carbonell Abella, 2011)

3.6.1 Situación Mundial de la Osteoporosis

Epidemiología de la osteoporosis. La Osteoporosis a nivel mundial es uno de los mayores retos que enfrenta el sistema de salud, debido a varios factores como: el aumento en el envejecimiento de la población, el gran número de casos afectados, su creciente la mortalidad general.

La edad, el sexo, la raza, la distribución geográfica y algunos factores como enfermedades asociadas con osteoporosis secundaria son hechos que se deben tener en cuenta para la explicación epidemiológica de la enfermedad. Además de los costos económicos esta parte social y psicológica de los pacientes que presentan una fractura relacionada con la osteoporosis. Cuando una patología alcanza la magnitud de la osteoporosis, es imprescindible la implicación de todos los profesionales de la salud para su abordaje, como los médicos de Atención

Primaria, por su accesibilidad y la continuidad en la atención de los pacientes a lo largo de su vida. (Muñoz-Torres M, Varsavsky M, Avilés Pérez MD, 2010)

En el mundo entero, se estima que 200 millones de mujeres son afectadas por esta enfermedad silenciosa y datos recientes predicen que las fracturas por fragilidad ósea debidas a osteoporosis más que se duplicarán en las próximas décadas en América Latina. (Patricia Clark, Gabriela Chico, Fernando Carlos, Fernando Zamudio, Rosa Maria R. Pereira, José Zanchetta, Jorge Castillo, 2013)

La osteoporosis es la enfermedad ósea metabólica más común, afecta entre 20 a 25 millones de residentes en los Estados Unidos, y está presente en cerca de 1 de 4 mujeres mayores de los 65 años. Más de 1.5 millones de americanos experimentan fracturas por año a consecuencia de la osteoporosis (12 a 20% son fractura de cadera). El 54% de las mujeres blancas pos menopáusicas en Estados Unidos de América tienen osteopenia y otro 30%, osteoporosis. En Australia, 27% de las mujeres mayores de 60 años cursan con osteoporosis. En Gran Bretaña la prevalencia ajustada a 65 años se estima de 2 a 11% y en la India la prevalencia de osteoporosis es de 29.9%, nueve distintas regiones geográficas de España se encontró una prevalencia global de osteoporosis de 12.73% mientras que en mujeres mayores de 50 años fue de 26.07%, en Chile la prevalencia de osteopenia en un estudio realizado a un grupo de mujeres posmenopáusicas fue de 29.2%. En Norteamérica, Europa y Oceanía, la osteoporosis ya ha sido aceptada como problema de salud pública. En Europa,

Estados Unidos y Japón, hay 75 millones de enfermos, cantidad que se duplicará en 50 años. (Internacional Osteoporosis Fundation America, 2012)

3.6.2. Situación Latinoamericana de la osteoporosis

En Colombia, se estima un índice de prevalencia de osteoporosis del 49%. Las proyecciones sugieren que la cantidad de fracturas de cadera en mujeres aumentará a 11.500 por año en 2020. (Internacional Osteoporosis Foundation, 2012) en Chile la prevalencia de osteopenia en un estudio realizado a un grupo de mujeres posmenopáusicas fue de 29.2%. (Patricia Clark, Gabriela Chico, Fernando Carlos, Fernando Zamudio, Rosa Maria R. Pereira, José Zanchetta, Jorge Castillo, 2013)

América Latina se encuentra inmersa en un fenómeno poblacional de transición demográfica y epidemiológica, con enfermedades crónico-degenerativo; solamente Argentina y México cuentan con datos de los estudios poblacionales; debido a esta escasez de datos confiables y falta de bases de datos nacionales y registros, limitando evaluar la dimensión del problema, la capacidad para lograr cambio en la política, el mejoramiento del diagnóstico y la atención medica del paciente con osteoporosis.

En unos análisis realizados en México se ha estimado una prevalencia de osteoporosis de 16% en mujeres de 50 y más años de edad. (Patricia Clark, Gabriela Chico, Fernando Carlos, Fernando Zamudio, Rosa Maria R. Pereira, José Zanchetta, Jorge Castillo, 2013)

La incidencia virtual de la osteoporosis se desconoce. Es difícil calcular el impacto sobre América Latina y sobre el país, ya que se cuenta con pocos estudios, los cuales han sido aislados, aunque se estima que para el 2050 América Latina presentará 655 mil fracturas de cadera secundarias a esta enfermedad con un coste anual de 13 billones de dólares. (Salazar Madrigal, 2008). En América Latina, diferentes estudios muestran concordancia con los datos del resto del mundo, donde dice que 1 de cada 3 mujeres mayores de 50 años padecerá osteoporosis. (Internacional Osteoporosis Foundation America, 2012).

En cuanto a las políticas públicas la osteoporosis se ha considerado de prioridad en salud solo en 14 países, de los cuales solo 9 cuentan con pautas ya establecidas para el manejo de la osteoporosis en el sector público. (Clark, y otros, 2013)

La situación de la enfermedad de Osteoporosis en Honduras no puede cuantificarse, debido a la falta de registros de casos a nivel nacional, en centros hospitalarios y unidades de salud; tampoco existen programas dirigidos a la vigilancia epidemiológica de dicha enfermedad, ni publicaciones de prevalencia.

3.6.3. Manifestaciones clínicas de la osteoporosis

Es una enfermedad completamente asintomática, donde existe un periodo largo de latencia, dando solamente evidencia clínica cuando se producen las complicaciones como ser: las fracturas, el dolor extremo, deformidades y sus consecuencias, se produce una disminución de altura que puede ser importante

(entre 6 y 15 cm), aparece una cifosis bastante típica (o joroba de la viuda, de Dowager), abdomen protuberante, que los enfermos confunden con obesidad, hay espasmo de la musculatura paravertebral y la piel se adelgaza. (Sociedad Española de Reumatología, 2017)

3.6.4. Clasificación de la Osteoporosis

Se ha clasificado en: **osteoporosis primaria** que puede dividirse, a su vez en idiopática e involutiva. **La idiopática** se presenta en niños y adultos jóvenes y se desconoce su patogenia. La forma involutiva se divide en tipo I y tipo II. **La osteoporosis postmenopáusica o tipo I** afecta a las mujeres dentro de los 15 a 20 años posteriores a la menopausia, y se caracteriza por fracturas vertebrales, fracturas de Colles del antebrazo distal y por el aumento de la pérdida de los dientes. **La osteoporosis senil o tipo II** ocurre en ambos sexos, pero es más frecuente en mujeres mayores de 70 años, y se manifiesta principalmente por fracturas de cadera y vértebras. (Calvo C. B., 2015)

Osteoporosis secundaria a: Medicamentos, Endocrinopatías, Enfermedades crónicas degenerativas, Enfermedad hepática o renal, Síndrome de mala absorción, Fibromialgia, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, Artritis reumatoide, Sarcoidosis, Hipertensión arterial, Inmovilidad prolongada. (Calvo C. B., 2015)

3.6.5. Factores de riesgo.

Los factores asociados al desarrollo de la Osteoporosis se dividen en:

A. Factores no modificables:

- 1.- Sexo. Femenino entre un 20 a 25 por ciento de las mujeres sufren esta enfermedad tras la menopausia debido a la perdida de estrógenos; en los primeros 5 años de la menopausia se puede llegar hasta un 5% de pérdida de masa ósea y luego en los años posteriores se pierde entre 1ª 2 % anual.
- 2.- Envejecimiento.
- 3.- Raza. Se dice que la raza blanca y oriental tiene mayores posibilidades de tener Osteoporosis.
- 4.- Índice de masa corporal disminuida en aquellas personas muy delgadas y con poca masa muscular desarrollan más la enfermedad.
- 5.- Antecedentes de historia familiar donde la madre o la abuela presentaron la enfermedad, existe una probabilidad elevada de que la hija desarrolle la osteoporosis.
- 6.- Enfermedades existentes como la anorexia nerviosa, Diabetes Mellitus, Hipertiroidismo, Artritis Reumatoide, Sd. de Cushing.
- 7.- Insuficiencia Ovárica que trae como consecuencia una menopausia prematura.

B. Factores modificables

- Estilos de vida. - Déficit de calcio y vitamina D una dieta poco balanceada e ingesta de calcio -Consumo de tabaco, alcohol y café. - Clima. Influye ya que la vitamina D se absorbe en presencia de rayos solares. - Sedentarismo. La falta de ejercicio es otro factor de riesgo. - Nivel socioeconómico bajo influye en una dieta insuficiente. - Medicamentos. El uso prolongado de glucocorticoides, hormonas tiroideas, medicamentos anticonvulsivantes.

Calcio

El calcio es un mineral esencial en la nutrición humana, contribuye a la formación de masa ósea. En la menopausia, la absorción por transporte activo del calcio se reduce y las pérdidas renales aumentan. Cada vez se conocen las repercusiones de la deficiencia de calcio, vitamina D y proteínas en pacientes de edad avanzada. En los pacientes geriátricos que permanecen en asilos, la complementación de calcio (1,200 mg) y vitamina D (800 UI) disminuye las tasas de pérdida de densidad mineral ósea y el riesgo de fracturas. (Peña-Rios, Cisneros-Dreinhofer, & De la Peña Rodriguez, 2015)

3.6.6. Diagnóstico de osteoporosis

Desde 1994 el comité de expertos de la OMS propone criterios densitométricos (índice T) para el diagnóstico de osteoporosis en las mujeres caucásicas.

Criterios según la OMS. Valor T-score Normal 1.00 a -1.00, Osteopenia o masa ósea baja, -1.01 a - 2.49, Osteoporosis – 2.5 o valores menores. Por medio de

un resultado de densitometría se puede diagnosticar la enfermedad de Osteoporosis siguiendo los anteriores criterios: (Peña-Rios, Cisneros-Dreinhofer, & De la Peña Rodriguez, 2015)

3.6.7. Tratamiento de la osteoporosis

Si los resultados de una densitometría ósea revelan osteopenia u osteoporosis se debe indicar tratamiento. Al mismo tiempo, se puede realizar importantes cambios nutricionales y en su estilo de vida para ayudar a reducir su riesgo de fractura. Se deben de recomendar medidas generales como un aporte adecuado de calcio (entre 1000 y 1200 mg procedentes de los alimentos) y vitamina D (entre 800 y 1000 UI diarias), cambios en el estilo de vida que incluyan el ejercicio físico, evitar el consumo de tabaco y consumo excesivo de alcohol.

3.7. Características Sociodemográficas de la población en estudio.

El municipio de Nacaome está ubicado en el departamento de Valle, al sur de Honduras, su nombre es tomado de la designación del río que la atraviesa. Está situado a 95 km de la ciudad capital, Tegucigalpa, y a 46 km de la frontera con la República del Salvador, el Amatillo. Fue fundada en el año de 1,535 y recibió el título de municipio en 1,845; su población es de 54,801 habitantes distribuidos en 10 aldeas y 232 caseríos. La densidad poblacional es de 104.61 habitantes por Km²; con 18,791 habitantes en el casco urbano, con 4,500 viviendas y en la zona rural 36,010 habitantes con 8,798 viviendas. (Reyes Barahona, 2016).

Las mujeres representan el 51% de la población de todo el municipio. En el área urbana esta el 46%, en el área rural esta el 54% de población. Los menores de 6 años son 11,106 que representa el 7% del municipio y los mayores a 65 años son 3,609 que representa el 6% del municipio. Una principal actividad económica es agricultura, silvicultura, caza y pesca que representa un 52% de la población total del municipio. Con un índice municipal de 52% en pobreza extrema y un índice del municipio de 35% en desarrollo humano. En cuanto a la educación en el municipio cuentan con 288 centros educativos de los cuales 276 se encuentran en zonas rural y 12 en el casco urbano. (Instituto Nacional de Estadísticas de Honduras, 2015)

En salud, Nacaome es la sede regional No. 17 del departamento de Valle, existen 10 centros de salud con médico (nivel 2), en el casco urbano se cuenta también con un policlínico con especialidad en pediatría, ginecología y medicina interna inicia sus funciones a final del 2015, con instalaciones del establecimiento de primer nivel de atención. En el área rural se cuenta con 6 centros de salud rurales (nivel 1), que ofrecen salud preventiva a la población de las diferentes comunidades; en Nacaome debido a que es un territorio seco, de los 35 sistemas de agua 28 son por bombeo, que representa el 80% del total. (Reyes Barahona, 2016).

IV. Metodología

En la investigación realizada se utilizó una metodología con un **enfoque cuantitativo, prospectivo** según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información; **de corte transversal, descriptivo** según el análisis y alcance de los resultados, con un diseño del estudio **no experimental**. El universo fue constituido por todas las mujeres de 20 a 70 que asistieron a la consulta médica en la Unidad de salud de primer nivel de complejidad dos, ahora policlínico con especialidad en pediatría, ginecología y medicina interna, inaugurado a finales del 2015 en la ciudad de Nacaome, departamento de Valle, Honduras.

Un total de 440 mujeres fueron evaluadas en el periodo de estudio, se les realizó el examen de densitometría ósea del calcáneo; 102 de ellas fueron diagnosticadas con la enfermedad de osteoporosis. Para la selección de la muestra en el estudio se utilizó un **muestreo no probabilístico por conveniencia**, donde las integrantes para su elección debieron cumplir los siguientes criterios:

Criterios de inclusión: Mujeres residentes en la ciudad de Nacaome, dpto. Valle y las aldeas pertenecientes a este municipio; Mujeres asistentes a consulta en la unidad de salud de primer Nivel de complejidad dos ubicada en Nacaome, entre 20 a 70 años, con Densitometría ósea del calcáneo con T- Score > -2.5 , con y sin

diagnóstico y tratamiento previo de Osteoporosis. Pacientes con el consentimiento informado que desearon formar parte del estudio.

Criterios de exclusión. Mujeres menores de 20 y mayores de 70 años. Resultados de densitometría ósea del calcáneo T- score < 2.5. Residentes en otros municipios. Pacientes que no deseen formar parte del estudio. Pacientes varones.

Unidad de observación estuvo constituida por todas las pacientes mujeres entre 20 a 70 años, a quienes se les realizó la densitometría ósea del calcáneo con un resultado T- score >2.5, para el diagnóstico de Osteoporosis, y quienes residen en el municipio de Nacaome, Valle; la **unidad de análisis** fueron las barreras o dimensiones que generan la exclusión en la atención de las mujeres con diagnóstico de osteoporosis.

Consentimiento Informado. A las participantes en la investigación se les explicó el propósito del estudio, el tipo de examen a realizar y el por qué se les invitó a participar en la investigación; describiendo paso a paso el procedimiento; las personas podían elegir el participar o no en el estudio. Se enfatizó en la confidencialidad que el equipo de investigación mantendría sobre la información obtenida sin mencionar nombres en el momento de la presentación del estudio.

Las técnicas de recolección de la información e instrumentos de medición utilizados fueron: para la recolección de la información se utilizó la técnica de la encuesta, con el instrumento tipo cuestionario elaborado por la investigadora,

(tomando como referencia una encuesta a hogares basada en instrumentos y métodos desarrollados por la Organización Mundial de la Salud) (OPS/OMS, Secretaría de Salud de Honduras, 2008) aplicado a las mujeres que asisten a la consulta en el establecimiento de salud, previa lectura del consentimiento informado y autorizado por las pacientes incluidas en el estudio; Se usó la encuesta con aplicación de cuestionario a titular de deberes en el establecimiento de salud del primer Nivel de complejidad dos en la Ciudad de Nacaome, con el propósito de conocer el proceso de atención de las mujeres con diagnóstico de osteoporosis.

Para que los instrumentos de medición fueran aplicados a la muestra se realizó la verificación de la confiabilidad y validez del instrumento, aplicando una prueba piloto a pacientes seleccionados en consulta externa de reumatología del Hospital San Felipe de Tegucigalpa, según los criterios de inclusión en la selección de la muestra, ya descritos. Para tal fin se utilizó el coeficiente que estiman la confiabilidad como ser: la medida de coherencia y consistencia interna el ALFA de Cronbach.

Luego de realizar el pilotaje con el objetivo de validar el instrumento, se procedió a ingresar la información obtenida a la base de datos, revisando cada una de las variables. En esta etapa se utilizó el programa SPSS versión 18 aplicando el Alfa de Cronbach a todas y cada una de las preguntas o variables según el programa;

el resultado final fue de 0.88. Considerada la confiabilidad del instrumento en un grado alto, listo para ser aplicado en el campo de investigación.

Plan de análisis y recolección de información Posteriormente a la validación se procedió a la aplicación del instrumento y recolección de la información, con los resultados obtenidos se elaboró la base de datos; a los cuales se les aplico pruebas estadísticas, utilizando el programa SPSS versión 18, con la realización de tablas de frecuencia, medidas de tendencia central y gráficos. Estos gráficos y tablas ayudaron para la elaboración del análisis de los datos, comparando la teoría con los hallazgos encontrados en el estudio, y finalmente se formularon las conclusiones y recomendaciones.

