



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

**TEMA:
“LA CALIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA PERCIBIDA POR EL
ADULTO MAYOR EN EL HOSPITAL GENERAL GUASMO SUR
DE GUAYAQUIL”**

**AUTORA:
JOHANNA IVETT ZAMBRANO CAMACHO**

**Previo a la obtención del Grado Académico de:
MAGÍSTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

**TUTOR:
ING. MIGUEL ALEJANDRO BUSTAMANTE UBILLA, PhD**

**Guayaquil, Ecuador
2020**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por la **Doctora en Medicina, Johanna Ivett Zambrano Camacho**, como requerimiento parcial para la obtención del Grado Académico de **Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud**.

DIRECTOR DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Ing. Miguel Alejandro Bustamante Ubilla, Ph.D

REVISORA

Econ. Laura Zambrano Chumo, MBA

DIRECTORA DEL PROGRAMA

Econ. María del Carmen Lapo Maza, Ph.D

Guayaquil, a los 11 días del mes de noviembre del año 2020



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Johanna Ivett Zambrano Camacho

DECLARO QUE:

El Proyecto de Investigación “**La calidad de atención médica percibida por el adulto mayor en el Hospital General Guasmo Sur de Guayaquil**”, previa a la obtención del **Grado Académico de Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud**, ha sido desarrollada en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del proyecto de investigación del Grado Académico en mención.

Guayaquil, a los 11 días del mes de noviembre del año 2020

LA AUTORA

Johanna Ivett Zambrano Camacho



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

AUTORIZACIÓN

Yo, Johanna Ivett Zambrano Camacho

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del **Proyecto de Investigación de Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud** titulada: **“La calidad de atención médica percibida por el adulto mayor en el Hospital General Guasmo Sur de Guayaquil”**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 11 días del mes de noviembre del año 2020

LA AUTORA:

Johanna Ivett Zambrano Camacho



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

Informe de Urkund

URKUND

Documento: 17_Peña_Pérez_Zambrano_Camacho... (12/24/2021)
Presentado: 2020-09-23 10:59:48 AM
Presentado por: urk@2222@urkund.com
Recibido: maria.lopez.urk@urkund.com
Mensaje: Revisión de trabajo de Tesis... (mensaje de trabajo por ZAMBRANO CAMACHO JOHANA IVETT)
Revisión de trabajo de Tesis... (mensaje de trabajo por ZAMBRANO CAMACHO JOHANA IVETT)

Lista de Fuentes: Mensajes

Categoría	Enlace/Nombre de archivo
	Peña Andrés Viterroza-Rodríguez
	www.1008.com
	www.FundacionInternat.../...
	Escuela de Ingeniería 100% virtual de...
	www.liceo.edu.ec/1422080/Universidad.../...
	TESIS PERIQUEDA POR EL ADULTO MAYOR EN EL HOSPITAL GENERAL OSWALDO GIL DE SANTIAGO

Archivos de registro Urkund: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil / TESIS GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL, SISTEMA DE POSGRADO MAESTRÍA EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

TEMA:
DE ATENCIÓN

MEDICIA PERIQUEDA POR EL ADULTO MAYOR EN EL HOSPITAL GENERAL OSWALDO GIL DE SANTIAGO*

AUTORA: ZAMBRANO CAMACHO JOHANA IVETT

Peña
En la dirección del Grado Académico de MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD

TUTOR
EUSTANQUIE URELA PINOAL, M.Sc. MSc. PhD.
Eustanqui, Eustanqui PhD

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL, SISTEMA DE POSGRADO MAESTRÍA EN GERENCIA EN...

Active Windows
Ir a Configuración de PC para activar Windows

Agradecimiento

Gracias a Dios por permitirme tener una familia, por guiarme en mi camino, gracias a mi familia por apoyarme en cada decisión, gracias a la vida porque cada día me demuestra lo hermosa que es y lo justa que puede llegar a ser. A mi esposo por ser el apoyo incondicional en mi vida, que con su inmenso amor me ayuda a alcanzar mis ideales. A mi amada madre que es mi motor y admiración, gracias por creer en mí. A mi Tía por ser mi una parte fundamental, por el respaldo y ayuda incondicional durante este tiempo para lograr esta meta. A mis estimados profesores por sus enseñanzas y conocimientos, así poder culminar con este proyecto.

Dedicatoria

Mi tesis se la dedico a mi amado esposo Rodrigo Ojeda Ron, por darme esa inspiración para cumplir con mis ideales, gracias por ser mi apoyo, por amarme y comprenderme.

A mis amados hijos Dilan y Victoria por ser mi fuente de motivación para poder superarme cada día, que la vida nos depare un futuro mejor.

A mi querida Tía que siempre estuvo presente dándome fuerzas para seguir adelante, gracias por apoyarme con mis hijos.

A mi amada Madre que con sus palabras de aliento me motivó y no me dejó decaer y cumplir con mis metas.

Índice General

Introducción.....	1
Antecedentes	3
Planteamiento del problema	5
Formulación del problema	9
Justificación	9
Preguntas de investigación	12
Hipótesis	12
Objetivo general	12
Objetivos específicos	13
Capítulo I	13
Marco teórico.....	13
Percepción de la calidad de atención	14
Fundamentos teóricos de la calidad percibida en el sistema de salud	15
El adulto mayor y la gerontología	17
Generalidades acerca del envejecimiento	19
Calidad de la atención de salud del adulto mayor	20
Parámetros de calidad en la prestación de servicios de salud	21
Medición de la calidad de atención a personas mayores	22
Trabajo multidisciplinario efectivo: la clave para una atención de alta calidad	23
Práctica basada en la evidencia y la calidad de la atención	24
Capítulo II.....	26
Marco referencial.....	26
Marco legal	37
Capítulo III.....	41

Marco metodológico	41
Diseño y tipo de la investigación	41
Población y muestra	43
Instrumentos	45
Procedimientos	46
Análisis factorial	47
Análisis de resultados	48
Capítulo IV.....	74
Propuesta.....	74
Objetivos	75
Objetivo general	75
Objetivos específicos	75
Justificación	75
Beneficiarios	78
Ubicación	78
Actividades	79
Capacitación del personal	79
Talleres prácticos	81
Evaluación de calidad	81
Cronograma	82
Recursos	83
Conclusiones.....	84
Recomendaciones	88
Referencias.....	89
Apéndices.....	104

Índice de Tablas

Tabla 1. Cantidad de individuos por sexo.....	50
Tabla 2. Cantidad de individuos según el estado de afiliación o seguridad social.....	51
Tabla 3. Distribución de respuestas sobre calidad en la atención médica de la pregunta # 2.....	53
Tabla 4. Distribución de respuestas sobre calidad en la atención médica de la pregunta # 6.....	55
Tabla 5. Distribución de respuestas sobre calidad en la atención médica de la pregunta # 9.....	56
Tabla 6. Distribución de respuestas sobre calidad en la atención médica de la pregunta # 11.....	58
Tabla 7. Distribución de respuestas sobre calidad en la atención médica de la pregunta # 16.....	59
Tabla 8. Distribución de la relación entre las categorías de la encuesta y las respuestas sobre calidad en la atención médica.....	61
Tabla 9. Distribución de la relación entre el sexo femenino y las respuestas sobre calidad en la atención médica.....	62
Tabla 10. Distribución de la relación entre el sexo masculino y las respuestas sobre calidad en la atención médica.....	64
Tabla 11. Distribución del valor promedio de las respuestas sobre calidad en la atención médica.....	65
Tabla 12. Fiabilidad. Alfa de Cronbach.....	70
Tabla 13. Estadísticos de resumen por elemento.....	71
Tabla 14. Prueba de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y de esfericidad de Bartlett.....	73
Tabla 15. Varianza total.....	76
Tabla 16. Cronograma de actividades.....	85
Tabla 17. Recursos de la propuesta.....	86

Índice de Figuras

Figura 1. Distribución porcentual de los individuos por sexo.....	51
Figura 2. Datos porcentuales de los individuos según el estado de afiliación o seguridad social.....	52
Figura 3. Datos porcentuales de las respuestas sobre calidad en la atención médica de la pregunta # 2.....	54
Figura 4. Datos porcentuales de las respuestas sobre calidad en la atención médica de la pregunta # 6.....	55
Figura 5. Datos porcentuales de las respuestas sobre calidad en la atención médica de la pregunta # 9.....	57
Figura 6. Datos porcentuales de las respuestas sobre calidad en la atención médica de la pregunta # 11.....	58
Figura 7. Datos porcentuales de las respuestas sobre calidad en la atención médica de la pregunta # 16.....	60
Figura 8. Datos porcentuales de las respuestas sobre calidad en la atención médica de la categoría “conceptos”.....	66
Figura 9. Datos porcentuales de las respuestas sobre calidad en la atención médica de la categoría “confiabilidad”.....	67
Figura 10. Datos porcentuales de las respuestas sobre calidad en la atención médica de la categoría “capacidad de respuesta”.....	67
Figura 11. Datos porcentuales de las respuestas sobre calidad en la atención médica de la categoría “seguridad”.....	68
Figura 12. Datos porcentuales de las respuestas sobre calidad en la atención médica de la categoría “sensibilidad”.....	68
Figura 13. Datos porcentuales de las respuestas sobre calidad en la atención médica de la categoría “empatía”.....	69
Figura 14. Ubicación del Hospital General Guasmo Sur de Guayaquil.....	81

Resumen

Mejorar la atención al paciente se ha convertido en una prioridad para todos los proveedores de atención médica con el objetivo general de lograr un alto grado de satisfacción del paciente. El objetivo de esta investigación es establecer la relación entre el nivel de calidad en la atención médica percibida por el adulto mayor con el grado de satisfacción en el Hospital General Guasmo Sur de Guayaquil. Es un estudio de tipo descriptivo, de corte transversal y con enfoque cuantitativo. La muestra estuvo conformada por 352 encuestas realizadas a pacientes adultos mayores atendidos en la consulta externa del Hospital General Guasmo Sur de Guayaquil durante el segundo semestre del año 2019. Los datos obtenidos fueron analizados con el Software de IBM SPSS Statistics 24, y se utilizó Microsoft Office Excel ® 2016 para las tablas y gráficos. Las medidas aplicadas en el presente estudio fueron promedio, recuento y porcentaje por fila. De los 352 pacientes evaluados, 172 correspondían al sexo masculino y 180 al sexo femenino. Según el cuestionario realizado a los pacientes, se logró definir el grado de satisfacción en ámbitos específicos al momento de la atención médica. Todas las categorías tuvieron una alta incidencia de respuestas positivas, mostrando un grado de satisfacción mayor al 50% del total de la muestra, con excepción de una categoría. Se propuso establecer un plan de mejora de la calidad en la atención médica del adulto mayor compuesto por la capacitación del personal, aplicación de talleres prácticos y evaluación paulatina de la calidad.