Para la realización del examen de la densitometría ósea del calcáneo se utilizó un aparato ultrasonido marca General Electric, Estilo Achilles Insight; mostrando los valores de T-score de cada paciente para su respectiva clasificación y detección de osteoporosis.

V. RESULTADOS

Los siguientes resultados son presentados según los objetivos planteados en la investigación y de acuerdo a la hipótesis propuesta. En la primera sección se muestran los datos demográficos de la población en estudio, seguidos de los aspectos socioeconómicos y el acceso que las mujeres con diagnóstico de Osteoporosis tienen a la atención en los servicios en la unidad de salud ubicada en la ciudad de Nacaome, Valle; finalmente se describe la forma de atención que

el personal de salud en la unidad de segundo nivel brinda a las pacientes con diagnóstico de osteoporosis que demandan dicho servicio.

1. Características sociodemográficas de las mujeres con diagnóstico de osteoporosis.

Tabla 1

Edad en años de las mujeres con osteoporosis. Nacaome, Valle 2015.

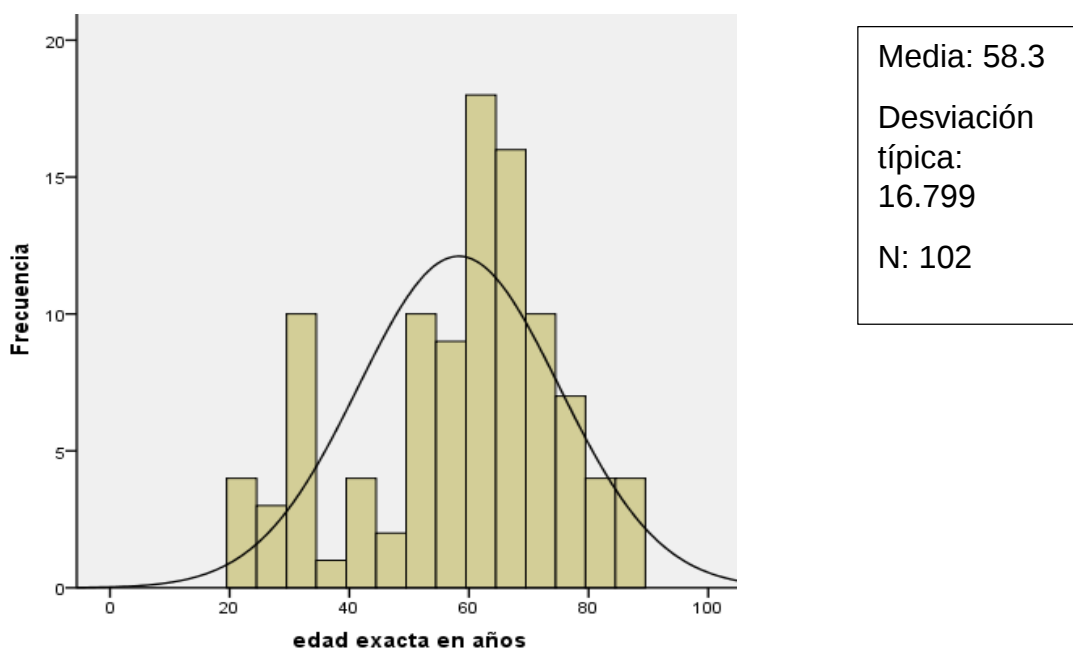
Estadísticos descriptivos	Edad en años
Media	58
Mediana	62
Moda	60

Fuente de datos: Elaboracion propia.

El promedio o la media de edad en años obtenida en las pacientes mujeres con diagnóstico de osteoporosis fue de 58 años, seguida con una mediana de 62 años y una moda de 60 años, de un total de 102 pacientes entrevistadas.

Grafico 1

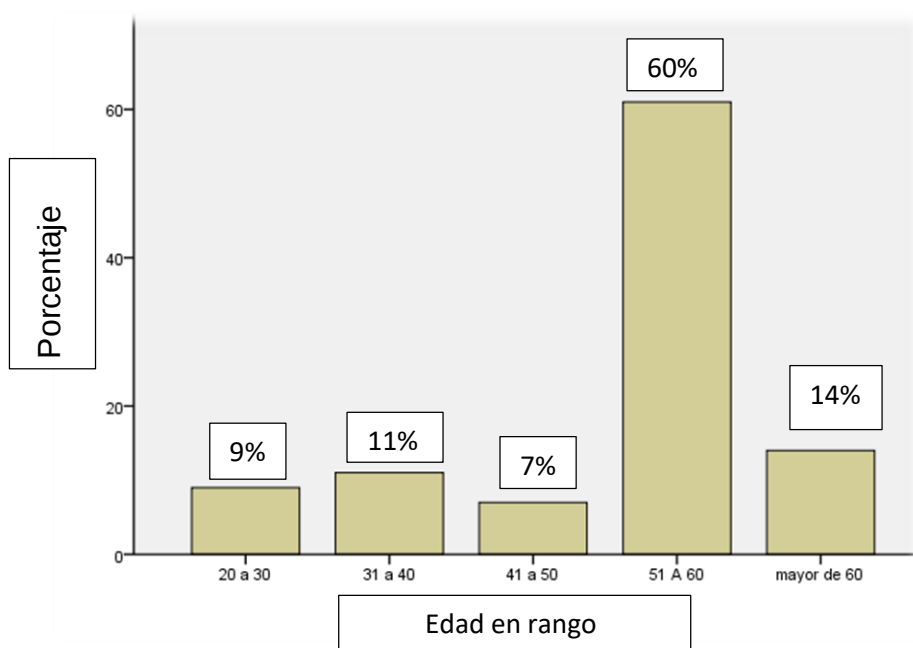
Media y desviación típica de la edad exacta en años de mujeres con diagnóstico de osteoporosis. Nacaome, Dpto. Valle. Año 2015



Los resultados muestran que la edad exacta en años de las mujeres con osteoporosis fue una media de 58 años, obteniendo una desviación típica de 16.799, con una N: 102 mujeres evaluadas.

Grafico 2

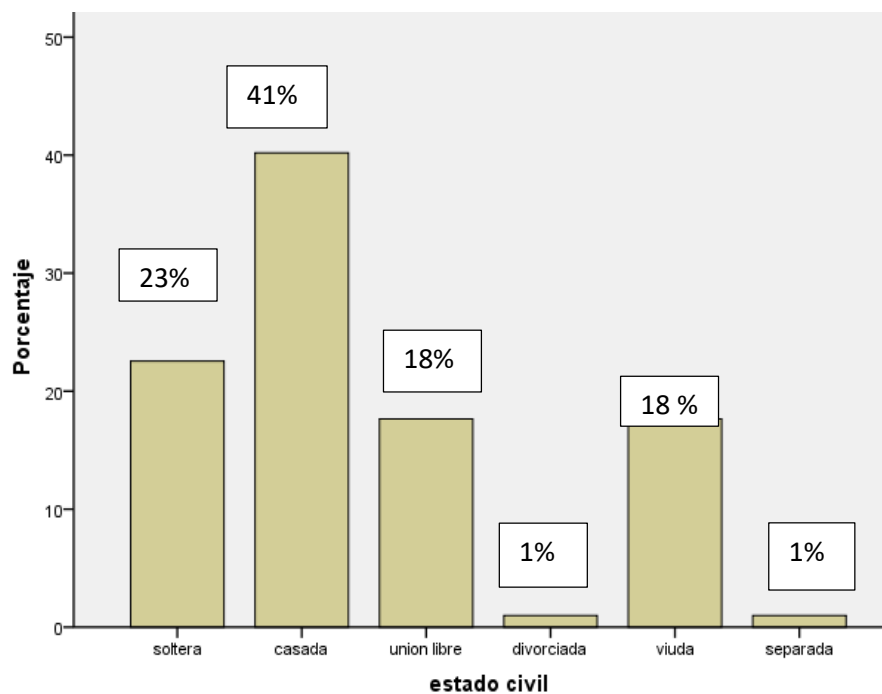
Rango de Edad de mujeres con diagnóstico de osteoporosis en la ciudad de Nacaome, Depto. de Valle, año 2015. (N:102)



El grafico muestra un porcentaje del 60% de las pacientes mujeres con osteoporosis se encontraron en el rango de edad de 51 a 60 años, seguido por un 14 % mayores de 60 años, un 11 % entre 31 a 40 años y un 9 % en el rango de 20 a 30 años, con un menor porcentaje de 7% obtenido en el rango de edad de 41 a 50años.

Grafico 3.

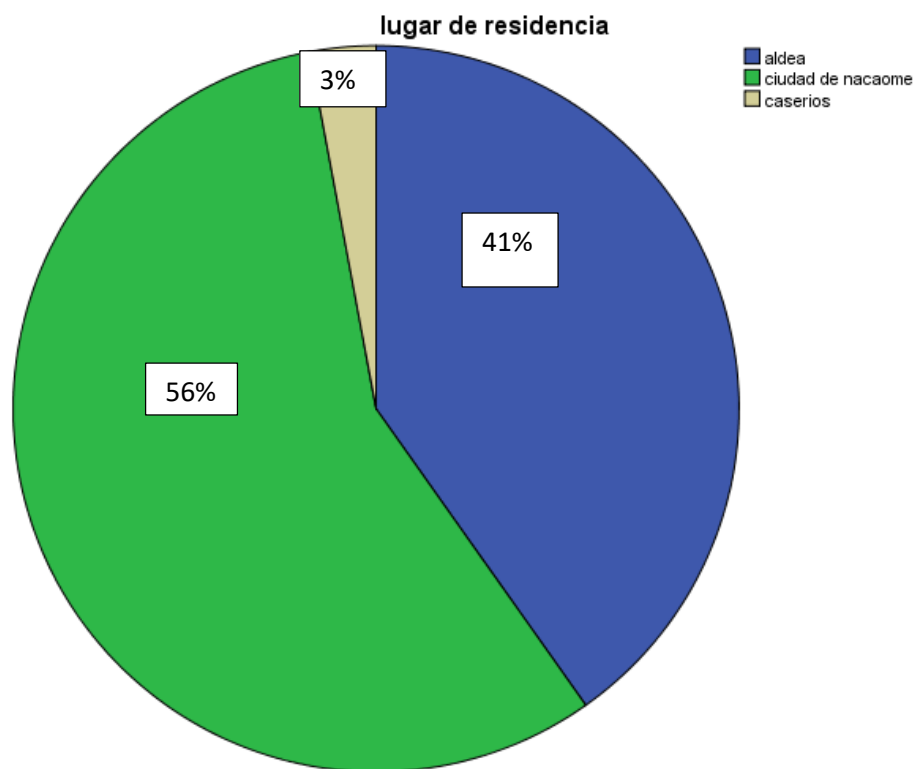
Mujeres con diagnóstico de Osteoporosis, según Estado civil Nacaome, Dpto. Valle. Año 2015.



El grafico muestra el estado civil de las mujeres con diagnóstico de osteoporosis, un 41% son casadas, el 23% solteras, un 18% su estado es unión libre y 18% son viudas, con un porcentaje bajo de un 1% para las que son separadas y un 1% están divorciadas.

Grafico 4

Mujeres con diagnóstico de osteoporosis según lugar de procedencia en el municipio de Nacaome, Dpto. Valle. Año 2015



El 56 % de las pacientes mujeres con diagnóstico de osteoporosis su lugar de procedencia es la ciudad de Nacaome, un 41% proviene o viven en aldeas cercanas perteneciente al municipio y el 3% residen en caseríos aledaños

Tabla. 2

Escolaridad de las mujeres con diagnóstico de osteoporosis. Nacaome, Depto. Valle 2015

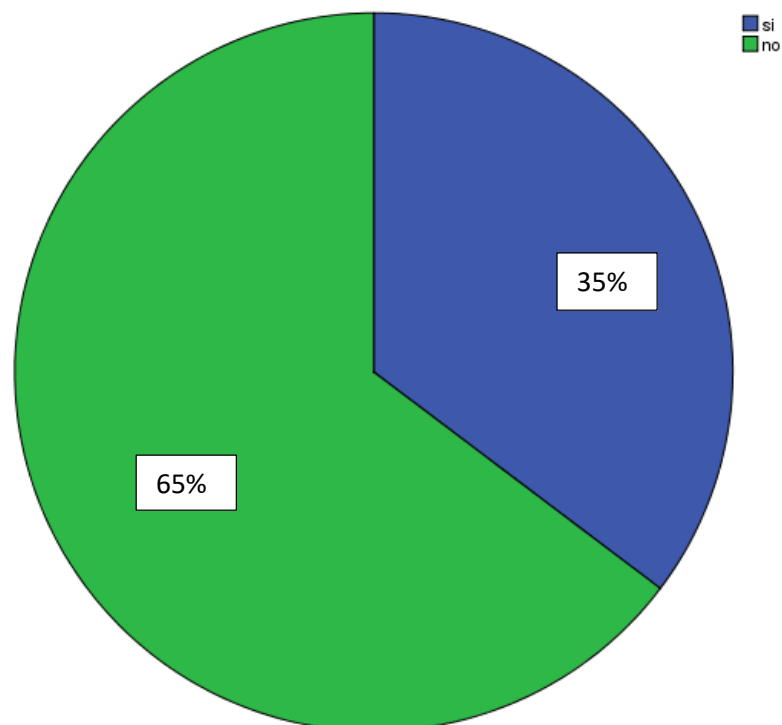
Escolaridad	Porcentaje
Sin escolaridad	28.4
Primaria incompleta	37.3
Primaria completa	17.6
Secundaria incompleta	4.9
Secundaria completa	9.8
Universidad incompleta	1.0
Universidad completa	1.0
Total	100.0

Fuente de datos: Elaboracion propia.

El cuadro anterior presenta el nivel de escolaridad, un 37.3 % de las mujeres con diagnóstico de osteoporosis han tienen una primaria incompleta, un 17.6% con primaria completa, el 9.8% con secundaria completa, 4.9%secundaria incompleta, seguida del 28.4 % sin escolaridad y 1% con un grado de escolaridad a nivel universitario completa e incompleta.

Grafico 5

Mujeres con diagnóstico de osteoporosis que realizan un trabajo que genera ingresos económicos a su familia. Nacaome, Dpto. Valle. Año 2015.



El 65 % de las mujeres con diagnóstico de osteoporosis no tienen un trabajo que les genere ingresos económicos para el sustento de su hogar y el 35 % realizan un trabajo generando un aporte económico.

Tabla 3**Ocupación u oficios de las mujeres con diagnóstico de osteoporosis.****Nacaome, Dpto. Valle. Año 2015.**

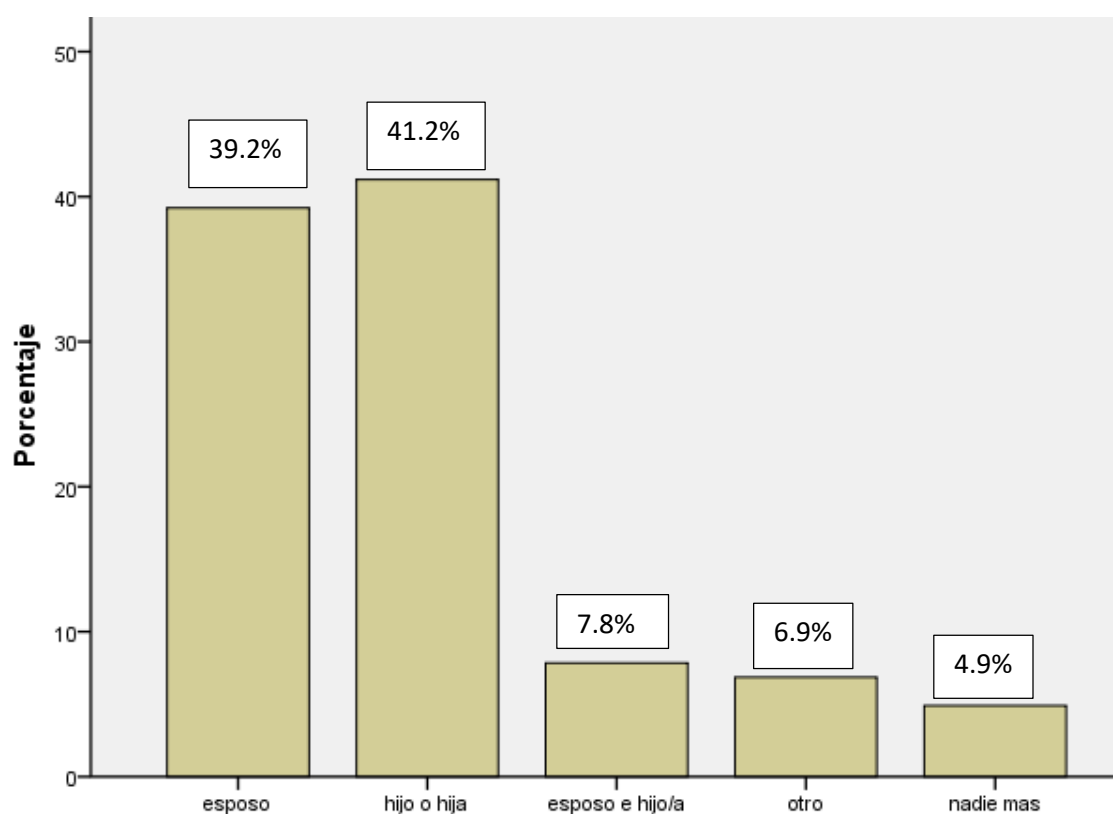
Ocupación u oficio	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	80	78.4
Obrera	2	2.0
Comerciante ambulante	8	7.8
Comerciante establecida	5	4.9
Empleada del gobierno	4	3.9
Secretaria	1	1.0
Otro	2	2.0
Total	102	100.0

Fuente de datos: Elaboracion propia.

El 78.4 % de las mujeres diagnosticadas con Osteoporosis se dedican al oficio de ama de casa, 8% de ellas son comerciantes ambulantes, un 5% son comerciantes con negocios establecidos, el 4 % son empleadas del gobierno, el 2% son obreras y una tiene profesión de secretaria.

Grafico 6

Persona quien aporte económicamente al hogar de las mujeres con diagnóstico de osteoporosis. Nacaome, Dpto. Valle. Año 2015



Persona que aporta económicamente

El 41.2% de los hogares de las mujeres con osteoporosis, es el hijo(a) la persona que aportan económicamente al hogar, el 39.2% es el esposo, un 7.8% son ambos esposos e hijos que contribuyen; el 6.9% es otra persona de la familia o amigos; el 4.9% de las mujeres no reciben apoyo económico de nadie más.

Tabla 4

Ingreso económico mensual al hogar de las mujeres con diagnóstico de Osteoporosis. Nacaome, Depto. De Valle año 2015.

Ingreso económico mensual	
(Lempiras)	Porcentaje
L. 0 a 1,200	29.3
L. 1,201 a 3,000	48.9
L. 3,001 a 7,000	16.3
L. 7,001 a 10,000	4.3
L. mayor de 10,000	1.1
Total	100.0

Fuente de datos: Elaboracion propia.

Un 49 % del ingreso mensual en el hogar de las mujeres con osteoporosis es de 1,201 a 3,000 lempiras, seguido por el 29. 3% con un ingreso de 0 a 1,200 lempiras, un 16.3 % cuentan con un ingreso de 3,001 a 7,000 lempiras, el 4.3% tienen 7,001 a 10,000 lempiras mensuales de ingreso y un 1.1 % de sus hogares tienen un ingreso mayor de 10,000 lempiras.

Tabla 5

Ocupación y aporte económico al ingreso familiar de las mujeres con diagnóstico de osteoporosis. Nacaome, Depto. de Valle año 2015.

Ocupación u oficio	Aporte económico al hogar		Total
	si	no	
Ama de casa	14	64	78
Obrera	2	0	2
Comerciante ambulante	8	0	8
Comerciante establecida	5	0	5
Empleada del gobierno	4	0	4
Secretaria	1	0	1
Otro	2	0	2
Total	36	64	100

Fuente de datos: Elaboración propia.

La relación existente entre el aporte económico al hogar y la profesión u oficio, del 78% de las amas de casas solamente el 14% aportan y el 64 % no lo hacen; el 2% son obreras y si aportan, un 8 % son comerciantes ambulantes y aportan; el 5 % son comerciantes establecidas y contribuyen a la economía del hogar; el 4% trabajan son empleadas del gobierno y aportan al hogar, el 1 % de las mujeres son secretarias y también aportan, el 2 % de las mujeres tienen otro oficio u profesión y también aportan al hogar.

Tabla 6

Ingreso económico mensual al hogar, en relación a los dependientes que tiene cada mujer con diagnóstico de osteoporosis. Nacaome, Depto. de Valle año 2015.

Número de dependientes	Ingreso económico mensual en lempiras					Total %
	0 a 1,200	1,201 a 3,000	3,001 a 7,000	7,001 a 1,0000	mayor de 10,000	
1 a 3	15	19	6	4	0	44
4 a 6	11	19	9	0	2	41
más de 6	5	5	1	0	0	11
Nadie	3	1	0	0	0	4
Total %	34	44	16	4	2	100

Fuente de datos: Elaboracion propia.

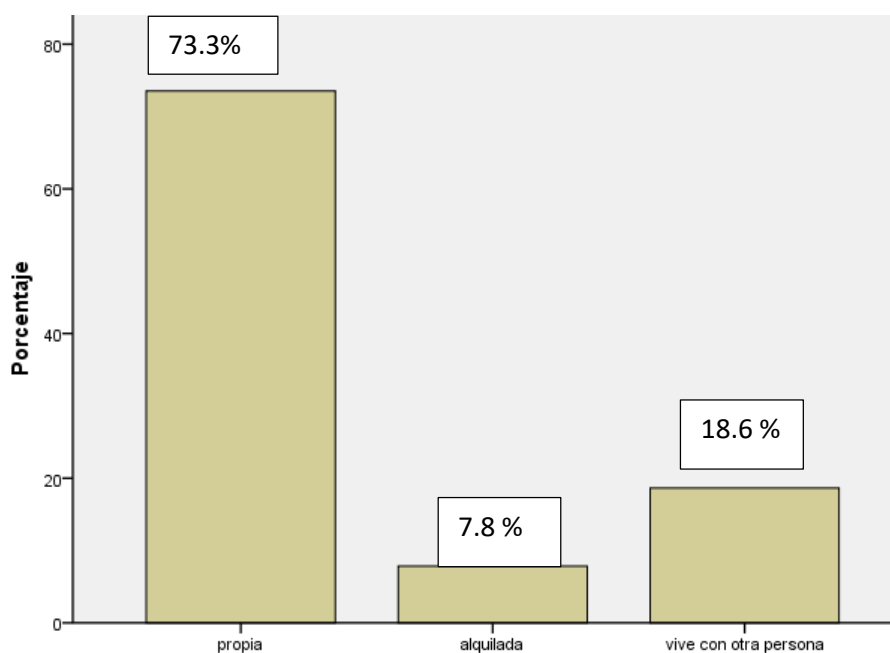
La relación entre el ingreso económico y el número de dependientes representado el 44% de las mujeres con 1 a 3 dependientes en un 15% tienen ingreso de L. 0 a 1,200, un 19% su ingreso es de L. 1,201 a 3,000, el 6% con ingresos de L. 3,000-7,000, y solamente el 4% tienen ingresos de L. 7,000-10,000; el 41% de las mujeres con 4 a 6 dependientes, con un 19% de ellas tienen ingresos de L. 1,200-3,000, un 11% sus ingresos son de L. 0-1,200, un 9% reciben L. 3,000-7,000 y solamente un 2% reciben más de L. 10,000; el 11% de las mujeres con más de 6 dependientes, igual un 5% tienen ingresos de L. 0-

1,200 y de L.1,200-3,000, solamente el 1% reciben L.3,000-7,000; el 4% de las mujeres no tienen dependientes y sus ingresos son en un 3% de L. 0-1,200 y solamente 1% reciben L. 1,200-3,000.

Grafico 7

Mujeres con diagnóstico de Osteoporosis según pertenencia de la vivienda.

Nacaome, Depto. de Valle año 2015.

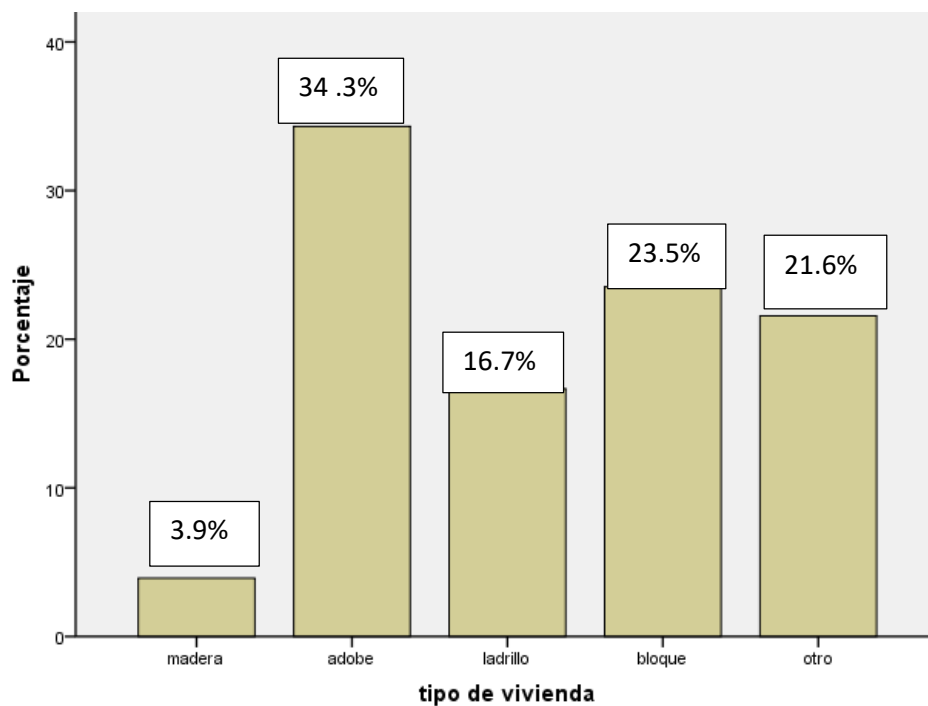


Pertenencia de la vivienda

El 73.3% de las mujeres con diagnóstico de osteoporosis cuentan con una vivienda propia, el 18.6% viven con otra persona y el 7.8% alquilan una casa para vivir con su familia.

Grafico 8

Tipo de material de la vivienda que habitan las mujeres con diagnóstico de osteoporosis. Nacaome, Dpto. Valle. Año 2015



Los resultados del grafico anterior muestran un 34.3% de las viviendas donde habitan las mujeres con osteoporosis son de adobe, un 23.5% son de bloque, el 21.6% de otro material, el 16.7% de ladrillo y el 3.9% de madera.

Tabla 7

Servicios básicos de la vivienda que habitan las mujeres con diagnóstico de osteoporosis en la ciudad de Nacaome, Depto. de Valle año 2015.

Servicios básicos	Frecuencia	Porcentaje
Agua potable o de pozo	2	2.0
Electricidad	9	8.8
Agua y electricidad	23	22.5
Todos los servicios	60	58.8
Ningún servicio	8	7.8
Total	102	100.0

Fuente de datos: Elaboracion propia.

Dentro de los servicios básicos con los que cuenta las viviendas de las mujeres con diagnóstico de osteoporosis un 58.8% tienen todos los servicios básicos, el 22.5 % solo tienen agua y electricidad, el 8.8% solo tienen electricidad, el 2% agua potable o de pozo y un 7.8 % de no cuentan con ningún servicio básico.

Tabla. 8

Tipo de vivienda y servicios básicos donde habitan las mujeres con diagnóstico de osteoporosis en la ciudad de Nacaome, Depto. de Valle año 2015.

Tipo de vivienda	servicios básicos según número de viviendas					Total
	agua potable o de pozo	Electricidad	agua y electricidad	todos los servicios	ningún servicio	
Madera	0	1	1	2	0	4
Adobe	1	5	7	20	2	35
Ladrillo	0	0	3	14	0	17
Bloque	0	1	3	19	1	24
Otro	1	2	9	5	5	22
Total	2	9	23	60	8	102

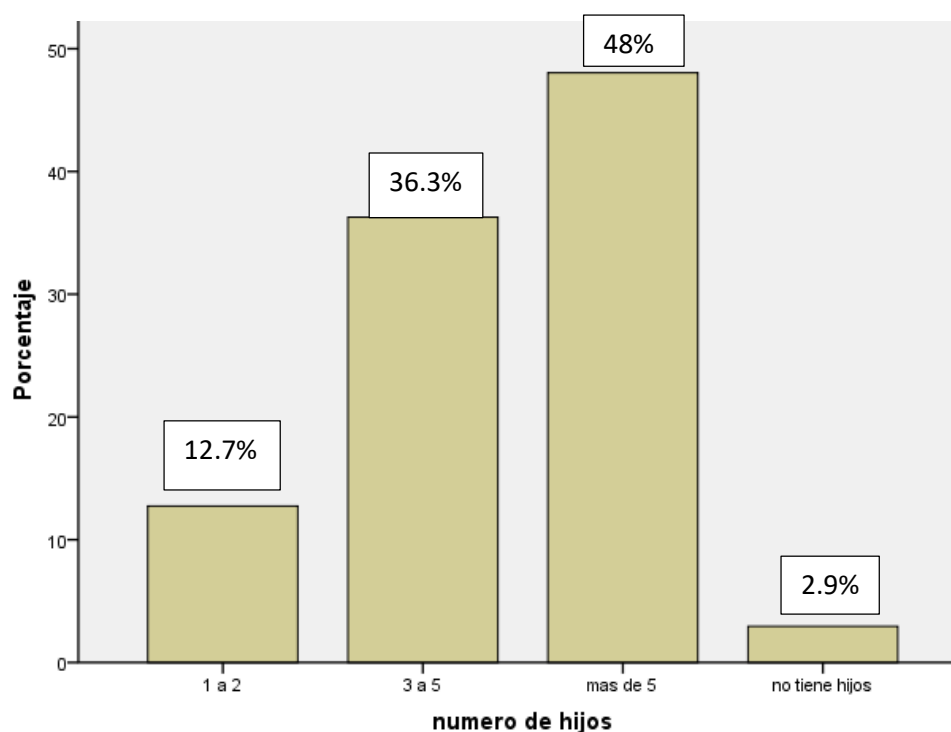
Fuente de datos: Elaboracion propia.

La necesidad básica según el tipo de vivienda muestra que 4 de las casas son de madera y solo 2 de ellas cuentan con todos los servicios, 1 casa tiene electricidad y 1 casa solo agua y electricidad. 35 de viviendas son de adobe de ella 20 cuentan con todos los servicios, 5 solo electricidad, 7 solo agua y electricidad, y 2 no tienen ningún servicio. 17 casas son ladrillo, 14 de ellas tienen todos los servicios y 3 solo agua y electricidad. Las casas de bloque son 24, de

ellas 19 tienen todos los servicios, 3 cuentan con agua y electricidad, 1 con electricidad, y un 1 no tiene servicios. Las viviendas de otro material son 22, del cual el 5 tienen todos los servicios, 9 solo electricidad y agua, 2 solo electricidad, 1 con agua de pozo y 5 no tienen ninguno servicio.

Grafico 10.

Número de hijos de mujeres con diagnóstico de osteoporosis. Nacaome, Depto. Valle año 2015



Las mujeres diagnosticadas con osteoporosis en relación al número de hijos, un 48% tienen más de 5 hijos, el 36.6% un rango de 3 a 5 hijos, el 12.7% tienen de 1 a 2 hijos y un 2.9 % de las mujeres no tienen hijos.

2. Acceso a la atención en los servicios de salud en la Unidad de primer nivel en la ciudad de Nacaome, Valle.

A continuación, en esta sección se describen los resultados en cuanto a la atención y los servicios prestados, que se brinda a las mujeres con diagnóstico de osteoporosis en el establecimiento de salud de primer nivel complejidad dos en la Ciudad de Nacaome, Valle.

Tabla 9

Tiempo transcurrido desde que recibió el diagnóstico de la enfermedad hasta el momento de la entrevista de investigación a las de Mujeres con osteoporosis. Nacaome, Depto. de Valle, 2015.

Tiempo de diagnóstico		
de la osteoporosis	Frecuencia	Porcentaje
Menos del mes	53	52.0
Más de 6 meses	20	19.6
Nunca	29	28.4
Total	102	100.0

Fuente de datos: Elaboracion propia.

Tiempo transcurrido desde el diagnóstico de la osteoporosis de las mujeres hasta el momento de la investigación en un 52 % fue menor a un mes, el 19.6% el tiempo fue más de 6 meses, y solamente un 28.4 % no habían sido diagnosticadas anteriormente con osteoporosis hasta el momento de la investigación.

Tabla 10

Mujeres con diagnóstico de Osteoporosis según lugar donde acudieron para su atención. Nacaome, Depto. de Valle, año 2015.

Lugar de la atención	Frecuencia	Porcentaje
Hospital	5	4.9
Clínica privada	14	13.7
Establecimiento de salud	79	77.5
Farmacia	4	3.9
Total	102	100.0

Fuente de datos: Elaboracion propia.

Las mujeres con diagnóstico de osteoporosis asistieron para su atención en 77.5% al establecimiento de salud, un 13.7 % visitaron clínicas privadas, el 5 % acudió a un hospital y el 4% fueron atendidas en una farmacia de la ciudad.

Grafico 11

Tiempo utilizado por las mujeres con diagnóstico de osteoporosis desde sus hogares al establecimiento de salud de primer nivel, complejidad dos. Nacaome, Depto. de Valle, 2015.



Un 98% de las mujeres tardaron en llegar de su casa al establecimiento de salud menos de 2 horas, y el 2 % llegaron en más de 2 horas para buscar atención médica en la unidad de salud.