Palabras Clave: Atención médica, adulto mayor, satisfacción.

Abstract

Improving patient care has become a priority for all health care providers with the overall goal of achieving a high level of patient satisfaction. The objective of this research is to establish the relationship between the level of quality in medical care perceived by the elderly and the degree of satisfaction at the Guasmo Sur General Hospital in Guayaquil. It is a descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach. The sample was made up of 352 surveys conducted on elderly patients seen at the Hospital General Guasmo Sur de Guayaquil outpatient clinic during the second half of 2019. The data obtained was analyzed with IBM SPSS Statistics 24 software, and Microsoft Office Excel ® 2016 was used for the tables and graphs. The measures applied in this study were average, count and percentage per row. Of the 352 patients evaluated, 172 were male and 180 were female. According to the questionnaire made to the patients, it was possible to define the degree of satisfaction in specific areas at the time of medical care. All categories had a high incidence of positive responses, showing a degree of satisfaction greater than 50% of the total sample, except for one category. It was proposed to establish a plan to improve the quality of medical care for the elderly, consisting of staff training, implementation of practical workshops and gradual quality assessment.

Keywords: Medical care, older adults, satisfaction.

Introducción

En el envejecimiento de la población mundial, un número creciente de personas mayores conducirá a un rápido aumento en la demanda de servicios de salud. Al mismo tiempo, se proyecta una escasez de cuidadores profesionales e informales. Los encargados de formular políticas deben anticiparse a estas tendencias y preparar sistemas de atención médica para que funcionen de la manera más eficiente posible a fin de servir a todos los futuros ciudadanos mayores con una atención adecuada y asequible. Como resultado, los servicios de atención comunitaria son cada vez más importantes para las personas mayores en las que confiar. Para monitorear y estimular la atención comunitaria de alta calidad, los indicadores válidos son un requisito previo para poder identificar dónde, cuándo y en qué condiciones existen deficiencias de calidad (Alvarado & Salazar, 2014; Joling, et al., 2019).

En el Hospital General Guasmo Sur de Guayaquil, los adultos mayores son el grupo de edad que más utiliza los recursos sanitarios. Existen factores que pueden dificultar la relación prestadores de salud-paciente especialmente en estos grupos etarios, entre ellos la comunicación, debido a que los adultos mayores presentan un índice elevado de dificultades motoras, psicológicas, patologías de base e incluso desgastes fisiopatológicos, como la pérdida de la agudeza visual y auditiva, además de tratamientos farmacológicos, que conllevan a un entorpecimiento en el momento de la anamnesis, diagnóstico de la enfermedad y al examen físico del paciente (Serra, 2003; Aguirre, 2008).

Se implementó un estudio descriptivo de tipo transversal con el objetivo de identificar la percepción de satisfacción de los adultos mayores que solicitan la atención médica. Sin embargo, existen situaciones que pueden generar insatisfacción al adulto mayor, y el no tomar en cuenta la opinión de estos, dificulta proponer medidas de cambio, plantear estrategias que permitan mejorar la calidad de atención al paciente, garantizando la adherencia institucional, y un tratamiento médico-hospitalario con calidad y calidez (Bleich, Ozaltin, & Murray, 2009; Banka, et al., 2015).

Esta investigación se enmarca en el Plan Nacional de Desarrollo: “Plan Nacional para el Buen Vivir 2017 - 2021” y “Plan toda una vida” cuyo objetivo es garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todos. Señala que el ser humano es sujeto de derechos, sin discriminación y el Estado debe estar en condiciones de asumir tres obligaciones básicas: respetar, proteger y realizar los derechos, especialmente de los grupos de atención prioritaria. Además, se tomarán en cuenta las siguientes líneas de investigación: calidad de servicio y satisfacción usuaria (Secretaría Técnica Planifica Ecuador, 2017; Secretaría Técnica Plan Toda Una Vida, 2017).

El desarrollo de este proyecto de investigación se ejecutó a través de cuatro capítulos detallados a continuación:

El capítulo uno comprende el estudio de los antecedentes históricos, teorías, y conceptos respecto a la calidad de servicio y atención al usuario en el sistema de salud, con el propósito de construir un marco teórico sólido, que sustente y permita dar respuesta a las preguntas de investigación a través de evidencia científica actual.

En el capítulo dos se muestra el marco referencial, el cual abarca una revisión de estudios e investigaciones de carácter nacional e internacional, citándose los trabajos más representativos, al igual que una descripción del objeto de estudio, la hipótesis, la operacionalización de variables (dependiente e independiente); enlazado a la normativa legal que repercute sobre el panorama de investigación.

En el capítulo tres se explica la metodología, técnicas e instrumentos empleados para medir la percepción que tienen los adultos mayores en relación con el servicio de salud en la actualidad. Asimismo, se determinará la población y muestra para obtener el número total de personas objeto de investigación, el análisis e interpretación de los resultados.

Por último, en el capítulo cuatro se desarrolla la propuesta, a partir de estrategias afines a los resultados obtenidos de las encuestas, con el fin de dar solución a la problemática actual referente a la calidad de atención al usuario. Las referencias bibliográficas utilizadas y los anexos citados en el texto se detallan en este capítulo.

Antecedentes

El Hospital General Guasmo Sur, inaugurado en 2017 debe priorizar la aplicación del concepto de calidad a sus servicios de salud, en respuesta a la creciente problemática con los pacientes de mayor grupo etario. Sin embargo, implementar un sistema para su gestión no es tarea fácil. Requiere de un orden organizacional, que involucre a todos los trabajadores en las distintas áreas y logre satisfacer las necesidades de los pacientes. Esto no señala que históricamente estos servicios no hayan estado en pos de la excelencia, más

bien que ya no se trata exclusivamente de poseer calidad técnica o intrínseca, sino de producir actos de calidad y que esta sea percibida por el usuario. El desempeño en calidad se sustenta en la medición de resultados, de procesos y de la satisfacción de los pacientes y sus familias, y su única meta es lograr la mejora continua. (Alvarez, Rocha, Bayarre, & Almenares, 2014; Arroyo & Vázquez, 2016)

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015), exhorta que la salud debe ser vista desde un enfoque que abarque la totalidad del ciclo vital, en cuyo contexto, la tercera edad se caracteriza por un declive de los sistemas y órganos corporales. Hay que recordar que las características genéticas son parte fundamental en la salud y esperanza de vida de las personas, quienes con el tiempo afrontan un debilitamiento general de su organismo, lo que exige realizar una serie de ajustes en los estilos de vida, para conseguir un verdadero bienestar (Barondess, Rogers, & Lohr, 1989; Alvarado & Salazar, 2014).

Caper (1988) persuadió a la comunidad médica a conocer los componentes de la calidad y pone en primer lugar a la eficacia, el cuestionarse si un determinado procedimiento, ya sea diagnóstico o terapéutico, cumple con su objetivo. En segundo lugar, menciona la adecuación, para señalar que este procedimiento puede ser apropiado en algunas circunstancias y en otras no. Por último, mencionó la función de atención de la medicina, es decir, los aspectos interpersonales, de apoyo y psicológicos de la relación médico-paciente e indicó, que este es el componente de calidad más visible y más fácilmente percibido, y el más fácilmente apreciado por el paciente. Sin embargo, a menudo es el más fácilmente ignorado o descartado por los médicos altamente capacitados

y orientados tecnológicamente, y parece ser el más amenazador para ellos (Coronado, Cruz, Macías, Arellano, & Nava, 2013).

En el Ecuador, como en otros países del mundo, existe la preocupación en los usuarios de que la atención en salud sea de calidad. Al ser considerado un derecho equitativo, se buscan estrategias para mejorar los desacuerdos que se suscitan en las diferentes áreas. El modelo de salud inmerso en el Aseguramiento Universal en Salud; está delimitado por dos grandes propuestas:

- a) Incrementar de un 20% al 100% la cobertura en salud.
- b) Competencia médica, excelencia, integralidad y calidad de la atención en salud (Díaz, Buelvas, Valle, & Bustillo, 2016).

Este sistema brinda servicios de promoción, prevención y recuperación de la salud, tomando en cuenta las capacidades diferenciales de pago de las personas o familias, como aporte complementario al financiamiento (Llinás, 2010).

Planteamiento del problema

En las últimas décadas, América Latina ha sufrido cambios vertiginosos en los índices de mortalidad y de natalidad, dando como resultado un envejecimiento poblacional que supera a los 106 millones de habitantes. Se estima que para el 2025 y 2050, la proporción de la población mayor de 60 años será de 14 % y 23,4 % respectivamente, y que el 80 % de esta fracción de la población vivirá a mediados del siglo XXI en países en

desarrollo (Álvarez, Rocha, Bayarre, & Almenares, 2014; Martínez, et al., 2015; Bayarre, et al., 2018).

Siendo la calidad en gestión pública un tema controversial e incipiente, el Hospital General Guasmo Sur aún no cuenta con una calidad de atención que involucre la sistematización de los procesos en la atención del adulto mayor, lo cual provoca duplicidad de trabajos y esfuerzos. La prestación de servicios de salud que responde a las necesidades de este grupo etario se ve afectada, y, en consecuencia, la percepción del usuario en cuanto a satisfacción. Además, dependerá del conocimiento del personal de salud y sus actitudes; conocer que dimensiones tienen de calidad en términos de efectividad, eficacia y sobre todo el trato con calidez, si se cumple con normativas, ética, entre otros, para así llenar las expectativas que el usuario espera recibir de los servicios demandados (Milstein, 2015; Bogner, et al., 2015; Berglund, et al., 2013).

Actualmente, se han realizado estudios de evaluación relacionados con la calidad de atención en las unidades públicas y privadas en el sector salud; dicha evaluación se realiza desde la perspectiva y expectativa de los usuarios externos, se obtiene una serie de datos de los entrevistados en relación con la atención brindada por el servicio de salud, muchas veces esta información beneficia a los que entregan el servicio, o prestadores directos y a los usuarios en sus necesidades y expectativas. Pero, a pesar de que se vienen realizando acciones dirigidas a mejorar la calidad de atención de los servicios de salud, el problema surge al realizarlo de forma aislada, sin causar ningún tipo de impacto ni la

sostenibilidad deseada (Pérez, Hernández, Nogales, & Sánchez, 2010; Chinchay, 2014; van de Pol, et al., 2015).