Tabla 11

Relación entre el lugar de procedencia de las mujeres con Osteoporosis y el tiempo de llegada al establecimiento de salud. Nacaome, Depto. de Valle, año 2015.

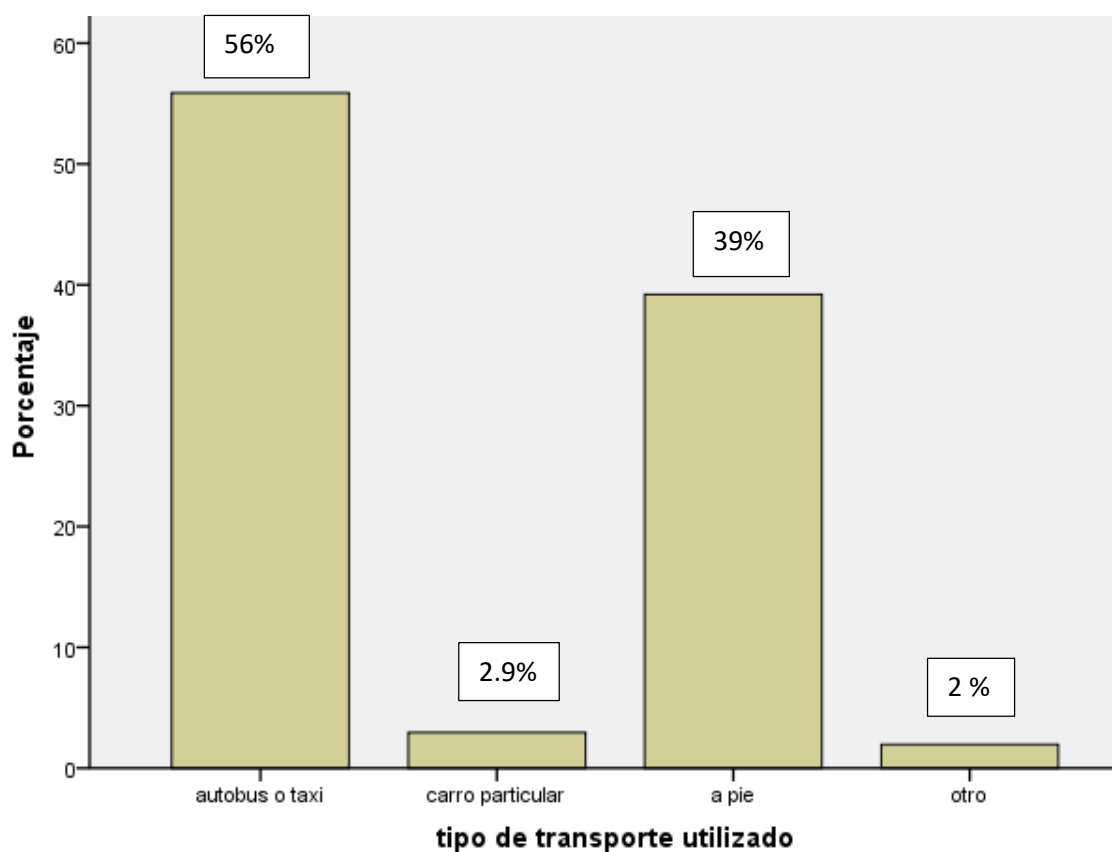
Lugar de residencia	Tiempo transcurrido para llegar al establecimiento de salud		Total
	menos de 2 horas	más de 2 horas	
Aldea	39	1	40
ciudad de Nacaome	57	0	57
Caseríos	2	1	3
Total	100	2	100

Fuente de datos: Elaboracion propia.

La relación existente entre el lugar de residencia y el tiempo transcurrido para llegar al establecimiento de salud con un porcentaje del 57 % de las mujeres residen en el casco de la ciudad de Nacaome con un tiempo de llegada al establecimiento de salud es menor de 2 horas; el 39% de las que viven en las aldeas su tiempo de traslado es menor de dos horas y el 1% tardan más de 2 horas. Las que viven en caseríos son un 2% y tardan menos de 2 horas para llegar y solamente el 1 % invierte más de 2 horas de tiempo.

Grafico 12

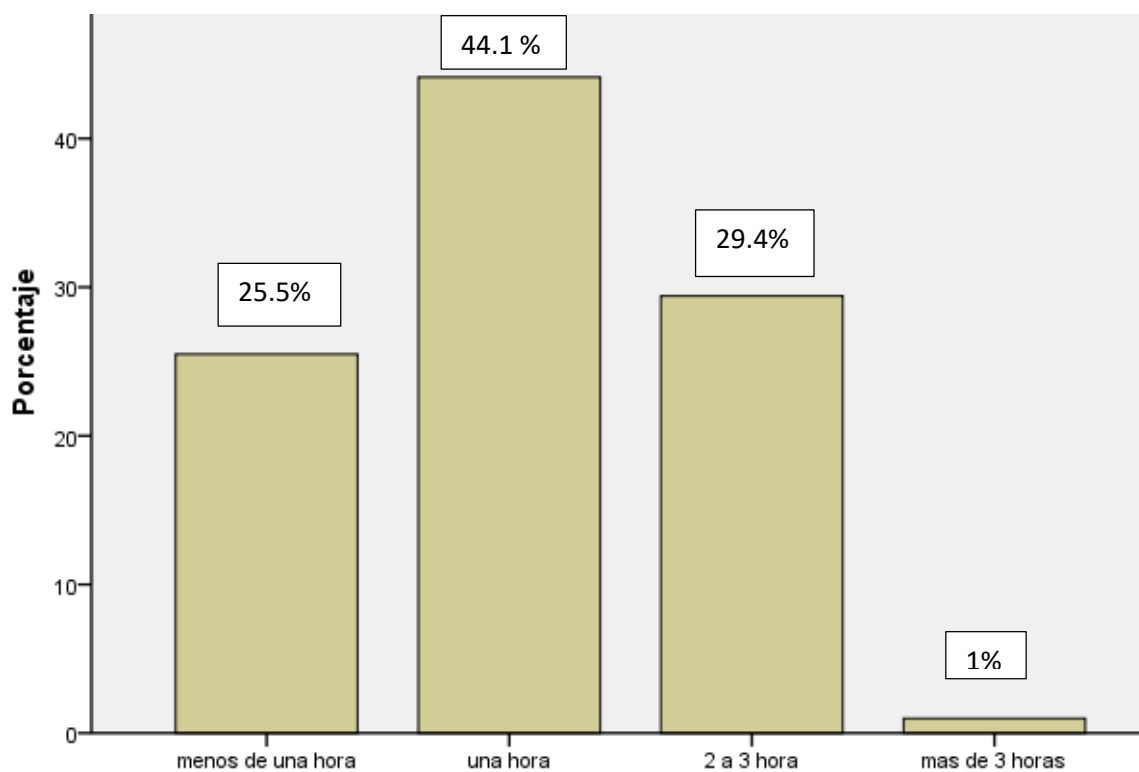
Tipo de transporte utilizado por las mujeres con diagnóstico de osteoporosis para llegar al establecimiento de salud. Nacaome, Depto. de Valle, 2015



El tipo de transporte más utilizado fue el autobús o taxi en un 56%, seguido del 39 % que llegaron caminando al establecimiento de salud, el 2.9% utilizaron vehículo particular y el 2 % de las mujeres usaron otro tipo de transporte.

Grafico 13

Tiempo transcurrido para recibir atención médica, mujeres con diagnóstico de osteoporosis en la unidad de salud de Nacaome, Depto. Valle, 2015.



Tiempo transcurrido en recibir la atención

Las mujeres con diagnóstico de osteoporosis un 44.1 % tardaron una hora en recibir la atención, el 29.4% recibió atención en un tiempo de 2 a 3 horas, el 25.5% con un tiempo menor de una hora y un 1 % tardo más de 3 horas en recibir atención médica.

Tabla 12

Tiempo para la próxima cita de atención médica de las mujeres con osteoporosis. Nacaome Depto. de Valle, 2015.

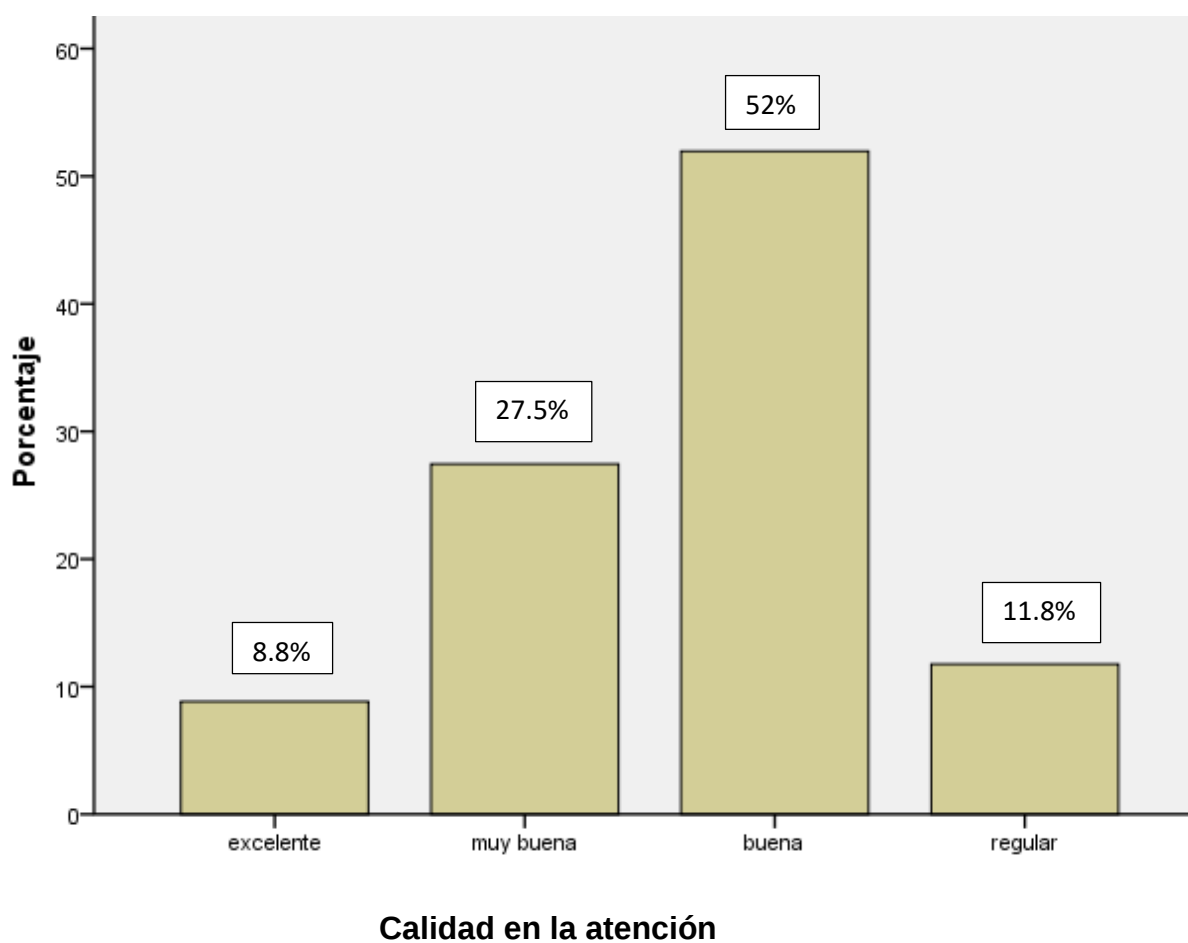
Tiempo para la próxima		
cita médica	Frecuencia	Porcentaje
Cada 15 días	58	56.9
Un mes	33	32.4
3 meses	5	4.9
No contesta	6	5.9
Total	102	100.0

Fuente de datos: Elaboracion propia.

El tiempo para la próxima cita en un 57 % fue a los 15 días, el 32.4 % recibieron la cita cada mes y un 5 % la cita es cada 3 meses; un 6 % de las mujeres no contestaron por no saber o no recordar.

Grafico 14

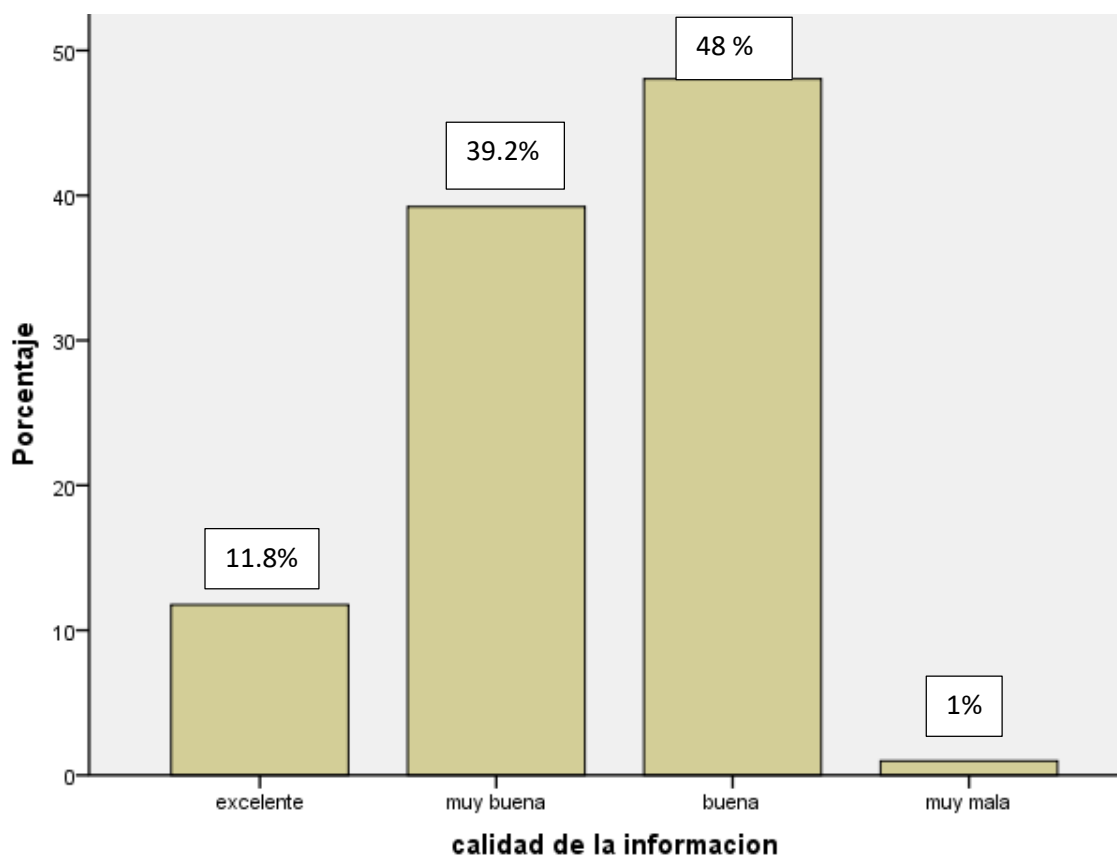
Opinión sobre la atención brindada en la unidad de salud según las mujeres con diagnóstico de osteoporosis. Nacaome, Depto. de Valle, 2015.



La opinión sobre la atención brindada según las mujeres con osteoporosis fue buena en 52%, para el 27.5% la atención fue muy buena, un 11.8% fue regular y el 8.8% de las mujeres opinaron que recibieron una atención excelente.

Grafico 15

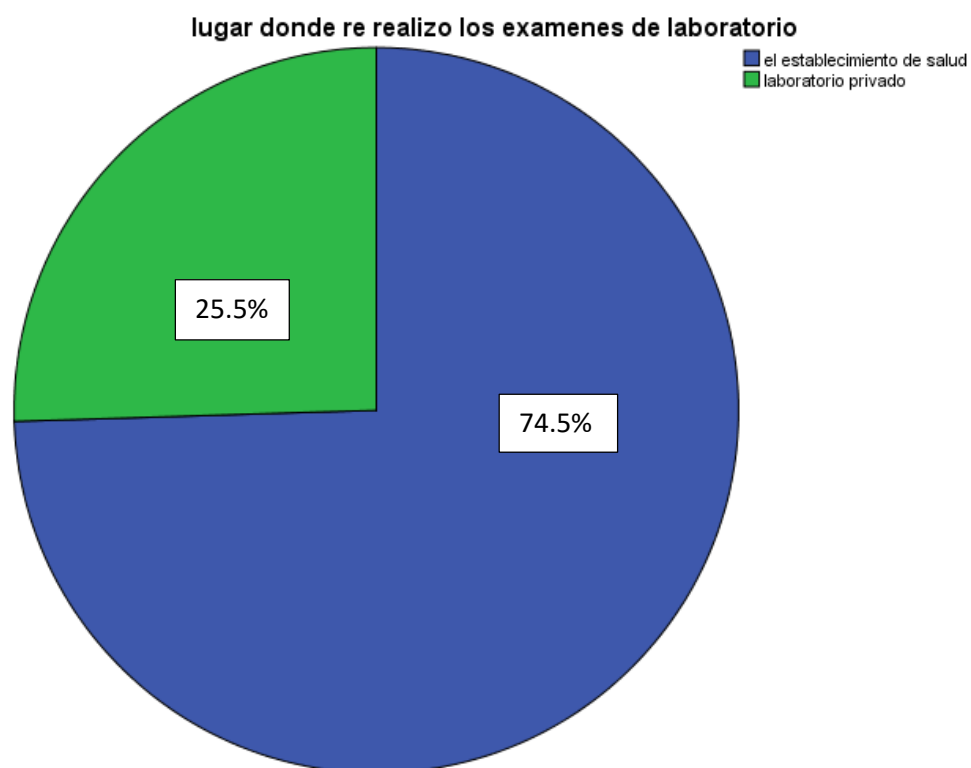
Calidad de la información acerca de la enfermedad brindada según las mujeres con diagnóstico de osteoporosis. Nacaome Depto. de Valle, 2015.