En este estudio se expondrá el conflicto generado a partir de tiempos de espera muy prolongados, el trato muchas veces inadecuado, el tiempo demorado de consultas y una relación débil o nula entre el profesional de salud y el usuario externo. Este escenario de insatisfacción es causado por estos factores, entre otros, que intervienen directamente en la calidad de atención percibida por los adultos mayores en el segundo nivel de atención. Además, tomando en cuenta, las diferentes características socioeconómicas, demográficas y culturales de los pacientes, se explican las variaciones de dicha percepción (Jiménez, 2004; Varela, 2016).

También, se han detectado dificultades que afectan la calidad brindada al adulto mayor, como, insuficientes recursos humanos, médicos, enfermeras, geriatras, internistas y psicólogos. Ningún consultorio resultó evaluado como adecuado para la atención integral, por presentar problemas con la privacidad, al trabajar dos o más médicos en un mismo consultorio, sumado a un déficit de equipos (Fang, Liu, & Fang, 2019).

El médico es aquel que debe cumplir precisamente con el rol de “confidente” y debe existir un grado de respeto a la intimidad, que busque mejorar la relación médico-paciente al considerar la parte psicológica. Los adultos mayores pueden padecer afecciones como depresión, soledad, abuso físico y psicológico, pérdida de memoria, incontinencia urinaria, disfunción sexual, entre otras, que los aquejan de forma única. Se

ha encontrado que el deterioro cognitivo presenta una prevalencia cercana al 5% entre los mayores de 65 años y alrededor del 30% en los mayores de 90 años, lo que altera de manera notable la comprensión de las instrucciones sanitarias (Serra, 2003; Cortés, Villareal, Galicia, Martínez, & Vargas, 2011; Guzmán, et al., 2018).

El Ministerio de Inclusión Económica y Social y la Secretaría Técnica Planifica Ecuador (2013; 2017), en su estudio de calidad de vida de los adultos mayores, determina que tienen acceso limitado o desconocen los programas del Estado, por lo que se promueve el desarrollo de nuevas estrategias para la atención de sus necesidades de salud, trabajo, cuidados, protección social y convivencia intergeneracional, entre otras. Además, fallecen alrededor de 34.000 ecuatorianos mayores de 65 años, y el 30% de los adultos mayores cuentan con la asistencia de una persona para su cuidado, siendo por lo general sus hijos, compañeros o nietos (D Hyver, 2017).

El primer contacto de los adultos mayores se da en el primer nivel de atención, y de acuerdo con los servicios que reciban, crearán expectativas, buenas o malas, con respecto al segundo nivel de atención. Este nivel juega un papel importantísimo en la percepción del adulto mayor, las razones de este hecho están relacionadas con la relación médico-paciente. Además, cabe señalar que la comunicación verbal no es el único mecanismo en el trato con el usuario, factores tales como la actitud, la expresión y los movimientos corporales forman parte de la capacidad del profesional para establecer una comunicación no verbal durante la consulta. Acerca de esta, los pacientes frecuentemente

se quejan del poco tiempo que el médico les ofrece y el obstáculo que es para una buena comunicación (Wade, 1999; Xesfingi & Vozikis, 2016; Panagiotti, et al., 2018).

La presencia de situaciones que generan una mala percepción en el usuario ha generado varios incidentes en los hospitales, y el no tomar en cuenta la opinión de los adultos mayores en relación con la calidad realizada por la prestación de servicios; vuelve necesaria la identificación de los niveles de satisfacción, a través de una encuesta con diferentes ítems. Así se podrá observar y establecer estrategias y medidas de cambio que permitan mejorar la calidad de atención para este grupo prioritario (van Campen, Sixma, Friele, Kerssens, & Peters, 1995; Vidal, 2010).

Formulación del problema

¿Cómo se relaciona el nivel de calidad en la atención médica percibida por el adulto mayor con el grado de satisfacción en el Hospital General Guasmo Sur de Guayaquil?

Justificación

El presente proyecto busca analizar la calidad de atención que recibe el adulto mayor que acude al hospital General Guasmo Sur de Guayaquil, bajo la línea de investigación de -calidad de servicio y satisfacción usuaria-. Se considera relevante realizar este tipo de investigación, ya que se tendrán en cuenta las características socioculturales como lo recomienda el Modelo de Atención Integral de Salud (2016), y en

especial por el grupo etario a estudiar. Se aportará con información valiosa a partir de planteamientos y resultados concretos, que contribuirá en la propuesta de mejora de la calidad de atención.

Al conocer los niveles de percepción de los adultos mayores sobre la calidad de atención médica que reciben en el hospital, será mucho más fácil identificar los problemas y obstáculos en el desarrollo de los procesos y recomendar alternativas de solución; asimismo, se podrá reforzar las áreas y protocolos que muestren un buen nivel de satisfacción por parte de los adultos mayores (Martínez & Lauzardo, 2006; Salazar & Cabrera, 2016).

La metodología e instrumentos validados por la comunidad científica, aplicados en este estudio, garantizan resultados valiosos para investigaciones futuras con enfoque en el ámbito hospitalario. Ayudará a conocer la realidad intrínseca de los usuarios en cualquier institución de salud y a generar nuevos datos, que aumenten la base de conocimientos sobre satisfacción del usuario y la calidad de atención por parte del profesional sanitario (Díaz, Buelvas, Valle, & Bustillo, 2016; Gamboa, 2018).

Como aporte práctico, se pretende establecer a través de los resultados de esta investigación, pautas y estrategias que cumplan con los requerimientos básicos y primordiales dentro del hospital, con el propósito de acreditarla como Empresa Prestadora de Servicios de Calidad y Seguridad. Volviéndose capaz de competir con otras instituciones afines en el marco de la Constitución, las leyes vigentes y el macro programa

del “Buen Vivir” de la política del Gobierno Nacional vigente (Villafuerte, et al., 2017; Moore, 2018).

La investigación es novedosa porque logra analizar el problema de manera integral. Estableciendo sus causas, pero en base a un diagnóstico situacional de salud en los adultos mayores para una atención de calidad, lo que lo convierte en el primer trabajo investigativo de este tipo, con el que cuenta este hospital, considerándose también factores como la comunicación, liderazgo, valores, trato al adulto mayor, que son aspectos críticos para quienes evalúan y reciben la atención (Bustamante, et al., 2013; Chimbo & Farfán, 2015).

No se puede pasar por alto, que el impacto social frente al aumento de la población en el grupo etario del adulto mayor nos muestra la necesidad de crear planes de atención prioritaria, con la expectativa de mejorar su percepción de la calidad en los establecimientos de salud. Y en respuesta se busca instaurar procedimientos para una atención humanizada, que integre al paciente como elemento activo y participativo de la sociedad, mejorando así su calidad de vida (Corkin & Kenny, 2017; González, 2018).

Finalmente, el aporte científico de este documento con relación a los Estándares de la Calidad de Atención en los servicios de salud servirá de consulta a los prestadores de salud de las distintas instituciones con una problemática afín, así como para investigaciones más profundas de carácter estudiantil o profesional.

Preguntas de investigación

1. ¿Cuáles son las bases teóricas de calidad en la atención médica del adulto mayor y escala de satisfacción?
2. ¿Cuál el estado actual del área de calidad en la atención médica del Hospital General Guasmo Sur de Guayaquil?
3. ¿Qué instrumento permitirá reconocer el nivel de calidad en la atención médica percibida por el adulto mayor en el Hospital General Guasmo Sur de Guayaquil?
4. ¿Cómo se puede mejorar el nivel de calidad en la atención médica del adulto mayor en el Hospital General Guasmo Sur de Guayaquil?

Hipótesis

El nivel de calidad en la atención médica percibida por el adulto mayor influye de manera directamente proporcional con el grado de satisfacción en el Hospital General Guasmo Sur de Guayaquil.

Objetivo general

Establecer la relación entre el nivel de calidad en la atención médica percibida por el adulto mayor con el grado de satisfacción en el Hospital General Guasmo Sur de Guayaquil, con el fin de mejorar la calidad.

Objetivos específicos

1. Establecer las bases teóricas de la calidad en la atención médica del adulto mayor y escala de satisfacción.
2. Identificar el estado actual del área de calidad en la atención médica del Hospital General Guasmo Sur de Guayaquil mediante la revisión bibliográfica del marco referencial.
3. Determinar el nivel de calidad en la atención médica percibida por el adulto mayor por medio de un cuestionario en el Hospital General Guasmo Sur de Guayaquil.
4. Diseñar un plan para mejorar el nivel de calidad en la atención médica del adulto mayor en el Hospital General Guasmo Sur de Guayaquil.

Capítulo I**Marco teórico**

Percepción de la calidad de atención

Actualmente, existe un interés en analizar la percepción del usuario o también definida como calidad percibida, esta inclinación se ha venido ampliando desde la mera percepción del trato recibido en el momento de la asistencia, hasta abarcar todos los aspectos del proceso de atención: provisión de información, capacidad de elección, gestión administrativa, hospedaje, continuidad de los cuidados entre niveles de atención, etc. De hecho, la calidad percibida figura cada vez más como un factor que afecta y modula notablemente la calidad técnica, tanto en términos de los procesos como de los resultados (Xesfingi & Vozikis, 2016; de Waard, et al., 2018).

Según la Real Academia Española (2015), percepción es un término definido como la sensación interior del resultado de la impresión material hecha a los sentidos, es el conocimiento o la comprensión de una idea. Con frecuencia la percepción se clasifica de acuerdo con los sentidos clásicos: visión, audición, tacto, olfato y gusto. Arellano (1996), lo interpreta como el proceso por el cual una persona selecciona, organiza y analiza los estímulos para integrarlos a una visión significativa y coherente del entorno que la rodea. Por lo que los usuarios toman decisiones basándose en lo que perciben, más que sobre la base de la realidad objetiva (Vargas, Valecillos, & Hernández, 2013; López, Cabrera, López, & Puerto, 2018).

De modo que se conceptualiza la percepción como el proceso cognoscitivo que capta información del entorno, e incluye la interpretación de los juicios, acciones,

reacciones y sensaciones dándoles significado y organización, de allí, que algunos adultos mayores expresen que la vejez empieza cuando se comienza a sentir viejo (Alonso, et al., 2010; Cortés, Villareal, Galicia, Martínez, & Vargas, 2011).

Para que la atención sea percibida con calidad en el entorno de los pacientes adultos mayores, debe existir un sistema de referencia y contrareferencia para la continencia o capacidad operativa. Y para esto es fundamental la coordinación entre los diferentes niveles, debiendo tener siempre en cuenta que la entrada del usuario al sistema debe darse siempre desde el primer nivel de atención (Vignolo, Vacarezza, Álvarez, & Sosa, 2011; Villafuerte, et al., 2017).

Fundamentos teóricos de la calidad percibida en el sistema de salud

La revisión teórica del concepto de calidad se realiza bajo preconceptos como el que estipula Juran (1990), al definirlo como el comportamiento del producto, entendiéndose que los resultados de sus características generan satisfacción y hace que los clientes lo compren. El mismo autor también define la calidad como la ausencia de insatisfacción de un consumidor acerca de un producto. Otros pensamientos fueron expuestos por Deming (1989), indicó que es la acción de convertir las necesidades futuras de los clientes en características medibles, es decir, que se pueden fabricar productos que satisfagan los deseos de los demandantes. De igual forma destaca las cuatro funciones más importantes que una organización debe definir en su programa de calidad: planear, hacer, verificar y actuar (Caper, 1988; Coronado, Cruz, Macías, Arellano, & Nava, 2013).

Considerada entonces, como el juicio que el consumidor emite sobre la excelencia y superioridad de un producto o servicio ofrecido a la sociedad, dependerá de los servicios, el observar sus desempeños en el tiempo con el fin de obtener los resultados esperados por parte de los consumidores. De allí que una forma de comercializar los servicios en una empresa es llamarles a estas soluciones, desde este contexto el concepto de calidad es subjetivo, pues dependerá exclusivamente del nivel de percepción de los atributos que tenga cada individuo (De los Ríos & Ávila, 2004; Payares, Berdugo, Caridad, & Navarro, 2019).

Najul (2011) expresó que la calidad de servicio es la ruta que deben seguir los miembros de una organización y la gestión que estos realicen en función de los clientes, sin dejar de lado su principal recurso que es el capital humano a quienes se debe capacitar para lograr el éxito. Cada miembro de la compañía es un proveedor de servicios, por lo tanto, debe ser visto como cliente interno, es decir un eslabón en el canal que tiene como finalidad dar servicio al cliente externo. Es así como el concepto de calidad de servicio se define desde dos perspectivas: calidad de servicio externo y calidad de servicio interno (Hannan, Norman, & Redfern, 2001; Landefeld, 2008).

La buena atención en los establecimientos de salud debe girar en torno al usuario, esto significa no sólo centrarse en la patología del paciente sino más bien en una atención más personal, de forma que los empleados en los centros de salud conozcan cada detalle e interactúen con sus pacientes, esto generará atenciones más oportunas y rápidas, incluso disminuiría, en algunos casos, la necesidad de acudir al centro de salud, se reducirían los

tiempos de espera, las visitas a los servicios de urgencias, así como a los de atención especializada; servicios requeridos frecuentemente por pacientes de tercera edad (Vargas, 1997; Secretaría de Salud, 2017; Panagioti, et al., 2018).

La OMS (2015) contempla dentro de su constitución, la calidad del cuidado como objetivo dentro de una investigación de excelencia profesional, generando el uso eficiente de los recursos, mínimo riesgo para el adulto mayor, alto grado de satisfacción y el impacto final en la población. En Ecuador actualmente el 7% de sus habitantes tiene más de 65 años y se calcula que en tan solo 5 años (2025) superará el 10%, ubicándolo entre los países con mayor tasa de envejecimiento poblacional (Paredes, 2016; Corkin & Kenny, 2017).

El adulto mayor y la gerontología

De acuerdo con Leyton (2016) la vejez es sinónimo de edad senil o senectud, conceptualizada en la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, como el período de la vida humana cuyo inicio se fija, comúnmente, alrededor de los 60 años. Por otro lado; la mayor parte de organismos mundiales, indicaron su comienzo a partir de los 65 años (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2011).

Los adultos mayores atraviesan la llamada “tercera edad de la vida”, donde existen cambios a nivel morfológico, biológico, psicológico y funcional, por esto, es conocida como la etapa de desgaste global del ser humano. La atención de salud para este grupo debe enfocarse en evitar o retrasar la aparición del deterioro funcional, ayudarlos a seguir

viviendo de manera independiente e integrarlos socialmente en su comunidad (Alonso, et al., 2010; Cortés, Villareal, Galicia, Martínez, & Vargas, 2011).

La gerontología es justamente la disciplina que se enfoca en el estudio del envejecimiento de manera biopsicosocial, enmarcando las dinámicas poblacionales históricas y contextuales. Estudia el envejecimiento como un proceso cronológico que implica una serie de modificaciones irreversibles en todos los seres vivos, producto de múltiples factores ambientales y genéticos, enfatizados en el periodo de la vejez (Paredes, 2016; Moore, 2018).

Se debe considerar que el adulto mayor forma parte de todo un sistema y de una sociedad abierta, algunas nociones fundamentales como establecer que el adulto mayor presenta, además de cambios físicos, alteraciones psicológicas y sociales que influyen en ellos y en su entorno afectan la atención en salud. Hay que enfatizar que los servicios que ellos necesitan son totalmente distintos a los del adulto o joven adolescente; esto debido a la tasa de comorbilidades elevada que presentan al llegar a la vejez. Cabe mencionar que no todo adulto mayor presenta la misma patología o comportamiento, por las particularidades en el estado neurológico que tiene cada anciano y que pueden llevarlo incluso a percibir de manera diferente la atención en salud (OMS, 2015; D'Hyver, 2017).

Alvarado y colaboradores (2014) aseguraron que en la sociedad moderna (primeros años del siglo XXI) se vive una situación singular en relación con el envejecimiento. Este se ha hecho evidente en todas las etapas del desarrollo social,

aumentando progresivamente el número de personas que sobrepasan las barreras cronológicas que el hombre ha establecido como etapa de la vejez, y convirtiendo el envejecimiento poblacional en uno de los retos quizás más importantes para la era actual, un gran reto que se transforma en un gran problema, si no se es capaz de brindar soluciones adecuadas (Landefeld, 2008; Alvarado & Salazar, 2014; Hernández, 2014).

En la asistencia médica el aspecto demográfico es el más influyente y estadísticamente es muy conocido el “envejecimiento del envejecimiento”, este término identifica que el segmento de la población con más rápido crecimiento es el de 80 años y más. En la segunda asamblea Mundial se trató la temática del Envejecimiento y se informó que la proporción de adultos mayores en la población era cercana al 8% por el año 150, calculándose que para el año 2050 sería de aproximadamente el 21%, lo que trae como consecuencia variaciones en la vida social y económica (Martínez, et al., 2015; Rodríguez, 2015).

Generalidades acerca del envejecimiento

El envejecer, no implica ser senil o inútil ni tampoco significa ser anciano. Envejecer es un proceso que se inicia desde que se nace con destino a ser adultos mayores. Como adulto mayor, el ser humano enfrenta una enorme cantidad de cambios tanto a nivel físico como emocional; la pérdida de facultades y falta de independencia y autonomía son las principales causas de bajo estado de ánimo en la tercera edad (Alonso, et al., 2010).

En los últimos días, se ha detectado en la tercera edad la aparición de demencias y es vital tener una visión clara sobre las mismas y su trato. Asimismo, es de suma importancia que el familiar o cuidador sea capacitado en base a las principales características del adulto mayor, brindándole un cuidado integral, pero que sepa balancear la atención y la reservación de espacios personales que le ayuden a no descuidar su propia vida (Barondess, Rogers, & Lohr, 1989; Ekwall, Gerdtz, & Manias, 2009).

Calidad de la atención de salud del adulto mayor

Diversos autores explicaron la calidad desde diferentes aristas. Lo que está claro es que el concepto de calidad abarca tanto la característica del producto o servicio, como la percepción de estas características por el cliente. La calidad engloba diferentes aspectos de la actividad de una organización: el producto o servicio, el proceso, la producción o sistema de prestación del servicio o bien y el grado de satisfacción que ofrecen las características del producto con relación a las exigencias del cliente. La atención en salud que se brinde al adulto mayor afectará su calidad de vida, de ahí lo necesario de evaluar y tener claro qué es la calidad (Caper, 1988; Casalino, 2008; Miranda, Hernández, & Rodríguez, 2009).

Si bien ha sido definida de diversas maneras, depende mucho del contexto concreto en el que quiera emplearse el término. Avedis (1980) definió una atención de alta calidad como aquella que se espera maximice una medida comprensible del bienestar del paciente ,

después de tener en cuenta el balance de las ganancias y pérdidas esperadas en el proceso de atención en todas sus partes.

Como se ve, una sola definición de calidad no es posible, pero en la terapéutica específica de un problema de salud, se puede intentar resumirla como aquel tratamiento capaz de conseguir el mejor equilibrio entre los riesgos y beneficios para el paciente. No obstante, es válido señalar que la búsqueda del mejor balance calidad-eficiencia transita por el perfeccionamiento y uso racional de los indicadores de ambos componentes y de su relación, un hecho que se enfatiza en la literatura más reciente encontrada (Brook, McGlynn, & Shekelle, 2000; Coronado, Cruz, Macías, Arellano, & Nava, 2013).

Parámetros de calidad en la prestación de servicios de salud

Al acceder a los servicios de salud, el paciente tiene tres niveles de necesidades respecto a la calidad, los mismos que pueden ser evaluados como parámetros de calidad. El primer nivel señala las necesidades o expectativas básicas, el usuario espera que la asistencia sea fiable, revestida de competencia, cortesía, educación, honestidad, credibilidad, seguridad y con resultados adecuados a los tratamientos; en el segundo nivel se sitúan el interés y la disposición por ofrecer un servicio rápido, responsable, accesible, individualizado, con una adecuada comunicación. Por último, el tercer nivel es el de la buena apariencia física de las instalaciones y del personal, así como una relación costo-beneficio favorable (Potter, Georgiou, & Pearson, 2000; Casalino, 2008; Joling, et al., 2019).