La información recibida según las mujeres con diagnóstico de osteoporosis sobre su enfermedad en un 48% fue buena, 39.2% fue muy buena, un 11.8% recibió en forma excelente y un 1% fue muy mala.

Grafico 16

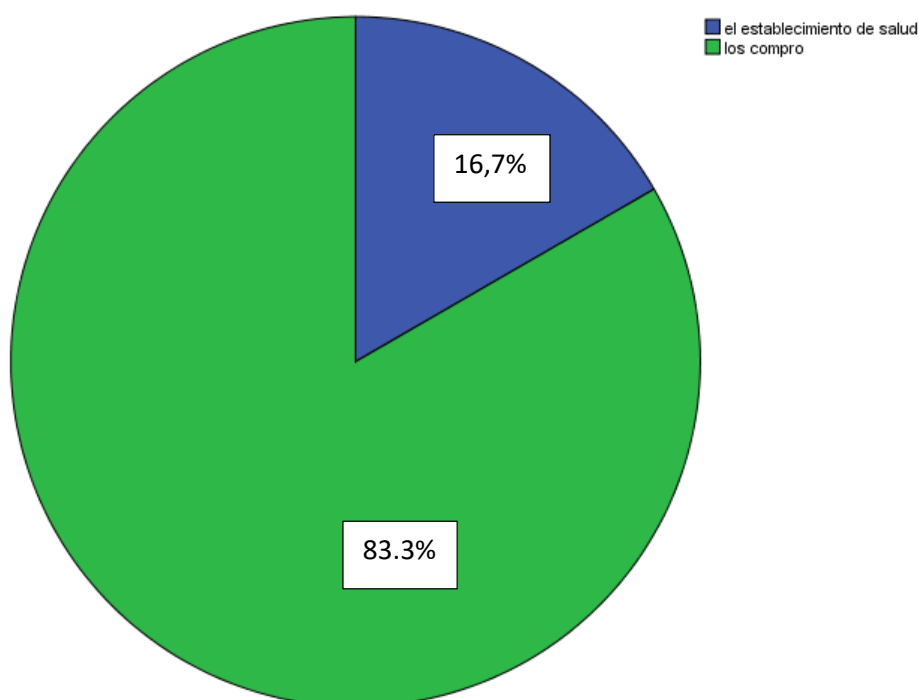
Lugar donde las mujeres con diagnóstico de osteoporosis se realizaron los exámenes de gabinete. Nacaome, Depto. de Valle, 2015.



Los exámenes de gabinetes que se realizaron las mujeres con diagnóstico de osteoporosis en un 74.5% fueron en el establecimiento de salud de primer nivel complejidad dos y el 25.5% en clínica privada.

Grafico 17

Lugar donde se les suministraron los medicamentos a las mujeres con diagnóstico de osteoporosis. Nacaome Depto. de Valle, 2015.



Los medicamentos suministrados a las mujeres con diagnóstico de osteoporosis en el 83.3% fueron comprados y el 16.7% se les suministro en el establecimiento de salud.

Tabla 13

Relación entre el lugar de realización de los exámenes de laboratorio y el suministro de los medicamentos en la unidad de salud a mujeres con diagnóstico de osteoporosis en Nacaome, Depto. de Valle, año 2015.

Lugar realización de exámenes de laboratorio	Suministro de medicamentos		Promedio Total
	Establecimiento de salud	Comprados	
Establecimiento de salud	15	60	75
Laboratorio privado	1	24	25
Total	16	84	100

Fuente de datos: Elaboracion propia.

Las mujeres con diagnóstico de osteoporosis, se realizaron los exámenes de laboratorio en la unidad de salud en un 75 % de las cuales el 60% de ellas compraron sus medicamentos y solamente el 15% recibieron su medicamento en el establecimiento. El 25% se realizaron sus exámenes en laboratorio privado, de las cuales el 24% de ellas compraron sus medicamentos y el 1% recibieron los medicamentos en el establecimiento de salud.

Tabla 14

Establecimiento de salud donde son referidas las mujeres con diagnóstico de osteoporosis que son atendidas en la unidad de salud de primer nivel complejidad dos. Nacaome, Depto. de Valle año 2015.

Referida a otra unidad de salud	Establecimiento de salud					Promedio
	Unidad de	Hospital	Clínica		Ningún	Total
	II nivel	de área	HEU*	Privada	lugar	
Si	1	18	2	1	0	22
No	52	0	0	0	26	78
Total	53	18	2	1	26	100

Fuente de datos: Elaboracion propia.

***HEU: Hospital Escuela Universitario.**

Un 78% de las mujeres mencionaron que no fueron referidas a ningún otro centro o unidad de salud, el 22% de ellas fueron referidas y atendidas en otra unidad, solamente el 18% fueron referidas al Hospital del área de San Lorenzo, Valle, seguida del 2% que fueron referidas al Hospital Escuela Universitario de Tegucigalpa, y solo 1 fue a otra unidad de II nivel y a clínica privada.

Tabla 15

Conocimiento sobre densitometría ósea y realización previa, en mujeres con diagnóstico de osteoporosis. Nacaome, Depto. de Valle, año 2015

Conocimiento la densitometría Ósea	Realización Previa de densitometría Ósea		Promedio
	SI	NO	Total
Si	40	1	41
No	0	59	59
Total	40	60	100

Fuente de datos: Elaboracion propia.

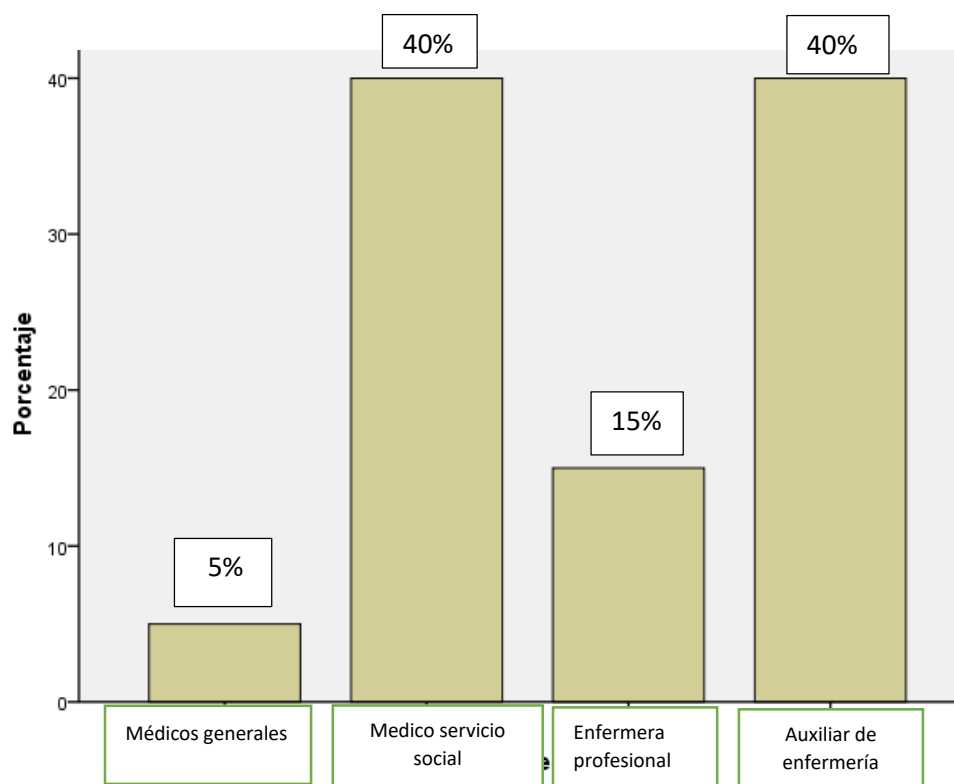
El 59 % de las mujeres diagnosticadas con osteoporosis no tenían conocimiento del examen de la densitometría ósea y no se lo habían realizado antes; el 40% expresaron que lo conocían y se lo habían realizado previamente y 1% de las mujeres que lo conocían no se lo habían practicado.

3. Estructura en los servicios de salud para la atención de las mujeres con diagnóstico de osteoporosis.

Los datos que se muestran en esta sección fueron obtenidos del personal laborante en la unidad de salud de primer nivel de complejidad dos; también se describe la estructura existente en la atención brindada en el establecimiento de salud, a las mujeres con diagnóstico de osteoporosis y el registro de las atenciones.

Grafico 18

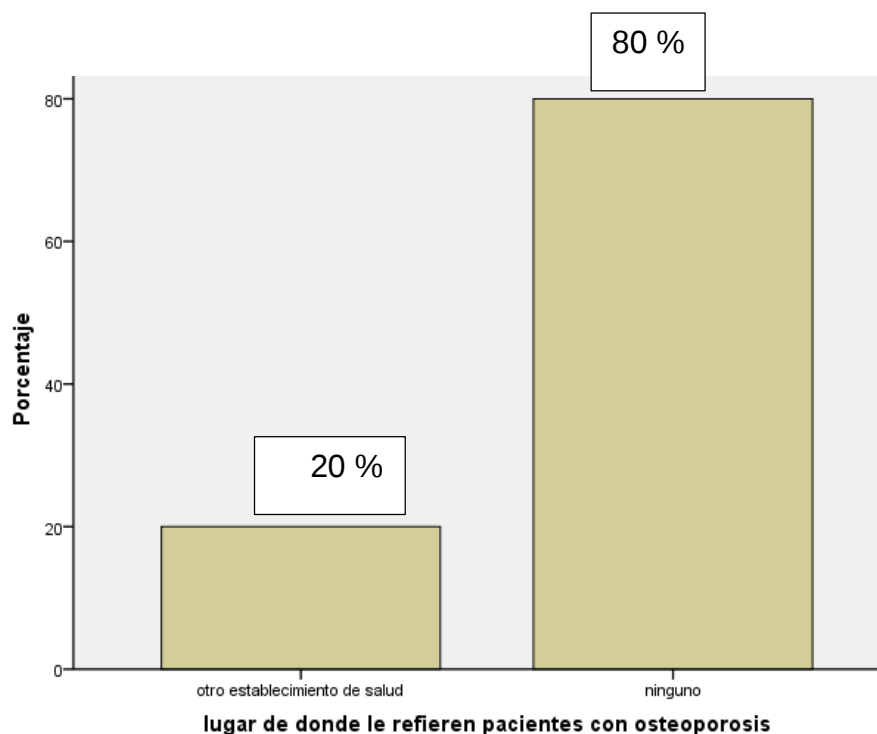
Tipo de personal o recurso humano del establecimiento de salud de Nacaome, Depto. de Valle, año 2015.



El personal del establecimiento de salud de Nacaome, Valle en un 40% está representado por médicos en servicio social, otro 40% son enfermeras auxiliares, el 15% médicos generales permanentes y el 5% representado por enfermeras profesionales.

Grafico 19

Establecimiento de salud donde son referidas las mujeres con diagnóstico de osteoporosis, según el personal del establecimiento de salud. Nacaome, Depto. de Valle, año 2015.



Las mujeres con diagnóstico de osteoporosis en la ciudad de Nacaome, un 20% del personal de la unidad de salud refiere que son referidas o enviadas para su

seguimiento o control a otro establecimiento de salud. Un 80% del personal indica que no son referidas a ningún otro nivel o establecimiento de salud.

Tabla 16

Atención de mujeres con osteoporosis y tipo de registro utilizado por el personal en la unidad de salud Nacaome, Depto. de Valle, año 2015.

Frecuencia en la atención de mujeres con osteoporosis	tipo de registro		
	Expediente Ninguno		Total
Semanalmente	0	5	5
Mensualmente	1	7	8
Nunca	0	15	15
Total	1	27	28

Fuente de datos: Elaboración propia.

La frecuencia en la atención de mujeres con diagnóstico de osteoporosis se realiza mensualmente según 8 de las personas que son parte del equipo de la unidad de salud, una persona menciona que si existe registro de la atención en el expediente; también 5 personas reportaron que semanalmente se atienden

pacientes, pero sin registro; y 15 personas no mencionaron que no hay atenciones, ni registro de ellas.

VI. ANALISIS DE RESULTADOS

Los cambios económico a nivel mundial que se han producido en las distintas sociedades han generado impacto en ellas, con reformas en los sistemas de salud, durante los últimos 15 años a pesar de los esfuerzos realizados, continúan ciertos factores propios de los sistemas de salud los cuales siguen generando exclusión; como la existencia de grandes brechas en la equidad, en la utilización de los servicios y en los resultados de salud de la población, restringiendo de manera significativa el ejercicio del derecho a la salud.

La pobreza, desigualdades sociales y económicas en la actualidad son determinantes sociales de la salud que son específicos del contexto social que afecta la salud de la población y que se traducen en impacto en ella; constituyendo día a día un desafío para los tomadores de decisiones en la gestión pública y para la realización de políticas públicas.

El presente estudio explica la exclusión en salud como un fenómeno que tiene múltiples dimensiones, considerando varios determinantes sociales importantes como ser: la pobreza, el desempleo, la informalidad del sector productivo en la que se encuentran muchas familias, la falta de servicios básicos como agua

potable y eliminación de excretas, así como los problemas que se presentan en el sistema de salud para brindar una adecuada protección en salud y el esfuerzo que hace la población para pagar los costos en salud ocasionando el gasto de bolsillo, repercutiendo en la economía y la situación social de la familia.

En la atención de la salud de la población hondureña se presentan varias situaciones evidentes que no se han podido cambiar, como ser: algunos grupos poblacionales acceden a los servicios de salud cercanos a su comunidad y otros no tiene esa oportunidad, por diferentes razones que dificultan su acceso. En general el acceso se ve restringido por múltiples factores propios del sistema (dimensiones Internas) o de la población en sí misma (dimensiones externas).

En este estudio los objetivos propuestos fueron enfocados a encontrar las barreras o determinantes de inequidad involucrados en la exclusión en el acceso a la atención en los servicios de salud de mujeres con diagnóstico de osteoporosis en una ciudad de la zona sur de Honduras. La población tomada para el estudio fueron mujeres con diagnóstico de osteoporosis en la ciudad de Nacaome, departamento de Valle, sus aldeas y caseríos pertenecientes al municipio. Las mujeres que viven en dicha zona, poseen ciertas condiciones económicas, sociales y geográficas las cuales fueron analizadas para caracterizar la exclusión en salud de esta población.

Durante la investigación se obtuvo información importante sobre factores que impiden a dicha población a tener acceso a los servicios de salud y que

evidencian la existencia de exclusión en salud. Tal como la OMS/ OPS muestra en artículos y estudios realizados previamente en Honduras y en Centroamérica se resalta un factor importante como ser las zonas rurales que se encuentran excluidas de los servicios de salud, a diferencia de las urbanas que cuentan con un mejor acceso. Otro aspecto a tomar en cuenta es la población del sexo femenino, considerado un grupo poblacional de riesgo, con enfermedad específicas poco estudiadas y tratadas.

En cuanto a las características generales de la población estudiada, la edad reveló que el promedio fue de 58 años, con una mediana de 62 y una moda de 60 años, manejando rango de edad promedio de 51 a 60 años, en la cual están ubicadas en su mayoría las mujeres del estudio. Este resultado coincide con lo descrito en artículos de las revistas científicas de la (Internacional Osteoporosis Foundation, 2012) considera el rango de edad un factor de importancia por ser la etapa de la vida donde las mujeres mayormente sufren un descenso considerable en los niveles hormonales y se detiene la producción de estrógenos, ocasionando que los huesos ya no se benefician con su efecto protector causando pérdida de masa ósea por la descalcificación.

Un datos interesantes encontrado fue analizar los casos de las mujeres con diagnóstico de osteoporosis que se dieron en los diferentes grupos de la edad que participaron en el estudio; según la literatura existen casos que pueden presentarse en edades tempranas por algunas situaciones y clasificada como osteoporosis secundaria, debido al consumo de calcio escaso en la

adolescencia, poco consumo de alimentos que contengan calcio, por enfermedades pre- existentes, lo que puede afectar la formación del hueso y sobre todo de la masa ósea.