Medición de la calidad de atención a personas mayores

En general, la calidad de la atención puede medirse utilizando criterios implícitos (es decir, el esfuerzo de medición no define normas explícitas, y los profesionales de la salud utilizan sus propios juicios para determinar la calidad) o criterios explícitos (es decir, se establecen criterios sobre lo que debe hacerse, y luego se compara la atención recibida con esas normas) (van Campen, Sixma, Friele, Kerssens, & Peters, 1995; Reuben, Shekelle, & Wenger, 2003).

Se suelen utilizar tres fuentes de información sobre el proceso de atención prestada: la entrevista, la revisión del historial médico y los datos administrativos. Cada una de ellas tiene ventajas y desventajas, y las tres son más complementarias que sustitutivas. En gran medida por razones de costo, los datos administrativos, cuando se dispone de ellos, se utilizan cada vez más. Este enfoque tiene la ventaja de captar grandes poblaciones y permitir comparaciones por estado y plan de salud, pero los datos administrativos se limitan a los elementos que se introducen en la base de datos (por ejemplo, reclamaciones, a veces registros de farmacia) (Potter, Georgiou, & Pearson, 2000; Allen, Robinson, & Stewart, 2017; Payares, Berdugo, Caridad, & Navarro, 2019).

A veces los datos administrativos pueden vincularse a datos de encuestas o de registros médicos, pero las cuestiones de confidencialidad y acceso pueden ser obstáculos. Además, los análisis de los datos administrativos sobre la calidad de la atención han tendido a excluir la medición de las afecciones geriátricas típicas y cuestiones importantes

como la atención al final de la vida (Brook, McGlynn, & Shekelle, 2000; Banka, et al., 2015).

Trabajo multidisciplinario efectivo: la clave para una atención de alta calidad

El equipo multidisciplinario involucrado en la práctica clínica refleja un proceso de colaboración entre grupos de individuos con diferentes antecedentes, por ejemplo, enfermeras, psicólogos, terapia ocupacional, médicos, psiquiatras, visitantes de salud, trabajadores sociales y otros; que comparten objetivos comunes. Este trabajo multidisciplinario implica una colaboración en la que procesos como la evaluación o el desarrollo del plan de asistencia de un paciente se llevan a cabo con profesionales de diferentes disciplinas que ponen en común sus conocimientos de manera independiente para alcanzar el mismo objetivo: proporcionar una atención de alta calidad (Ndoro, 2014; Alvarez, Rocha, Bayarre, & Almenares, 2014; Leiton, 2016).

Hogston (2007) describió la interdisciplinariedad como un trabajo en el que los grupos realizan adaptaciones a su función, para tener en cuenta el papel de los demás e interactuar con ellos. Por otra parte, se sostiene que el trabajo "transdisciplinario" es una forma más radical de práctica que puede incluir el trabajo a través de los límites profesionales ordinarios, mientras que "multiagencia" significa la participación de una gama de servicios y profesionales con el fin de proporcionar una atención de alta calidad a los pacientes (Villafuerte, et al., 2017; Bayarre, et al., 2018).

Por ejemplo, la enfermera que trabaja con el equipo de salud mental de la comunidad puede aconsejar al paciente sobre los beneficios de la vivienda o la asistencia social, aunque en la práctica diaria, este suele ser el papel de un trabajador social (Elvira, 2011).

El trabajo multidisciplinario y el logro de una práctica de colaboración eficaz son importantes para proporcionar una atención de alta calidad. El trabajo multidisciplinario, transdisciplinario e interprofesional tiene sus ventajas, pero también limitaciones. En el mejor de los casos, pueden afectar positivamente a los miembros del equipo y a la calidad de atención al paciente, pero ejemplos notables han puesto de manifiesto cómo los conflictos y las formas ineficaces de trabajo en equipo pueden dar lugar a lapsos perjudiciales de atención, lo que a su vez ha despertado interés público e iniciativas de control político. Por último, se recomienda la adhesión a la ética de la confidencialidad entre el equipo multidisciplinario, ya que comunican la información y/o los datos relativos al paciente (Allen, Robinson, & Stewart, 2017; Panagioti, et al., 2018; Manzoor, Wei, Hussain, Asif, & Irshad, 2019).

Práctica basada en la evidencia y la calidad de la atención

Otro aspecto importante de la labor multidisciplinaria es el uso de pruebas para informar la práctica clínica actual. La práctica basada en la evidencia es tan importante cuando los profesionales trabajan en equipo, ya que ayuda al avance de la investigación para establecer mejores métodos de atención al paciente. Se trata de la incorporación de

la evidencia procedente de la investigación, la experiencia clínica y las preferencias de los pacientes en las decisiones acerca de su salud (Bleich, Ozaltin, & Murray, 2009; De los Ríos & Ávila, 2004; Ndoro, 2014).

Para lograr un trabajo multidisciplinario eficaz, los miembros de los equipos deben participar en procesos de gestión estratégica que ayuden a desarrollar el pensamiento y el aprendizaje estratégico en su práctica a fin de proporcionar una mejor atención al paciente. Por el contrario, se ha argumentado que muchas enfermeras, administradores y dirigentes multidisciplinarios no tratan de utilizar las pruebas y los conocimientos para fundamentar y apoyar las decisiones de su política y su práctica diaria (Chimbo & Farfán, 2015; D'Hyver, 2017; Fang, Liu, & Fang, 2019).

En los últimos 30 años, los cambios en la prestación de servicios de atención de la salud y sociales han puesto un énfasis diferente en la función y la labor de los profesionales. Se han reportado fallecimientos como resultado de graves abusos físicos y abandono, a pesar de que estos pacientes eran conocidos en múltiples servicios o áreas de salud. Informes sobre el personal reveló que la insuficiente atención a los riesgos comprometía la prestación de una atención de alta calidad. Cualquier sistema debería ser capaz de cuidar y proporcionar un nivel aceptable de atención a cada paciente tratado, pero estos informes mostraron que no se puede asumir que esto esté ocurriendo (Goldenberg, 2012; Díaz & Calzadilla, 2016; Leiton, 2016).

Capítulo II

Marco referencial

En el presente capítulo se realizó una revisión sistemática de artículos de investigación de diferentes países e idiomas, considerando las variables básicas del presente estudio, como lo son la calidad en la atención médica y el grado de satisfacción percibido por medio de la encuesta Service Performance (SERVPERF). Además, se detalla la base legal establecida en el Ecuador.

Guzmán et al. (2018) en su artículo titulado “Cobertura y eficiencia en atención a las principales enfermedades de adultos mayores de Hidalgo, México”, tuvo como objetivo analizar la cobertura y la eficiencia de atención a las enfermedades más prevalentes en adultos mayores del estado de Hidalgo por las instituciones de seguridad social del Estado. Se trató de un estudio de tipo descriptivo, transversal constituido por 2503 adultos mayores, participantes de la encuesta Salud Bienestar y Envejecimiento Hidalgo 2014. Además, realizó un muestreo aleatorio en residencias particulares de áreas urbanas y rurales del estado. Los resultados fueron que el 95.6% de los adultos mayores cuenta con cobertura en salud. Y las enfermedades con mayor prevalencia eran: hipertensión arterial, diabetes mellitus y enfermedad articular; sin embargo, el 17.09% , 13.29% y 48.38% respectivamente, no reciben tratamiento contra su enfermedad; y el 68% no percibe mejoría en su estado de salud después de ser tratados en el último año.

Los resultados sugieren la importancia de implementar acciones y políticas públicas enfocadas a la cobertura en salud en residentes de áreas rurales, así como el mejoramiento y eficiencia de la atención por grupo poblacional, región geográfica y condiciones socioeconómicas y, finalmente, a desarrollar estrategias para el monitoreo de la cobertura eficiente en salud. De igual manera concluyeron que, aunque existen avances importantes en cobertura de salud, aún se perciben deficiencias significativas en calidad de atención, abastecimiento y accesibilidad a las instituciones de salud, lo que se traduce en abandono terapéutico e insatisfacción de los usuarios (Guzmán, et al., 2018).

Díaz et al. (2016) publicaron un artículo denominado “Satisfacción de servicios de salud e impacto sobre calidad de vida en pacientes adultos”, que tuvo como objetivo asociar satisfacción de servicios de salud y calidad de vida relacionada con la Salud en pacientes adultos. El estudio fue de tipo descriptivo transversal en 240 pacientes adultos, 2014. Diseñaron y aplicaron un instrumento tipo encuesta que indagaba: variables sociodemográficas, servicios de salud y calidad de vida relacionada con la Salud. Obtuvieron como resultados que: 52,9% de la muestra correspondían a adultos mayores de 45 años, 59,6% mujeres, 94,2% contaban con servicios de salud, 61,7% de tipo privado y solo 12,5% contaba con planes complementarios. Además, de que el 64,6% se sentía satisfecho con sus servicios de salud.

En el estudio se hallaron algunos factores relacionados con la insatisfacción en los servicios de salud que impactaron de manera negativa en la calidad de vida relacionada con la Salud. Uno de ellos fue la edad, encontrándose que tener más de 45 años representaba un riesgo para la calidad de vida. Cabe recalcar que los adultos maduros van desde los 45 a 59 años y los adultos mayores van a partir de los 60 años, correspondiendo a una población que presenta necesidades de atención en salud debido a la disminución de la capacidad funcional; la cual va a estar determinada por factores asociados al estilo de vida en la edad adulta, como el consumo de alcohol, el tabaquismo, el grado de actividad física y la alimentación. Así mismo, el bajo nivel de escolaridad representó un riesgo para la calidad de vida, hallazgos similares reportaron Salas et al. (2010), donde relacionaron de manera directamente proporcional el nivel de escolaridad y la satisfacción percibida en los servicios de salud (Díaz, Buelvas, Valle, & Bustillo, 2016).

Díaz et al. (2016) concluyeron que el bajo nivel de escolaridad, presentar insatisfacción con la comodidad y limpieza de los servicios y con la atención brindada por el personal administrativo generó un impacto negativo sobre la calidad de vida relacionada con la Salud.

Otro estudio realizado en la ciudad de La Habana, sobre “Calidad de la atención en salud al adulto mayor” tuvo como objetivo evaluar la calidad de la atención en salud ofrecida a los adultos mayores en sus dimensiones: estructura, proceso y resultado. Fue una investigación evaluativa en una población de 60 años, realizando un muestreo por conglomerados bietápico. La muestra estuvo constituida por 300 pacientes con sus respectivas historias clínicas de 4 consultorios. Para la evaluación de la calidad de la atención en salud del adulto mayor se tuvieron en cuenta los criterios establecidos por Donabedian de estructura, proceso y resultado (Miranda, Hernández, & Rodríguez, 2009).

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

debilidades en la calidad de la atención al adulto mayor. Logrando concluir que, la estructura existente para garantizar la atención en salud al adulto mayor presenta insuficiencias en lo relativo a recursos humanos, materiales y en la satisfacción de los usuarios, lo cual influye negativamente en la calidad del proceso de atención a la población de 60 años y más (Miranda, Hernández, & Rodríguez, 2009).

Esto coincide con lo reportado por Massip, et al.(2008); en la Habana, Cuba, quienes consideran en su revisión que, al hablar de satisfacción, es importante tener en cuenta la distinción entre satisfacción general, referida al grado de satisfacción del paciente con los cuidados de salud recibidos, y la satisfacción específica, que es el grado de satisfacción respecto a la utilización de un servicio concreto, o respecto a aspectos concretos de los servicios recibidos, observándose esa diferencia en este estudio, al contar los pacientes con satisfacción general de los servicios pero con insatisfacción con respecto a un servicio específico recibido. Así mismo, Massip et al (2008); reportaron que en estudios revisados sobre satisfacción y calidad, se concluye que en general los usuarios están globalmente satisfechos con los servicios que reciben, pero al ir a temas más concretos como información, trato o amabilidad esta satisfacción disminuye, coincidiendo también en este aspecto con los resultados hallados en este estudio. De allí que la realización de este tipo de encuestas se considera una herramienta muy valiosa porque proporciona información sobre el grado de satisfacción de los pacientes en cuanto al trato recibido y en la redirección de los objetivos planteados por las instituciones de salud que conlleven a la formulación de planes de mejoramiento acertados.

Cobo et al (2017) con su estudio procuraron determinar la percepción de la calidad de la atención del servicio de urgencias de una Empresa Social del Estado en Boyacá. La investigación fue de tipo descriptiva y de diseño transversal, con una muestra conformada por 108 usuarios que recibieron atención en el servicio de urgencias durante el segundo semestre del año 2017. Para la recolección de la información, utilizaron la encuesta Service Performance (SERVPERF), la cual constó de 22 preguntas organizadas en cinco dimensiones que permitieron evaluar la calidad del servicio según la percepción del usuario.

Los resultados demostraron que la percepción de los usuarios sobre la calidad del servicio de urgencias, en cada una de las cinco dimensiones, obtuvo un puntaje promedio general de 4,09, siendo la dimensión de seguridad la más alta, con un promedio de 4,23, seguida de la empatía, con 4,18, la de capacidad de respuesta, con 4,14, la de fiabilidad, con 4,09 y, la más baja, los elementos tangibles, con 3,79. Y concluyeron que, el conocer la percepción de la calidad del servicio de urgencias permite desarrollar acciones, establecer confianza y hacer el seguimiento de la calidad del servicio (Corkin & Kenny, 2017).

Tapia (2019) con su trabajo de titulación denominado “Nivel de satisfacción de los pacientes adultos mayores por la atención que reciben en el servicio de urgencias del hospital Carlos Andrade Marín durante el primer semestre de 2019” tuvo como objetivo determinar el nivel de satisfacción de los adultos mayores por la calidad de atención que reciben en el servicio de urgencias, con el fin de demostrar el cumplimiento de los

derechos del adulto mayor contemplados en la Constitución de la República del Ecuador y en la Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores. Consideraron una población de 150 pacientes adultos mayores que acudieron al servicio de emergencias durante el primer semestre del 2018. Pudieron concluir que, el 45% de los pacientes encuestados manifestaron un nivel de satisfacción bueno; mientras que el 23% de la muestra indicaron un nivel de satisfacción regular, revelando que existe un gran porcentaje de pacientes conformes con la atención médica brindada por esta área hospitalaria.

Bayarre y et al. (2018) en un informe especial que abarca el período 1950-2015 sobre “Enfoques, evolución y afrontamiento del envejecimiento demográfico en Cuba”, tuvo como finalidad exponer la situación de este fenómeno poblacional desde una visión positiva, según tres aspectos: el envejecimiento como logro, desafío y oportunidad de desarrollo; las transiciones demográfica y epidemiológica; y las políticas y estrategias para afrontarlo. Demostrando que la esperanza de vida a la tercera edad se ha incrementado desde 59,40 hasta 78,45 años. La proporción de personas de 60 años o más en Cuba asciende a 19,8%. El afrontamiento al envejecimiento acelerado de la población cubana se realiza mediante la implementación de políticas y estrategias integrales e intersectoriales, contextualizadas al país, para mitigar los efectos negativos del proceso. En estas, el sector de la salud desempeña un papel protagónico, dada la repercusión que el incremento de la demanda de los servicios de salud de alto coste pudiera representar sobre la organización y la calidad de los servicios que el sector brinda.

González (2018) en su artículo de investigación llamado “Calidad de la atención médica dirigida a adultos mayores frágiles”, indicó que la fragilidad, que se describe como un síndrome biológico en el que se produce disminución de la reserva fisiológica y un aumento de la resistencia a los factores estresantes como resultado del deterioro progresivo de los sistemas fisiológicos, representa una problemática de salud en instituciones del nivel primario de atención porque requieren una atención médica integral, eficiente y con calidad.

El término calidad de la atención no es nuevo, ha constituido preocupación permanente para la humanidad en los últimos 20 años, donde se ha trabajado en las formas de control de la calidad asistencial. La ausencia en ocasiones de recursos materiales, largas estadías de espera para recibir atención sanitaria, así como uso incorrecto del método clínico en algunos casos, provoca insatisfacción y atenta contra la calidad de los servicios sanitarios prestados. Para el logro de dicha calidad en la actuación del médico y enfermera de la familia, se requiere de profesionales con elevado nivel científico, presencia de principios bioéticos y formación integral en la atención al adulto mayor frágil. En ocasiones los servicios brindados a dicho grupo poblacional, las atenciones sanitarias recibidas por los pacientes frágiles, así como el ambiente en que se desarrolla la comunicación médico-paciente, carece de la calidad esperada y requerida para la atención sanitaria integral. Por ello es importante trabajar en el desarrollo de la equidad, eficacia y eficiencia. Su logro requiere la participación activa de sectores y organizaciones sociales, comunitarias y del Estado, en asociación al equipo básico de salud y grupo básico de trabajo en el nivel primario de atención (González, 2018).

Diversos estudios en los que se han utilizado diferentes poblaciones de pacientes y estrategias de muestreo han sido consistentes en la identificación de deficiencias en la calidad de la atención prestada a las personas de mayor edad (Aguirre, 2008).

Sin embargo, la situación puede estar mejorando. Un estudio reciente indicó que los pacientes de edad avanzada están recibiendo una mejor atención para las enfermedades más comunes que afectan a este grupo de edad (por ejemplo, el infarto agudo de miocardio, la diabetes mellitus o la neumonía), aunque lamentablemente no ha sido igual para los síndromes geriátricos (por ejemplo, la demencia, la incontinencia urinaria o las caídas), padecimientos que deben ser tratados con similar importancia (Alonso, et al., 2010; Cortés, Villareal, Galicia, Martínez, & Vargas, 2011; González, 2018).

A pesar de esta mejora (respecto a las enfermedades más comunes), la calidad actual de atención prestada a las personas de edad es menos que óptima, y hay un margen considerable para seguir mejorando. Se encontró en un estudio, que después de un infarto de miocardio, el 14% de los pacientes fueron dados de alta del hospital sin aspirina y el 21% sin un betabloqueante, casi un tercio no recibió una evaluación o medicación adecuada para la insuficiencia cardíaca congestiva, y alrededor de una cuarta parte recibió una atención e inmunizaciones inadecuadas para la diabetes mellitus (Reuben, Shekelle, & Wenger, 2003; Molina, Quesada, Ulate, & Vargas, 2004).

Los errores médicos son ahora la tercera causa de muerte en los Estados Unidos. La prevalencia ampliamente reconocida de daños evitables a los pacientes y de resultados

adversos ha llevado al uso rutinario del término calidad de la atención sanitaria, con profesionales, pacientes, consumidores y agencias reguladoras entre las muchas partes que se remiten regularmente a él (Allen, Robinson, & Stewart, 2017; Elvira, 2011).

A pesar de estos esfuerzos, muchos indicadores de calidad en la atención médica han empeorado y la confianza pública en los hospitales y los profesionales de la salud sigue disminuyendo. Informes recientes en atención de salud, publicados en el 2015, revelan una serie de medidas que no mostraron ningún cambio o empeoramiento de la calidad. También existen cuestiones e iniciativas similares en otros países (Guzmán, et al., 2018; Martínez, et al., 2015).

La Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (Senplades, 2017) en el Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021 - Toda una Vida afirma que:

A pesar de la existencia de políticas universales, hay grupos de personas que tienen necesidades especiales, como los adultos mayores y las personas con discapacidad, entre otros. De acuerdo con las proyecciones de población a 2017, los adultos mayores representan el 7,04% de la población total, por lo que se precisa el fortalecimiento de la estrategia intersectorial para garantizar la atención integral a las personas adultas mayores; además, en esta población hay una mayor presencia de mujeres, por lo que se debe fortalecer el enfoque de género de dicha estrategia, puesto que las mujeres adultas mayores presentan brechas muy altas en todos los indicadores de calidad de vida. La falta de vinculación y autonomía económica, como de acceso a la salud y seguridad, deteriora su vida y las convierte en una

población altamente vulnerable. Con esta reforma se priorizará el trabajo para los adultos mayores en los temas de: ampliación de la cobertura y especialización de los servicios de salud; pensiones no contributivas; envejecimiento activo y digno con participación intergeneracional, cuidado familiar o institucional, entre otros. (p.48)

Con respecto a las personas de atención prioritaria, la ciudadanía manifiesta la importancia de que los adultos mayores cuenten con una calidad de vida digna, mediante el servicio ampliado de centros gerontológicos y el fortalecimiento de las condiciones de jubilación (Secretaría Técnica Plan Toda Una Vida, 2017).