Otra característica importante el sexo femenino en este estudio fue tomado desde la selección de la muestra, considerada a nivel mundial la población más afectada con esta enfermedad; las estadísticas descritos en otros países como por ejemplo en los Estados Unidos describen que la osteoporosis es la enfermedad ósea metabólica más común, afecta entre 20 a 25 millones de residentes en los Estados Unidos. (Orellana, 2015)

La prevalencia de esta enfermedad, según diferentes estudios realizados, afecta al 35% de las mujeres mayores de 50 años y al 52% de las mayores de 70 años; a partir de los 50 años va a afectar a una de cada cuatro mujeres y a uno de cada ocho varones. Una de cada cinco mujeres mayores de 50 años tiene una fractura vertebral (Bastida Calvo, 2015) ; dicho dato fue evidenciado con la investigación efectuada en el establecimiento de salud en la ciudad de Nacaome, Valle; de una muestra de 440 mujeres con un resultado de 102 fueron diagnosticadas con osteoporosis, con una relación de 1 de cada 4 , siendo está la relación demostrada en la población hondureña de mujeres en una ciudad de la zona sur del país; en América Latina, diferentes estudios mostraron concordancia con los datos obtenidos, donde dice que 1 de cada 3 mujeres mayores de 50 años padecerá osteoporosis. (Internacional Osteoporosis Foundation America, 2012). En relación a la caracterización de la población del estudio, el estado civil de las

pacientes con osteoporosis fue en un 41 % casadas y cuentan con el apoyo de un jefe de familia; en relación a un 23 % solteras quienes adoptan el papel de jefes de familia y que buscar el ingreso económico para el sustento del hogar; un 18 % en unión libre y otro 18% viudas, esto incide más al problema socioeconómico de la familia por la falta de apoyo o la figura del hombre como jefe de familia; el rol de la mujer en el hogar cambia a ser jefe de familia, rompiendo el orden y causando mayores problemas sociales y económicos que generan exclusión.

Para caracterizar la exclusión es necesario identificar las características socioeconómicas en la población estudiada como ser la procedencia, escolaridad, ocupación, empleo, ingreso económico, servicios básicos, número de hijos; aspectos de suma importancia o relevancia en el estudio, para verificar el nivel de pobreza que el grupo seleccionado en la investigación se encuentra. Estos aspectos influyen notoriamente en la exclusión en salud en las poblaciones rurales en relación a las que viven en zonas urbanas que mantienen un nivel más alto a nivel socioeconómico.

Dentro de las barreras externas que influyen en la exclusión se encuentra: **la barrera geográfica**; esta barrera que no es más que las dificultades para acceder de manera oportuna y continua a los servicios de salud por razones de localización y distribución de los establecimientos de salud, vías de transporte, caminos los que generan exclusión en salud (OPS, 2006). Fueron tomadas la procedencia o lugar de residencia de las mujeres con osteoporosis considerado

un indicador importante para medir el acceso geográfico que los pacientes tienen a los servicios de salud y además para determinar el tiempo utilizado en llegar al establecimiento de salud, sobre todo en la zona rural, existen pueblos en zonas muy lejanas y de difícil acceso, caracterizados por una situación geográfica que también generan grandes limitantes en la extensión de coberturas en salud.

Al relacionar a los resultados se encontró un 56 % de las mujeres son residentes en la ciudad de Nacaome, el 41 % viven en aldeas pertenecientes al municipio de Nacaome y 3 % habitan en caseríos pequeños dentro del municipio. Estos datos fueron relacionados con el tiempo de traslado a la unidad de salud, con el objetivo de encontrar su relevancia en el estudio por ser significativo el acceso geográfico al establecimiento debe quedar a no más de 30 minutos a una hora en el casco urbano y no mayor de una hora o 2 en zonas rural.

Las mujeres con diagnóstico de osteoporosis que viven en el casco de la ciudad de Nacaome utilizaron un tiempo de traslado menor de 2 horas para llegar a la unidad de salud; el 40 % de las que residen en las aldeas cercanas y el 1% de las que habitan en aldeas tardaron más de 2 horas en llegar; en cambio las que viven un poco más lejos de la ciudad, en caseríos, el 2 % se tardan menos de 2 horas y el 1% tardan un tiempo mayor de 2 horas; los resultados obtenidos con esta variable procedencia y tiempo de traslado a la unidad de salud, consideradas dentro de las dimensiones externas en los sistemas de salud, impiden a las mujeres con diagnóstico de osteoporosis acceder a los servicios de salud, al habitar zonas muy dispersos o alejados de los establecimiento de

salud, la falta de transporte y con menos oportunidad de trasladarse a las unidades.

La variable tipo de transporte que las mujeres utilizan para llegar a la unidad dentro de la barrera geográfica, se encontró que el medio de transporte mayormente utilizaron fue el autobús o taxi en un 56%, seguido del 39 % que llegaron caminando al establecimiento de salud, un 2.9% utilizaron vehículo particular o propio y el 2 % de las mujeres usaron otro tipo de transporte(como moto, caballo) evidenciando que más de la mitad de las mujeres utilizan transporte que generan gastos de bolsillo, afectando la economía del hogar que genera exclusión en salud.

La escolaridad, contribuye en el estudio para determinar el nivel de conocimiento que el paciente tiene sobre su salud y el nivel de importancia que tiene en buscar ayuda para tratar su enfermedad; a mayor escolaridad mejores condiciones de vida, un buen empleo que genera un mejor ingreso económico al seno familiar. En muchos países de América Latina (como por ejemplo Bolivia, Guanajuato en México) el analfabetismo o baja escolaridad ha sido un factor importante en la exclusión en salud (OPS/OMS Secretaria de Salud Honduras, 2009)

El resultado obtenido en la investigación, en cuanto a la escolaridad, más del 35% de las mujeres han cursaron algún nivel de primaria y 18% si lograron finalizarla, en contraste con el 28% no tiene ningún grado de escolaridad y 1% tienen un nivel universitario completo e incompleto. Con los datos anteriores se evidencia que el analfabetismo y la baja escolaridad de la población en el estudio,

son resultados similares a los descritos en estudios realizados anteriormente (Acuña, y otros, 2014), donde el porcentaje de analfabetismo es mayor en la zona rural, en relación con la zona urbana, cercano a un 24% sobre todo en mujeres; esta variable permitió caracterizar la exclusión en salud una vez más en el lugar del estudio ubicado en la zona sur del país Honduras.

También acompaña a la escolaridad un factor importante como es la profesión u oficio que las mujeres tienen; porque a mayor escolaridad, se obtienen niveles profesionales altos y mayor conocimiento genera un mejor empleo y por lo tanto más ingresos económicos, aumentando el nivel de vida en las familias. En la investigación se encontró que el 78.4 % de las mujeres diagnosticadas con Osteoporosis son amas de casa, un 1% tienen profesiones y trabajan en ello; el 15 % poseen negocios propios o son comerciantes.

Entre las barreras económicas la condición económica más relevante es el ingreso económico mensual que las familias de las mujeres con diagnóstico de osteoporosis mantienen; la actividad productiva depende mayormente de las camaroneras, meloneras y los negocios o comercios que existen por estar cerca de la frontera del Amatillo (que divide a Honduras con la Republica de el Salvador). A pesar de ello el ingreso mensual de casi la mitad de los hogares es 1,201 a 3,000 lempiras, un 29. 3% con un ingreso de 0 a 1200 lempiras y el 1% su ingreso mayor de 10,000 lempiras; ingresos por debajo del salario mínimo de

Honduras y que se considera que difícilmente una familia podría sostenerse en condiciones de vida favorables.

Al lograr relacionar el oficio o profesión de las mujeres, con el trabajo, el ingreso que generan ellas o si otras personas aportan al seno del hogar; la información recopilada muestra que los ingresos son muy bajos, en su mayoría no cuentan con un empleo o negocio propio; se sabe que estas condiciones generan presiones económicas por no contar con lo suficiente para satisfacer las necesidades básicas del hogar, lo que hace difícil tener un presupuesto para solventar los gastos en su salud, ocasionando que este grupo poblacional se encuentre excluido de la posibilidad de recibir una adecuada atención médica.

Entre menos miembros de la familia tenga un trabajo y con la falta de recursos económicos, se agrava más el problema; esto genera el difícil acceso a los servicios de salud, por ser el factor económico una de las barreras externas que generan exclusión en salud.

Las barreras económicas asociadas a la pobreza, así como el gasto de bolsillo sigue siendo una sección importante en el financiamiento que el sector salud debe tomar en cuenta para llegar a establecer políticas públicas, planificación estratégica en la toma de decisiones que satisfagan y hagan cumplir el derecho a la salud en esta población rural poco atendida en Honduras.

Las necesidades básicas insatisfechas (NBI) se consideran otro de los factores o indicadores que pueden ayudar a medir o caracterizar la exclusión en salud, a través de ello se puede medir el nivel de pobreza la cual se encuentra

fuertemente ligada a la exclusión social de la población. Las necesidades básicas de tener una vivienda, con los servicios básicos de agua, luz, alcantarillado o letrina, mostró que en las viviendas de las mujeres con osteoporosis en el 60% cuentan con todos los servicios básicos y un 8% no tienen ningún servicio básico, con viviendas tipo adobe que son la mayoría, luego de bloque y madera; más del 73% de las casas son propias mostrando que en cuanto a la pertenencia de una vivienda un alto porcentaje tienen acceso a estas.

En Honduras la exclusión en salud es producto de prácticas económicas, sociales y políticas que se manifiestan en diferentes lugares y poblaciones, la falta de acceso para la satisfacción de las necesidades básicas de salud, se ve manifiesta, cuando no existe una infraestructura mínima que permita proveer un adecuado servicio de salud a las personas y grupos de poblaciones, quienes no pueden acceder a ella debido a barreras geográficas, económicas, culturales, laborales, de oportunidad, calidad y dignidad. (OPS,OMS, 2009)

La calidad en la atención medica al buscar la satisfacción en los servicios de salud, es el objetivo básico para lograr que sus necesidades de búsqueda de la salud se vean cubiertas al momento de solicitarlas, que sea eficiente y que genere el menor gasto al bolsillo de las pacientes. Es importante destacar algunos aspectos que ayuden a caracterizar la exclusión en salud de la población en estudio, como los relacionados con las fallas que pueden presentarse en el sistema de salud para proveer una adecuada protección en salud y el esfuerzo

que la población de Nacaome, hace para pagar los costos de estudios clínicos, tratamientos, afectando de muchas formas el gasto de bolsillo de los pacientes.

En cuanto al tiempo que una paciente tarda en recibir la atención en el establecimiento de salud se encontró que un 44 % fueron atendidos en un tiempo menos de una hora en relación al resto que tardaron una a dos horas; la mayoría de los estudios que abordan el tema sobre la cantidad de tiempo adecuada para una consulta médica indican que el medico cuenta con 10 minutos por paciente; asimismo, el tiempo de consulta es uno de los aspectos que marcan el grado de satisfacción, tanto de los pacientes como de los profesionales, pero se establece el tiempo de espera no debe ser mayor de 45 minutos a una hora. Tanto el tiempo de espera, en la obtención de citas y la duración de la consulta el profesional de la salud estará cara a cara con la paciente resulta es importante para garantizar la calidad de atención médica. (Outomuro & Actis, 2013)

La OMS define la calidad de manera muy amplia: “la calidad en asistencia sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de medios 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 mínimo riesgo de efectos adversos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso (Outomuro & Actis, 2013). En un 50% de las pacientes con diagnóstico de osteoporosis que demandaron el servicio

médico en la unidad de salud de Nacaome, manifestaron recibir una buena calidad de atención e información al momento de la consulta brindada.

En los servicios médicos brindados muestra la calidad de atención que el establecimiento de salud presta a las mujeres con osteoporosis y en este estudio revelo que el 75% de ellas realizaron sus exámenes generales de laboratorio en la unidad de salud; pero no así el examen de Densitometría ósea, el cual más del 60% de ellas no lo conocían y no se habían realizado. En relación al tratamiento brindado, el del 84% de las mujeres con diagnóstico de osteoporosis lo adquirieron en farmacias privadas, generando un gasto de bolsillo y la falta de apego al tratamiento debido al alto costo, debido a los medicamentos que son de uso continuo, acrecentando más el problema de salud, provocando exclusión por parte del sistema de salud, quien es el ente que debe brindar una adecuada en salud para evitar complicaciones futuras.

Las unidades o establecimientos de salud en zonas rurales deben tener una estructura adecuada que brindar atenciones a las personas que lo soliciten, garantizando la prestación de servicios de salud que esté acorde a las necesidades con calidad y equidad (Palomino Moral, Grande Gascon, & Linares Abad, 2014), esto implica contar con los recursos humanos necesarios; pero en las zonas rurales básicamente el personal está integrado por auxiliares de enfermería permanentes, enfermeras profesionales, médicos en servicio social, médicos jefes de la unidad, odontólogos, técnicos de laboratorio; quienes tienen la dinámica de trabajo establecida en un manual de procedimientos y

tratamientos muy elementales de enfermedades de diagnóstico de baja complejidad que deben tratar de acuerdo a la capacidad de la unidad de salud.

En la ciudad de Nacaome la unidad de salud ubicada en el centro de la ciudad cuenta en un 40% por ciento con personal auxiliar permanente e igual porcentaje de médicos en servicio social atendiendo la consulta médica diariamente; el 15% del personal son médicos permanentes en puestos de jefaturas y enfermeras profesionales también. Esto evidencia una vez más que la estructura y recursos humanos en unidades de regiones rurales está sustentada por personal en su práctica médica y auxiliares de enfermería; los casos de mayor complejidad son remitidos a otros establecimientos de salud regionales que cuentan con otros servicios médicos.

Actualmente Nacaome cuenta con un centro policlínico para atenciones médicas con especialidades de ginecología, pediatría y medicina interna, médicos generales y en servicio social según el nuevo modelo de salud en Honduras. Las atenciones que realiza el personal médico a pacientes con esta patología de Osteoporosis son muy pocas, a diferencia de las demás enfermedades crónicas no transmisibles que diariamente se atienden en dicho establecimiento de salud; un aspecto importante de resaltar es la falta de registros o historias clínicas que sustenten las atenciones realizadas, el manejo y tratamiento médico brindado a las mujeres con dicha enfermedad.

El propósito de seleccionar la enfermedad de osteoporosis principalmente es por la frecuencia de aparición en mujeres jóvenes, post menopáusicas y sobre todo

por las barreras o determinantes de inequidades en el acceso de la atención que dichas mujeres reciben a nivel de los establecimientos de salud en la ciudad de Nacaome, Valle donde se realizó la investigación.

En esta investigación solamente dos personas dentro del personal, mencionaron atender pacientes mensualmente y fueron registradas en los expedientes clínicos, hecho que demuestra la falta de un manual de procedimientos o programas en las unidades de salud de la zona, sobre todo para pacientes con osteoporosis, se registró en el estudio más del 80% de las mujeres también tuvieron que comprar sus medicamentos para dicha enfermedad. De las mujeres estudiadas el 40% no conocían el examen de Densitometría ósea y no se lo habían realizado antes; dichos datos evidencian que dicha enfermedad es muy poco tratada en unidad de salud rural y registrada por no contar con una estructura adecuada para su atención.

Luego de analizar los resultados de la investigación se puede mencionar algunos elementos o hallazgos importantes encontrados que generan exclusión en las mujeres con diagnóstico de osteoporosis que son atendidas en una unidad de salud de primer nivel de la ciudad de Nacaome, en primer lugar el rango de edad de las mujeres fue entre 51-60 años, que residen en el casco urbano de la ciudad, con un nivel de escolaridad bajo solamente han cursado algunos grados de la primaria y algunas no tienen escolaridad, en su mayoría son amas de casas y no cuentan con ingresos económicos fijos generados por un trabajo formal y las que si lo tienen es de L. 1200-3000.

Al momento de solicitar atención en la unidad de salud el tiempo de espera fue una hora; con una buena calidad en la atención y la información brindada con respecto a su enfermedad, el examen de Densitometría ósea para detección de osteoporosis en su mayoría las mujeres lo conocen y se lo habían practicado anteriormente fuera de la unidad, los medicamentos para dicha enfermedad no fueron brindados en la unidad de salud, sino comprados generando de esa manera un gasto de bolsillo, tampoco fueron referidas a otra unidad de salud para su manejo.