Además, como parte del Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021 - Toda una Vida, se creó el proyecto “Mis Mejores Años” con la intención de precautelar y garantizar el bienestar de los adultos mayores en condiciones de vulnerabilidad, otorgándoles una vida digna y saludable. Se muestra como un instrumento que busca la inclusión, participación social, protección social, atención y cuidado, mediante la prestación oportuna de servicios como la atención médica, servicios gerontológicos, pensión asistencial, actividades educativas y recreativas y la jubilación universal. Con la finalidad de contribuir con un estilo de vida digno para el adulto mayor, se requiere acciones coordinadas y articuladas entre: el Ministerio de Inclusión Económica y Social, el Ministerio de Salud Pública y el Ministerio del Deporte.

Marco legal

La Constitución de la República del Ecuador (Asamblea Nacional Constituyente, 2008) garantiza el derecho a la salud con la siguiente base legal:

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

De igual manera, procura precautelar los derechos de las personas y grupos de atención prioritaria como las adultas y adultos mayores:

Art. 35.- Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención

prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad.

Art. 36.- Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia. Se considerarán personas adultas mayores aquellas personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años de edad.

Art. 37.- El Estado garantizará a las personas adultas mayores los siguientes derechos:

1. La atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas.

La Ley Orgánica de la Salud (2006) establece que:

Art. 4.- La autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de esta Ley; y, las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias.

Art. 6.- Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública:

20. Formular políticas y desarrollar estrategias y programas para garantizar el acceso y la disponibilidad de medicamentos de calidad, al menor costo para la población, con énfasis en programas de medicamentos genéricos.

24. Regular, vigilar, controlar y autorizar el funcionamiento de los establecimientos y servicios de salud, públicos y privados, con y sin fines de lucro, y de los demás sujetos a control sanitario.

Art. 7.- Toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud, los siguientes derechos.

Art. 10.- Quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud aplicarán las políticas, programas y normas de atención integral y de calidad, que incluyen acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de la salud individual y colectiva, con sujeción a los principios y enfoques establecidos en el artículo 1 de esta Ley.

Es así, como el sistema de salud de Ecuador está compuesto por dos sectores, público y privado. El sector público comprende al Ministerio de Salud Pública (MSP), el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), los servicios de salud de las municipalidades y las instituciones de seguridad social [Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) e Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL)]. El MSP ofrece servicios de atención de salud a toda la población. El MIES y las municipalidades cuentan con programas y establecimientos de salud en los que también brindan atención a la población

no asegurada. Las instituciones de seguridad social cubren a la población asalariada afiliada (Lucio, Villacrés, & Henríquez, 2011).

Mediante Acuerdo Ministerial No. 00000118 de fecha 26 de octubre de 2016 se creó la entidad operativa desconcentrada “Hospital General Guasmo Sur”, el mismo que abrió sus puertas de atención el 15 de diciembre de 2016.

Además, con el fin de asegurar estándares mínimos de calidad en la prestación de servicios de atención y cuidado a las PAM, el MIES, como ente rector, estableció en el presenta año, a través de Acuerdos Ministeriales (Nro. 00162 – Centros Residenciales y Nro. 00156 – Centros Diurnos), las normas técnicas bajo las cuales deben operar los centros gerontológicos de todo el país, en las diversas modalidades de atención, en los aspectos como infraestructura, modelo de gestión, personal, alimentación, mobiliario y equipamiento, seguridad, riesgos, entre otros (MSP, 2012).

Capítulo III

Marco metodológico

El enfoque del marco metodológico está basado en procesos para capturar, analizar y extraer conocimientos sobre tópicos de interés. El marco consta de las siguientes etapas: enmarcar una pregunta de investigación (o diseño), considerar los requisitos y limitaciones para recopilar datos sobre las actividades dentro del proceso, transformar los datos para estructurar, organizar y codificar, y analizar los datos (cualitativos y cuantitativos) e interpretar los resultados. Es decir, busca hacer explícito y estructurar el medio de un determinado objetivo.

Diseño y tipo de la investigación

El diseño de la investigación está destinado a proporcionar un marco apropiado para el estudio. Una decisión muy importante en el proceso de diseño de la investigación es la elección que se debe tomar con respecto al enfoque de la investigación, ya que determina cómo se obtendrá la información relevante para el estudio; sin embargo, el proceso de diseño de la investigación implica muchas decisiones interrelacionadas.

Por lo tanto, el presente estudio emplea un diseño de investigación “No experimental”, ya que no permitió controlar, manipular o alterar la variable o los sujetos del predictor, sino que dependió de la interpretación, la observación o las interacciones ya

existentes expuestas en la literatura para llegar a una conclusión que aporte a la sociedad en la que se desarrolla la investigación.

Según la naturaleza de los objetivos, se considera una investigación de tipo descriptivo, porque permite deducir una situación o circunstancia de un medio específico, describiendo todas sus dimensiones.

Con respecto a la naturaleza de la información recogida para resolver el problema de investigación, se denomina una investigación de enfoque cuantitativa, debido a que analiza el comportamiento de relación entre causa y efecto, en base a datos numéricos y pruebas, datos que se expresan en elementos gráficos. Y la investigación según el período de tiempo en el que se desarrolla, se define como transversal, porque se desarrolla en una población y tiempo determinado.

Para abordar los objetivos clave de la investigación, se utilizó el método inductivo – deductivo. La etapa inductiva permitió recopilar la información necesaria para realizar observaciones de datos específicos, y así, detectar patrones y regularidades de los demás estudios, permitiendo formular la hipótesis y reconocer el área investigativa donde se desarrollaría el presente estudio. Mientras que, en la etapa deductiva, las generalizaciones logradas por inducción se utilizaron como premisas para las deducciones de enunciados sobre las observaciones iniciales, logrando obtener las respectivas conclusiones.

Población y muestra

En estadística, una población es el conjunto completo del que se extrae una muestra estadística. Una población puede referirse a un grupo completo de personas, objetos, eventos, visitas al hospital o mediciones. Por tanto, se puede decir que una población es una observación agregada de sujetos agrupados por una característica común.

La población del presente estudio estuvo conformada por pacientes adultos mayores atendidos en la consulta externa del Hospital General Guasmo Sur de Guayaquil durante el segundo semestre del año 2019 que cumplieron con los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión

Pacientes atendidos en el Hospital General Guasmo Sur de Guayaquil.

Pacientes atendidos en el área de consulta externa durante el segundo semestre del año 2019.

Pacientes que acepten participar del estudio y firmen el consentimiento informado.

Pacientes sin limitaciones intelectuales.

Pacientes mayores de 65 años de edad.

Pacientes de ambos sexos.

Criterios de exclusión

Pacientes que no sean atendidos en el Hospital General Guasmo Sur de Guayaquil.

Pacientes que no sean atendidos en el área de consulta externa durante el segundo semestre del año 2019.

Pacientes que no acepten participar del estudio y firmen el consentimiento informado.

Pacientes con limitaciones intelectuales.

Pacientes menores de 65 años de edad.

El tamaño de la muestra es la cantidad de respuestas completas que tu encuesta recibe. Se le llama muestra, muestra representativa o muestra estadística porque solo representa parte del grupo de personas (o población objetivo) cuyas opiniones o comportamiento te interesan.

El cálculo de la muestra estadística se puede realizar con la siguiente fórmula:

$$\text{Tamaño de la muestra} = \frac{\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2}}{1 + \left(\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2 N} \right)}$$

N = tamaño de la población • e = margen de error (porcentaje expresado con decimales) • z = puntuación z

Existen tres términos clave que se deben comprender para calcular el tamaño de la muestra estadística:

Tamaño de la población: La cantidad total de personas en el grupo de estudio.

Margen de error: Porcentaje que refleja en qué medida se puede esperar que los resultados de la encuesta reflejen la opinión de la población general.

Nivel de confianza del muestreo: Porcentaje que revela cuánta confianza se puede tener en que la población seleccione una respuesta dentro de un rango determinado.

Tamaño de la población: 4179

Nivel de confianza (%): 95

Margen de error (%): 5

Tamaño de la muestra: 352

Instrumentos

La investigación mediante encuestas puede utilizar una variedad de métodos de recopilación de datos, siendo los más comunes los cuestionarios y las entrevistas. Los cuestionarios pueden ser autoadministrados o administrados por un profesional, pueden administrarse individualmente o en grupo y, por lo general, incluyen una serie de elementos que reflejan los objetivos de la investigación. Los cuestionarios pueden incluir preguntas demográficas además de instrumentos de investigación válidos y fiables.

La técnica de investigación utilizada fue la encuesta, basada en el cuestionario Service Performance – SERVPERF, el cual es un instrumento de encuesta de veintidós ítems que se utiliza para evaluar la calidad del servicio no electrónico basándose en las

percepciones de la calidad real del servicio. El instrumento incluye cinco dimensiones: confiabilidad, seguridad, elementos tangibles, empatía y capacidad de respuesta.

Elementos tangibles: las instalaciones físicas, equipos, y el aspecto del personal.

Confiabilidad: habilidad para realizar el servicio prometido en forma fiable y precisa.

Capacidad de respuesta: disposición para ayudar a los clientes y proporcionar rápido un servicio.

Seguridad: el conocimiento y la cortesía de los empleados y su capacidad para inspirar confianza y seguridad.

Empatía: el cuidado, la atención individualizada que la empresa proporciona a sus clientes.

Además, se utilizó la escala de Likert, reconocida herramienta de medición que nos permite medir actitudes y conocer el grado de conformidad del encuestado con cualquier aseveración que le propongamos. Es un tipo de escala de respuesta psicométrica en la que los encuestados especifican su nivel de conformidad con una afirmación, típicamente en cinco puntos: (1) Totalmente en desacuerdo; (2) en desacuerdo; (3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo; (4) De acuerdo; (5) Totalmente de acuerdo.

Procedimientos

Para la realización del presente estudio se contó con los siguientes pasos:

1. Se presentó una solicitud de permiso para el desarrollo de la investigación en el área de consulta externa del Hospital General Guasmo Sur de Guayaquil durante el segundo semestre del año 2019.
2. Se solicitó la aceptación y firma del consentimiento informado por parte del paciente que deseo participar.
3. Se recopiló información general del paciente en la hoja de registro.
4. Se realizó la encuesta basada en el cuestionario Service Performance – SERVPERF.
5. Se respaldaron digitalmente todas las encuestas realizadas.
6. Se registró los datos obtenidos en el computador.
7. Se tabularon los datos y se obtuvieron los resultados estadísticos.
8. Se analizaron los resultados obtenidos de la investigación y se elaboraron las conclusiones respectivas.