El personal médico asistencial en su mayoría son médicos en servicio social y auxiliares de enfermería, quienes no cuentan con un programa de atenciones y registros médicos de dichas pacientes; lo que demuestra una vez más la exclusión en la atención en salud a nivel de una estructura débil en los servicios de salud donde hay falta de respuesta a la protección de la salud, por el hecho de tener deficiencias al momento de la demanda de los servicios médicos que las mujeres con diagnóstico de osteoporosis solicitan, como ser una atención de calidad, con el personal calificado y capacitado para tratar dicha enfermedad, con controles y medicamentos brindados por la unidad de salud; como una obligación del estado de generar un acceso efectivo y oportuno que disminuya las brechas de desigualdades y falta de protección en salud en el sistema de salud hondureño

VII. CONCLUSIONES

1. Las características sociodemográficas encontradas en las mujeres con diagnóstico de osteoporosis fueron: la edad promedio de 58 años con un rango entre 51-60 años consideradas un grupo vulnerable, con bajo nivel de escolaridad, el 18% completaron su primaria y el 38% tienen primaria incompleta y un porcentaje muy bajo con estudios superiores.
2. Los ingresos económicos familiares; en el 49% de las mujeres con diagnóstico de osteoporosis oscilan entre 1200-3000lps, quienes no poseen un trabajo formal o no tienen acceso a uno; el 60% de ellas son amas de casa, casadas, con ingresos proporcionado por el esposo, hijos o algún otro familiar, quienes cuentan con una vivienda propia con todos los servicios básicos y residen en casco urbano de la ciudad de Nacaome, Valle.
3. El 70% de las mujeres diagnosticadas con osteoporosis en el estudio fueron atendidas en el establecimiento de salud de primer nivel de la ciudad de Nacaome, Valle, con un tiempo transcurrido de llegada a la unidad menos de 2 horas y un tiempo máximo de una hora para recibir la atención médica.
4. La mitad de la población de estudio refirieron una buena calidad en la atención brindada.
5. El 83.3% de las mujeres con diagnóstico de osteoporosis compraron sus medicamentos para tratar su enfermedad en las farmacias cercanas en la

ciudad de Nacaome, Valle; generando un gasto de bolsillo y un desequilibrio en la economía familiar.

6. El examen de densitometría ósea del calcáneo, equipo para diagnosticar la enfermedad de osteoporosis no se practica en la unidad de salud de primer nivel complejidad dos en Nacaome Valle, al momento del estudio solamente el 59% de las mujeres diagnosticadas no lo conocían y no se lo habían realizado antes, dicho examen se realiza en algunas las Unidades de Salud de la Zona Sur de forma gratuita con apoyo por parte de laboratorios farmacéuticos que poseen los equipos.
7. El personal laborante en la unidad de salud de primer nivel de complejidad dos, en la ciudad de Nacaome, Valle; un 40% son médicos en servicio social y un 5% médicos generales permanentes, quienes han atendido mujeres con osteoporosis semanalmente y otros mensualmente, sin dejar evidencia del registro de dichas atenciones.
8. Las barreras externas de la exclusión en el acceso a la atención de las mujeres con diagnóstico de osteoporosis como determinantes de inequidades en salud: barrera económica un alto porcentaje de las mujeres estudiadas con un ingreso menor al salario mínimo actual el cual es arriba de L. 8,000; la barrera laboral un porcentaje muy alto de ellas son amas de casa; barrera de género significativo por considerar a las mujeres las que padecen con mayor frecuencia dicha patología. La barrera geográfica genera exclusión en salud sobre todo en zonas rurales, por la dificultad en

el acceso a medios de transportes a quienes residen en aldeas perteneciente al municipio de Nacaome, Valle, consideradas las zonas rurales más excluidas de los servicios de salud.

9. La prevalencia de enfermedad es de 1 de cada 4 mujeres tiene la enfermedad de osteoporosis en la ciudad de Nacaome, Valle, Honduras.

VIII. RECOMENDACIONES

1. A las autoridades de la Secretaria de Salud como ente rector y regulador en el sistema de Salud en Honduras, la formulación de programas y entrenamiento al personal de salud de los diferentes niveles para brindar una adecuada atención a pacientes con diagnóstico de osteoporosis y un mejor registro de la enfermedad.
2. A las autoridades de la Secretaria de Salud enfatizar en la prevencion y promocion de la enfermedad, ofreciendo en todos los niveles o establecimientos de salud una atencion integral con mayor vigilancia epidemiológica de la osteoporosis.
3. La Secretaria de Salud en Honduras deberá considerar los temas de exclusión en salud priorizando el derecho a la salud dentro de políticas públicas, para eliminar inequidades y desigualdades que se presentan más frecuentemente en poblaciones rurales al momento de acceder a los servicios de salud.

4. El Estado de Honduras y la Secretaria de Salud dentro de su presupuesto anual debe considerar una partida presupuestaria para brindar y dotar a las unidades de salud en los diferentes niveles del personal calificado, estudios diagnósticos y medicamentos para la atención de pacientes con diagnóstico de osteoporosis.
5. El Posgrado de Salud Pública, Secretaria de Salud y la UNAH, puedan tomar en cuenta para próximos estudios el tema sobre el gasto de bolsillo que genera la enfermedad de osteoporosis en la economía familiar de las mujeres que sufre esta patología.

IX. Bibliografia

1. Acosta, S. R. (2010). *Barreras y determinantes del acceso a los servicios de salud en Colombia*. Colombia: universidad de Barcelona.
2. Acuña, C., Marin, N., Mendoza, A., Azeredo, T., Martins, I. C., Luiza, V. L., & Azeredo, T. B. (2014). Determinantes sociales de la exclusión a los servicios de salud y a medicamentos en tres países de América Central. *Revista Panamericana de Salud publica*, 1-8.
3. Acuña, M. C. (2005). Exclusion, proteccion y el derecho a la salud. *Unidad de politicas y sistemas de salud Area de desarrollo estrategico de la salud OPS/OMS*, 1-12.
4. Agost Felip, M. R., & Martin Alfonso, L. (2012). Acercamieto al papel de los procesos de exclusion social y su relacion con la salud. *Rev. Cubana de Salud Publica*, 126-140.
5. Ana Rosa Jorna Calixtol; Pedro Luis Véliz MartínezII . (2010). Impacto de la osteoporosis en el desarrollo social . *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 694-705.
6. Arellano, A., Milla Villeda, R. H., Hernandez Vera, G., Cisneros Perez, V., Lazalde, B., & Reyes , M. (2007). Prevalencia de la Osteoporosis en mujeres oriundas de Durando Mexico de 50 o mas años diagnosticadas conDEXA de antebrazo. *Gac Med Mex*, vol 143.
7. Arribas, D., Carbonell, C., Cebamanos, J., Estrada, M. D., Rivera, E., & Rivero Cortes, P. (2010). *Guia Practica Clinica sobre Osteoporosis y prevencion de fracturas por fragilidad*. España: Arpirelleve.
8. Baccaro, L. F., Santos Machado, V. d., Costa Paiva, L., Sousa, M. H., Osis, M. J., & Mendez-Pinto, A. (2013). Factors Associated with Osteoporosis in Brazilian women: population-based household survey. *Arch Osteoporosis*, 138.
9. Baltierrez, J., & Lemkowe, L. (2004). Relaciones entre la salud y el desempleo de larga duracion y la exclusion social en jovenes en España. *Universidad de Barcelona*, 45-62.
10. Barrera , M., Lanchero, L., & Vargas, M. (2012). Consumo de Calcio Evolucion y Situacion actual. *Revista Facultad de Medicina Universidad de Colombia*, 60.

11. Bastida Calvo, C. (2015). Guia practica del manejo de osteoporosis y de la prevencion de la fractura por fragilidad en Atencion Primaria. *Sociedad española de medicos generales y de familia*, 1-79.
12. Bermudez Madriz, J. L., Saenz, M. d., Mouser, J., & Acosta , M. (2011). Sistema de salud de Honduras. *Salud Publica Mexico*, 209-219.
13. Block, M. A. (2015). Determinantes Sociales de la Salud. *Gaceta ConBiotica*, 1-40.
14. Bolis, M. (2005). *El derecho a la salud desde el enfoque de la extension de la proteccion social*. Costa Rica: Unidad de Politicas y Sistemas de Salud OPS/OMS.
15. Calvo, C. B. (2015). Guia practica del manejo de osteoporosis y de la prevencion de la fractura por fragilidad en Atencion Primaria. *Sociedad española de medicos generales y de familia*, 1-79.
16. Calvo, J. C. (2012). *GUÍA PRÁCTICA DEL MANEJO DE LA OSTEOPOROSIS Y DE LA PREVENCIÓN DE LA FRACTURA POR FRAGILIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA*. España.
17. Carbonell Abella, C. (2011). Osteoporosis en Atencion primaria. *Osteoporosis y Metabolismo Mineral*, 73-74.
18. Carmenate Milan, L., Herrera Ramos, A., & Ramos Caceres, D. (2016). Situación del Sistema de Salud en Honduras y el Nuevo Modelo de Salud Propuesto. *iMedPub Journals*, 1-10.
19. Cebrian Villar, P. (2013). *Estudio en las alteraciones de la masa osea mediante densitometria: Prevalencia, factores de riesgo y Evolucion*. Facultad de Medicina. Valladolid: Universidad de Valladolid. Obtenido de <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/2901>
20. Clark, P., Chico, G., Zamudio, F., Carlos, F., Pereira, R. M., Zanchetta, J., & Castillo, J. (2013). Osteoporosis en America Latina: panel de expertos. *Medwave*, 1-10.
21. Cordova Villalobos, J. A., Barriguete Melendez, J. A., Lara Esqueda, A., Barquera, S., & Rosas Peralta, M. (2008). Las enfermedades cronicas no transmisibles en Mexico: Sinopsis epidemiologica y prevencion integral. *Salud Publica de Mexico*, 419-427.
22. EXPANSION. (2017). *DatosMacro.com*. Obtenido de Datos Macro.com.

23. Flores-Sandy, G. (Julio-septiembre de 2012). Gestion en la accesibilidad y el derecho a la salud. *Acta Medica Costarricense*, 54(3), 181-188.
24. Fundation, I. O. (2014). La Carga Global de Osteoporosis en Cifras. *International Osteoporosis Fundation*, 1.
25. Gledion, U., Villar, M., & Avila, A. (2010). *Los sistemas de salud en Latinoamerica y el papel del seguro privado*. Madrid España: Fundacion MAFRE.
26. Gonzales Arellano, J. A., Milla Villeda, R., Hernandez Vera, G. E., Cisneros Perez, V., Lazalde, B., & Reyes, M. R. (2007). Prevalencia de Osteoporosis y Osteopenia en mujeres oriundas de Durango Mexico, de 50 años y mas diagnosticada por Dexa de antebrazo. (I. Mexicano, Ed.) *Unidad de investigacion Biomedica*, 365-369.
27. Gonzalez, L. A., Vasquez, G. M., & Molina, J. F. (2009). Epidemiologia de la Osteoporosis. *Revista Colombiana de Reumatologia*, 61-75.
28. Gonzalez-Perez, G. J., Vega-Lopez, M. G., Romero Valle, S., Vega Lopez, A., & Cabrera Privaral, C. E. (2008). Exclusión social e iniquidad en salud en México: un análisis socio-espacial. *Salud Publica*, 15-28.
29. Grupo de Trabajo de Enfermedades Reumatológicas de la semFYC. (2014). Osteoporosis Manejo: prevencion, diagnostico y Tratamiento. *SemFIC*, 1-93.
30. Guillian Wheeler, Mohsen Elshahaly, Stephen P. Tuck, Harish K. Data, Jacob M Van Laar. (2013). The clinic utility of bone marker measurements en osteoporosis. *Journal of translational of medicine*, 11-201.
31. Hernandez Bello, A., & Gutierrez Bonilla, M. L. (2005). Vulnerabilidad y exclusion: condiciones de vida, situacion de salud y acceso a los servicios de salud de la poblacion desplazada por la violencia asentada en Bogota-Colombia. *Gerencia, politica, salud*, 145-176.
32. Instituto Nacional de Estadisticas de Honduras. (2015). *Nacaome, Valle*. Tegucigalpa: INE.
33. Internacional Osteoporosis Foundation. (2012). La Osteoporosis amenaza a las mujeres y su independencia futura, advierte un nuevo informe IOF. *Latin American Audit Estudio de Epidemiologia Costo e Impacto de la Osteoporosis en America Latina*, 1-2.

34. Internacional Osteoporosis Fundation America. (2012). Osteoporosis y Usted. *International Osteoporosis Fundation*, 1- 12.
35. Javier Cortes Moreno,Eva María Sotomayor Morales. (2016). La Exclusión Social de las personas con discapacidad en situacion de pobreza. *MONOGRÁFICO EDUCACIÓN, CULTURA Y SALUD*, 180-184.
37. Jorna Calix, A. R., & Velix Martinez, P. L. (2010). Impacto de la osteoporosis en el desarrollo social. *Revista Cubana Medicina general Integral*, 694-705.
38. Laurell, A. C. (2011). *Dos decadas de reformas de salud Una evaluacion critica*. Medellin Colombia.
39. Laurell, A. C., & Herrera Ronquillo, J. (2010). La segunda Reforma de Salud. Aseguramiento y compra-venta de servicios. *Salud Colectiva*, 137-148.
40. Lazcano Ponce, E., Tamayo, J., Diaz, R., Burguete, A. I., & Salmeron , J. (2009). Correlation trends for bone mineral density in Mexican women: Evidence of familiar predisposition. *Salud Publica de Mexico*, 93-99.
41. Madrigal, K. S. (2008). *Revista Costarricense de Salud Publica*, 75-79.
42. Madrigal, M. d. (2015). Equidad y determinantes sociales de la salud: reflexiones desde América Latina . *Eurosocia*, 1- 43.
43. María Seguí-Gómez, Estefanía A. Toledo Atucha, José Juan Jiménez-Moleón. (2013). Sistemas de salud. Modelos. *Elsevier,España*, 419-424.
44. Maya Mejia, J. M. (2003). Sistemas de Servicios de Salud. En H. Blanco Restrepo, & J. M. Maya Mejia, *Fundamentos de Salud Publica Tomo II* (1era edicion ed., págs. 1-9). Medellin, Colombia.
45. Muñoz-Torres M, Varsavsky M, Avilés Pérez MD. (2010). Osteoporosis. Definición. y Epidemiologia. *Rev Osteoporosis Metab Miner* , 5-7.
46. OMS. (2005). *Que es un sistema de salud?* Washington: OMS.
47. OMS. (2013). *Derecho a la Salud*. Washington: Centro de prensa.
48. OPS. (2006). Guia Metodologica para la caracterizacion de la exclusion social en salud. *Unidad de desarrollo de politicas y sistemas de salud, area de fortalecimiento de los Sistemas de salud OPS/OMS.*, 1-19.
49. OPS. (2011). *Honduras apuesta por un Modelo Nacional de Salud Familiar Comunitario basado en APS*. Tegucigalpa: OPS.

50. OPS. (2011). Protección social, sistemas de garantías en salud y conjuntos de prestaciones. *Campus virtual de Salud Publica*, 1-9.
51. OPS. (2017). Salud de las Americas. *OPS*, 1-248.
52. OPS, OMS. (2009). Exclusion social en salud en 7 municipios del departamento de Olancho Honduras. *Secretaria de Salud de Honduras, Region Sanitario No. 15* , 1-30.
53. OPS,OMS. (2016). *OPS.Org*. Obtenido de OPS.Org:
<https://www.paho.org/hq>
54. OPS/OMS. (2004). Exclusion en salud en paises de America Latina y el Caribe. *Extension de la Protection Social en Salud*, 1-127.
55. OPS/OMS. (2011). *El Salvador. Estudio de caracterización y análisis de exclusión social en salud. 2002-2010*. San Salvador: OPS.
56. OPS/OMS. (26 de Septiembre de 2013). *OPS Honduras*. Obtenido de https://www.paho.org/hon/index.php?option=com_content&view=article&id=916
57. OPS/OMS Ministerio de Salud de El salvador. (2013). El Salvador “Aportes de la Reforma de Salud en El Salvador al desarrollo del Sistema de Salud y los objetivos de la Cobertura Universal y Diálogo Político para la Sostenibilidad de los logros”. *OPS / MINSAL*, 1-18.
58. OPS/OMS Secretaria de Salud Honduras. (2009). *Exclusión social en salud en 7 municipios del departamento de Olancho, Honduras*. Tegucigalpa: OPS.
59. OPS/OMS, OIT. (octubre de 2004). Caracterizacion dela exclusion en salud en Bolivia. *OPS*, 1-96.
60. OPS/OMS,Secretaria de Salud de Honduras. (2008). *Exclusion Social en Salud en mancomunidades de Municipios de Honduras*. Tegucigalpa: SESAL.
61. Orellana, R. A. (2015). Osteoporosis. Tipos, causas, diagnóstico y tratamiento. *Departamento de Biología Fundamental y Ciencias de la Salud*, 1-27.
62. Outomuro, D., & Actis, A. M. (2013). Estimación del tiempo de consulta ambulatoria en clínica médica. *Revista Medica de Chile*, 361-366.

63. Padron Innamorato, M., & Roman Reyes, P. (2010). Exclusión social y exclusión en salud: apuntes teórico-conceptuales para su estudio social. *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*, 43(128), 815-843.
64. Palomino Moral, P., Grande Gascon, L., & Linares Abad, M. (Junio de 2014). La salud y sus determinantes sociales. Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. *Revista Internacional de sociología*, 72(Extra 1), 71-91.
65. Patricia Clark, Gabriela Chico, Fernando Carlos, Fernando Zamudio, Rosa Maria R. Pereira, José Zanchetta, Jorge Castillo. (2013). Osteoporosis en América Latina: revisión de panel de expertos. *Medwave*, 1-15.
66. Peña-Rios, D. H., Cisneros-Dreinhofer, F. A., & De la Peña Rodriguez, M. (2015). Consenso de diagnóstico y tratamiento de la osteoporosis en la mujer posmenopáusica mexicana. *Med Int Méx* 2, 596-610.
67. Puyol, Á. (2012). Ética, equidad y determinantes sociales de la salud. *ELsevier*, 178-181.
68. Reyes Barahona, S. O. (2016). *Diagnóstico del sector agua potable y saneamiento del municipio de Nacaome, Valle*. Nacaome: Servicio Autonomo Nacional de Acueductos y Alcantarillados.
69. Rodriguez, A. S. (2010). *Barreras y determinantes del acceso a los servicios de salud de colombia*. Colombia: Universidad de Barcelona.
70. Salazar Madrigal, K. (2008). Osteoporosis un problema Mayor de Salud Publica. *Revista Costarricense de Salud Publica*, 75-79.
71. Secretaria de Salud Honduras. (2009). *Exclusion social en salud en mancomunidades de municipios de Honduras*. Programa acceso a servicios de salud OPS/OMS -Asdi. Tegucigalpa: Secretaria de Salud.
72. Secretaria de Salud de Honduras. OPS/OMS. (2009). *Exclusion social en salud en mancomunidades de municipios de Honduras*. Tegucigalpa: Secretaria de Salud.
73. Secretaria de Salud Honduras. (2012). *Modelo Nacional de Salud en Honduras*. Tegucigalpa: Secretaria de Salud.
74. Silva de la Rocha, A. K., Goncalves, A. J., Carnenaz, G., & Cantarelli Machado, D. (2013). Bone mineral density, metabolic syndrome, and vitamin D in indigenous from south of Brazil. *Arch osteoporos*, 134 1-5.

75. Sociedad Española de Reumatología. (2017). Osteoporosis. *Reumatología*, 1-4. Obtenido de DMedicina.com.
76. Sola, L. C. (2010). *Programa de salud para prevenir la osteoporosis en las mujeres de Navarra*. NAVARRA: MASTER EN SALUD PUBLICA.
77. Spiravacow, F. R., & Sanchez, A. (2010). Epidemiología y costos financieros en Argentina. *Actualizaciones en Osteología*, 184-193.
78. Subhajit Das, Julie C. Crockett. (2013). Osteoporosis a current view of Pharmacological Prevention and Treatment. *Drug design, Development and Therapy*, 435-448.
79. UNFPA. (2009). Analisis de situacion de salud de poblacion en Honduras. *Poblacion y salud*, 1-49.
80. Villar, P. C. (2013). *Estudio en las alteraciones de la masa ósea mediante densitometria, prevalencia, factores de riesgos y evolucion*. Valladolid.
81. Zanchetta, J. R. (2012). Osteoporosis : epidemiología, costo e impacto en America Latina. *Tendencias en Medicina*, 50-56.
82. Zvar Salmeron, M., Fradera Villalta, M., Solanas Saura, P., Gonzalez Pastor, C., & Vilar, A. (Marzo de 2004). Abordaje de la osteoporosis en un centro de atención primaria. (Elsevier, Ed.) *Atención primaria*, 33(4), 183-187.

X. ANEXOS

1. Instrumento tipo cuestionario de exclusión en la atención en salud de las mujeres con diagnóstico de osteoporosis

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
POSGRADO EN SALUD PÚBLICA**

Caracterización de la Exclusión en la atención en Salud de las mujeres con diagnóstico de Osteoporosis en la ciudad de Nacaome, Valle

Caracterizar la exclusión en salud de las mujeres con diagnóstico de Osteoporosis en la ciudad de Nacaome, Departamento de Valle, junio a diciembre del 2014.

Buenos días/tardes mi nombre es..... Trabajo en el Hospital Viera de Tegucigalpa M. D.C. y soy maestrante del Posgrado de Salud Pública de la UNAH. Estamos haciendo una encuesta para conocer de la enfermedad de Osteoporosis en mujeres, y donde son atendidas; el propósito es contribuir con el mejoramiento de la atención en los establecimientos de salud en pacientes con esta enfermedad.

I. DATOS GENERALES Fecha _____

1) ¿Cuál es su edad?

- 1) 20 a 30 años
- 2) 30 a 40 años
- 3) 40 a 50 años
- 4) Mayor de 50 años

2) ¿Cuál es su estado civil?

- 1) Soltero
- 2) Casado
- 3) Unión libre
- 4) Divorciado
- 5) Viudo
- 6) Separado

3) Lugar de procedencia:

4) Cuantas personas dependen Económicamente de Ud.:

- 1. 1 a 3
- 2. 4 a 6
- 3. Más de 6
- 4. Nadie

5. ¿Qué escolaridad tiene?

- 1. Sin escolaridad
- 2. Primaria incompleta
- 3. Primaria Completa
- 4. Secundaria incompleta
- 5. Universitaria Completa
- 6. Universitaria incompleta

6. ¿Cuál es su ocupación actual?

- 1. Ama de casa
- 2. Obrera
- 3. Comerciante ambulatoria
- 4. Comerciante establecido
- 5. Empleada del gobierno
- 6. Maestra de educación Primaria
- 7. Maestra de educación secundaria
- 8. Secretaria
- 9. Otros.

II Estructura económica de la familia

7) Aporta Ud. al ingreso económico

De su familia:

1. Si 2. No

8) Cuantas personas dependen

Económicamente de Ud.:

1. 1 a 3
2. 4 a 6
3. Más de 6
4. Nadie

9) Promedio de ingreso familiar mensual

1. 0 a 1,200
2. 1,200 a 3,000
3. 3,000 a 7,000
4. 7,000 a 10,00
5. Mayor de 10,000

10) La vivienda es:

1. Propia
2. Alquilada

11) Tipo de vivienda:

1. Madera
2. Adobe
3. Ladrillo
4. Bloque
5. Otros _____

12) La vivienda cuenta con los servicios públicos:

1. Agua potable
2. Luz eléctrica
3. Alcantarillado sanitario
4. Todos los servicios
5. Ningún servicio

III Osteoporosis sus factores de riesgos

13) Cuando fue su última menstruación:

1. Hace 1 semana
2. Hace 1 mes
3. Más de 1 mes

14) Número de Hijos:

1. 1 a 2
2. 2 a 5
3. Más de 5

15) Ingiere bebidas alcohólicas:

1. Si 2. No

16) Fuma:

1. Si 2. No

17) Realiza ejercicio:

1. Diariamente
2. Semanalmente
3. Mensualmente
4. Nunca

Factores nutricionales

18) Con qué frecuencia consume carne y pescado:

1. Diariamente
2. Semanalmente
3. Cada 15 días
4. Mensualmente
5. Nunca

19) Con qué frecuencia consume Leche:

1. Diariamente
2. Semanalmente
3. Cada 15 días
4. Mensualmente
5. Nunca

20) Con qué frecuencia consume lácteos:

1. Diariamente
2. Semanalmente
3. Cada 15 días
4. Mensualmente
5. Nunca

21) Con qué frecuencia consume verduras

verdes:

1. Diariamente
2. Semanalmente
3. Cada 15 días
4. Mensualmente
5. Nunca

Antecedentes Patológicos

22) Cuantas veces ha sufrido fracturas?

1. Nunca
2. 1 a 2 veces
3. Más de 3 veces

23) Ha padecido de alguna enfermedad de los huesos:

1. Nunca
2. 1 a 2 veces
3. Más de 3 veces

24) Ha ingerido suplemento de calcio:

1. Nunca
2. Ocasionalmente
3. Frecuentemente

25) Padece de alguna enfermedad:

1. Si
2. No

IV. Acceso a los servicios de salud

26) Hace cuánto tiempo le habían diagnosticado Osteoporosis:

1. Hace un mes 2. 1 a 6 meses 3. Más de 6 meses 4. Nunca

27) Quien le diagnostico

1. Medico
2. Farmacéutico
3. Enfermera
4. Clínica de emergencia
5. otro _____

28) A dónde acudió para su tratamiento

1. Hospital
2. Clínica privada
3. Establecimiento de salud
4. Auxiliar de enfermería
5. Farmacia

29) Cuanto tardo en llegar al establecimiento de
Salud:

1. Menos de 3 horas
2. Más de 3 horas

30) Que medio de transporte utilizo?

1. Autobús o taxi
2. Caballo
3. Carro particular
4. A pie
5. Motocicleta
6. otro

31) Cuanto tiempo se tardó en recibir la consulta?

1. Menos de una hora
2. Una hora
3. 2 a 3 horas
4. Más de 3 horas

32): Cuanto tiempo se tardó en conseguir cita

1. Menos de una hora
2. Una hora
3. 2 a 3 horas
4. Más de 3 horas

33) en cuanto tiempo obtuvo la siguiente cita:

1. 15 días
2. Un mes
3. 3 meses
4. Un año

34) La consulta brindada fue:

1. Excelente
2. Muy bueno
3. Bueno
4. Regular
5. Malo

35) Quien le explico sobre su enfermedad y el
tratamiento:

1. Medico
2. Enfermera
3. Auxiliar de enfermería

36) La Informacion recibida

1. Excelente 5. Muy mala
2. Muy buena
3. Buena
4. Mala

37) Los exámenes recetados fueron realizados:

- 1. En el establecimiento de salud**
- 2. Laboratorio privado**
- 3. No se los realizo**

38) El medicamento recetado fue brindado:

- 1. El establecimiento de salud**
- 2. Lo compro**
- 3. No lo compro**

39) Fue referida por su enfermedad a otra unidad de salud:

- 1) HEU.**
- 2) Unidad de I nivel (Cesamo)**

40) Considera que su problema de salud tratado fue:

- 1. Excelente**
- 2) Muy bueno**
- 3) Bueno**

41) Conoce el examen de densitometría ósea

- 1. Si**
- 2. No**

42) Se lo han realizado alguna vez

- 1. Si**
- 2. No**

43) Resultado de densitometría ósea:

- 1. T- Score + 1**
- 2. T- Score – 1**
- 3. T- Score > - 2.5**

2. Instrumento tipo cuestionario a personal de salud de la unidad primer nivel en Nacaome, valle.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
POS GRADO EN SALUD PÚBLICA**

Caracterización de la Exclusión en la atención en Salud de las mujeres con diagnóstico de Osteoporosis en la ciudad de Nacaome, Valle.

Caracterizar la exclusión en salud en la atención de las mujeres con diagnóstico de Osteoporosis en la ciudad de Nacaome, Departamento de Valle, enero a junio 2015.

Buenos días/tardes mi nombre es..... Trabajo en el Hospital Viera de Tegucigalpa M. D.C. y soy maestrante del Posgrado de Salud Pública de la UNAH. Estamos haciendo una encuesta para conocer de la enfermedad de Osteoporosis en mujeres, y donde son atendidas; el propósito es contribuir con el mejoramiento de la atención en los establecimientos de salud en pacientes con esta enfermedad

Personal de Salud de la unidad, Cargo: _____ Fecha: _____

1. Con que frecuencia atiende pacientes con Osteoporosis en esta unidad de salud:
 1. Días _____
 2. Semanas _____
 3. Meses _____
2. De que establecimiento le refieren frecuentemente las pacientes con Osteoporosis:
 1. Otro establecimiento de salud _____
 2. Clínica privada _____
 3. Hospital _____
 4. Ninguno
3. Existe programa para la atención de Osteoporosis
 1. Si 2. No nombre: _____
4. Existen normas y procedimientos en el establecimiento de salud para la atención de pacientes con Osteoporosis:
 1. Si 2. No Que tipo de norma o procedimiento: _____
5. Existe un registro específico de pacientes con Osteoporosis:
 1. Si 2. No

6. Qué tipo de registro:

- | | |
|---------------|--------------------------------|
| 1. Expediente | 4. Registro diario de paciente |
| 2. Carpeta | 5. Carnet |
| 3. Libro | 6. Otro: _____ |

7. Describa como se realiza el flujo en la atencion de pacientes con Osteoporosis:

1. Recepción--- Preclínica—clínica—pos clínica—Farmacia
2. Recepción---clínica---farmacia
3. Recepción—Preclínica—clínica
4. No sabe
5. Otro_____

8. El paciente diagnosticado con Osteoporosis continúa su control en:

- | | |
|--------------------------------|------------|
| 1. El establecimiento de salud | 3. HEU |
| 2. Hospital de área | 9. No sabe |

9. Cuenta el establecimiento de salud con los medicamentos necesarios para la atencion de pacientes con Osteoporosis:

1. Si 2. No cuales: _____

10. Cuenta el establecimiento de salud con el equipo necesario para realizar el diagnostico de Osteoporosis:

1. Si 2. No

11. Tipo de equipo:

- | | |
|--|------------|
| 1. Ultrasonido Óseo (Densitómetro) | 4. Ninguno |
| 2. Exámenes de laboratorios para niveles de calcio | |
| 3. Rayos X | |

12. Según su opinión como consideraría Ud. la atencion de la Paciente con Osteoporosis en el establecimiento fue:

- | | |
|-------------|--------------|
| 1. muy Mala | 4. Muy buena |
| 2. mala | 5. Excelente |

3. Operacionalizacion de variables

CATEGORIA	VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFICION OPERACIONAL	UNIDAD DE OBSERVACION	UNIDAD DE ANALISIS
Exclusión	acceso	La falta de acceso de ciertos grupos o personas a bienes, servicios y oportunidades que mejoran o preservan el estado de salud.	Económico Geográfico Organizacional	Exclusión en salud de las mujeres con diagnóstico de Osteoporosis	Mujeres de 30 a 70 años con Osteoporosis que residen en el municipio de Nacaome, Valle
Barreras de la exclusión en salud	ACCESO ECONOMICO	Los costos de los bienes y servicios de salud que se le brinda a la población	Costo en la prestación de servicio en la unidad de salud	Accesibilidad al diagnóstico y tratamiento de Osteoporosis	Mujeres de 30 a 70 años con Osteoporosis que residen en el municipio de Nacaome, Valle
	ACCESO GEOGRAFICO	Ubicación o localización geográfica de las unidades de salud que prestan los servicios.	Distancias a las unidades.	Accesibilidad al diagnóstico y tratamiento de Osteoporosis	Mujeres de 30 a 70 años con Osteoporosis que residen en el municipio de Nacaome, Valle

			Número de unidades de salud. Facilidad de transporte.		
	ACCESO ORGANIZACIONAL	La estructura organizacional para brindar servicios de salud a la población	Estructura Procedimientos Recursos humanos y equipo	Accesibilidad al diagnóstico y tratamiento de Osteoporosis	Mujeres de 30 a 70 años con Osteoporosis que residen en el municipio de Nacaome, Valle
	ACCESO CULTURAL	Los valores, creencias o conductas que influyen en la prestación de servicios.	Conocimientos Practicas actitudes	Accesibilidad al diagnóstico y tratamiento de Osteoporosis	Mujeres de 30 a 70 años con Osteoporosis que residen en el municipio de Nacaome, Valle
	DIAGNOSTICO	Es el conocimiento de la enfermedad y de sus factores que la condicionan.	Medición de niveles de calcio por Densitometría Clasificación de enfermedad	Accesibilidad al diagnóstico y tratamiento de Osteoporosis	Mujeres de 30 a 70 años con Osteoporosis que residen en el municipio de Nacaome, Valle

		Conjunto de medios que se utilizan para aliviar o curar una enfermedad	Tipo tratamiento Duración	Accesibilidad al diagnóstico y tratamiento de Osteoporosis	Mujeres de 30 a 70 años con Osteoporosis que residen en el municipio de Nacaome, Valle
	OSTEOPOROSIS	Enfermedad esquelética sistémica caracterizada por una baja densidad ósea	Clasificación Primaria Secundaria	Accesibilidad al diagnóstico y tratamiento de Osteoporosis	Mujeres de 30 a 70 años con Osteoporosis que residen en el municipio de Nacaome, Valle
	SEXO	Condición orgánica que distingue al hombre y la mujer	Femenino Masculino	Accesibilidad al diagnóstico y tratamiento de Osteoporosis	Mujeres de 30 a 70 años con Osteoporosis que residen en el municipio de Nacaome, Valle
	EDAD	Tiempo de existencia desde el nacimiento	Edad en años	Accesibilidad al diagnóstico y tratamiento de Osteoporosis	Mujeres de 30 a 70 años con Osteoporosis que residen en el municipio de Nacaome, Valle

	NIVELES DE CALCIO	Es un mineral componente importante de los huesos y los dientes	Niveles en la medición	Accesibilidad al diagnóstico y tratamiento de Osteoporosis	Mujeres de 30 a 70 años con Osteoporosis que residen en el municipio de Nacaome, Valle
		Gasto por cuidado de salud que cada persona debe pagar por cuenta propia.	Clasificación Gasto en el número consultas Gasto en el Diagnostico Gasto en el tratamiento	Accesibilidad al diagnóstico y tratamiento de Osteoporosis	Mujeres de 30 a 70 años con Osteoporosis que residen en el municipio de Nacaome, Valle