Análisis factorial

Se analizaron los resultados de las encuestas aplicando a los registros un análisis de factores de componentes principales a fin de agrupar estadísticamente los datos; por cuanto, dicho método permite el análisis de los datos agrupándolos en factores constituidos por componentes principales validados por cargas estadísticamente representativas (Forero & Gómez, 2017).

La aplicación del análisis de factores de componentes principales fue posible ya que es compatible en esencia con las escalas de respuesta solicitadas a los encuestados,

que trabaja con opciones de respuesta con valoración creciente para cada una de las preguntas consultadas y que se aplican a través de una escala tipo Likert; en este caso, con cinco opciones de respuesta (Hernández & Mendoza, 2018).

Al presente análisis se le agregó la estandarización de los resultados obtenidos en algunas de las aplicaciones metodológicas a fin de comparar los resultados y determinar las distancias entre los elementos analizados (Lloret, Ferreres, Hernández, & Tomás, 2014).

Análisis de resultados

Los datos obtenidos fueron analizados con el Software de IBM SPSS Statistics 24, y se utilizó Microsoft Office Excel ® 2016 para las tablas y gráficos. Las medidas aplicadas en el presente estudio fueron promedio, recuento y porcentaje por fila.

Perfil sociodemográfico

La muestra estuvo conformada por 352 encuestas de pacientes adultos mayores de ambos sexos, femenino y masculino, atendidos en el Hospital General Guasmo Sur de Guayaquil, de quienes se obtuvo la siguiente información sociodemográfica a través de una hoja de registro individual: edad, sexo, y sector de residencia; además, su estado de afiliación o seguridad social.

De los 352 pacientes evaluados, 172 correspondían al sexo masculino y 180 al sexo femenino. Al evaluar el sector de residencia de los encuestados, se pudo resumir que,

288 se encontraron en el “Sector Urbano” (82%), siendo este sector de residencia el de mayor porcentaje; seguido del “Sector Rural” con 64 encuestados (18%) y dejando en último lugar el “Sector Marginal” con 0 encuestados. La cantidad de individuos participantes por sexo se los especifica en la tabla y figura 1.

Tabla 1

Cantidad de individuos por sexo

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Masculino	172	48,9
	Femenino	180	51,1
	Total	352	100,0

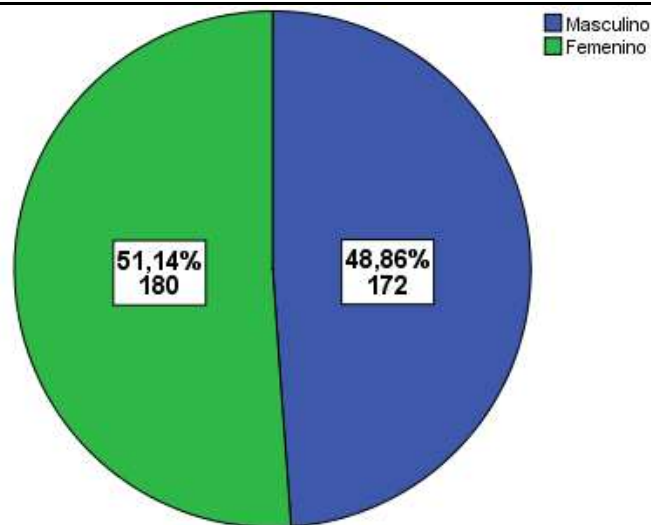


Figura 1. Distribución porcentual de los individuos por sexo

Al categorizar los pacientes según el estado de afiliación o seguridad social, la distribución estuvo dada por 333 pacientes como “No afiliado”, y sólo 19 pacientes de la

muestra se encontraron como “Afiado” representando el 5,4%. Los valores especificados se pueden considerar en la tabla y figura 2.

Tabla 2

Cantidad de individuos según el estado de afiliación o seguridad social

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No afiliado	333	94,6
	Afiado	19	5,4
	Total	352	100,0

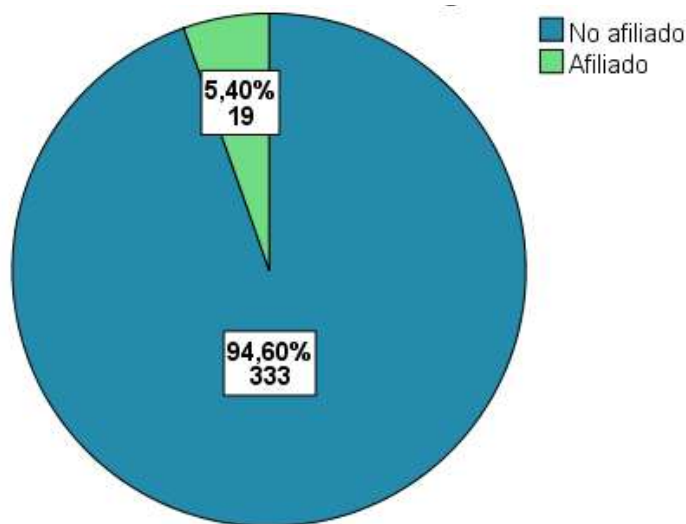


Figura 2. Datos porcentuales de los individuos según el estado de afiliación o seguridad social

Calidad en la atención médica

Según el cuestionario realizado a los pacientes adultos mayores atendidos en el Hospital General Guasmo Sur de Guayaquil, se logró definir el grado de satisfacción en

ámbitos específicos al momento de la atención médica. Se destacaron: área de espera para la atención médica, confiabilidad por parte del personal médico, tiempo de espera desde la solicitud de la consulta hasta la cita médica, avisos de espera para la atención médica, y área de entrega de medicamentos.

Pregunta 2. ¿Considera que el área de espera para la atención de un servicio médico es satisfactoria?

Con respecto al área de espera para la atención médica, se identificó que los encuestados se encontraron mayormente “De acuerdo”, seguido de “En desacuerdo”, con el 48,3% y 30,7% de prevalencia de la muestra respectivamente, valores especificados en la tabla y figura 3.

Tabla 3

Distribución de respuestas sobre calidad en la atención médica de la pregunta 2

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Totalmente en desacuerdo	19	5,4
	En desacuerdo	108	30,7
	Neutral	33	9,4
	De acuerdo	170	48,3

Totalmente de acuerdo	22	6,3
Total	352	100,0

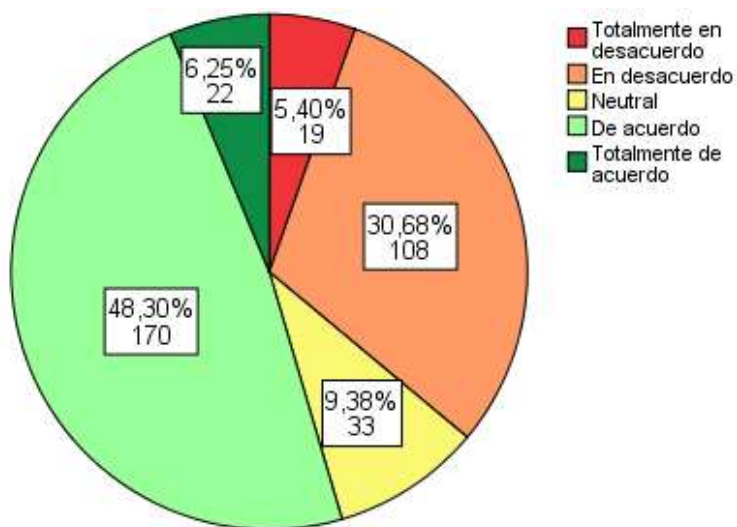


Figura 3. Datos porcentuales de las respuestas sobre calidad en la atención médica de la pregunta 2

Pregunta 6. ¿Considera que el personal médico demostró ser confiable al momento de la atención, además de estar debidamente identificado?

Conforme con los resultados, los pacientes consideran estar principalmente “De acuerdo” con la confiabilidad mostrada por parte del personal médico, representando el 47,7% de la muestra; sin embargo, el 31,8% estuvo “En desacuerdo”. Los resultados se pueden revisar en la tabla y figura 4.

Tabla 4

Distribución de respuestas sobre calidad en la atención médica de la pregunta 6

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Totalmente en desacuerdo	5	1,4
	En desacuerdo	115	32,7
	Neutral	38	10,8
	De acuerdo	171	48,6
	Totalmente de acuerdo	23	6,5
	Total	352	100,0

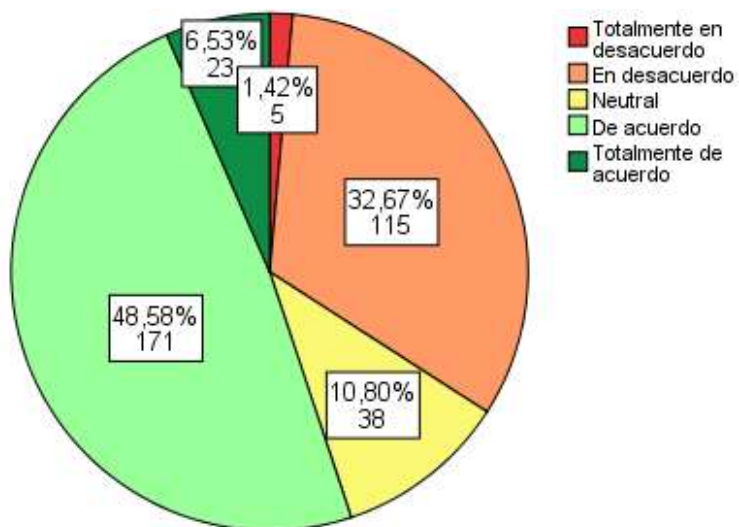


Figura 4. Datos porcentuales de las respuestas sobre calidad en la atención médica de la pregunta 6

Pregunta 9. ¿Está satisfecho con el tiempo de espera desde la solicitud de la consulta hasta la cita médica?

Según el tiempo de espera desde la solicitud de la consulta hasta la cita médica, los pacientes manifestaron estar “De acuerdo” en un 48,6%, frente al 21% y 10,8% que indicaron estar “En desacuerdo” y “Totalmente en desacuerdo” respectivamente. La frecuencia y porcentajes se pueden percibir en la tabla y figura 5.

Tabla 5

Distribución de respuestas sobre calidad en la atención médica de la pregunta 9

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Totalmente en desacuerdo	38	10,8
	En desacuerdo	74	21,0
	Neutral	47	13,4
	De acuerdo	171	48,6
	Totalmente de acuerdo	22	6,3
	Total	352	100,0

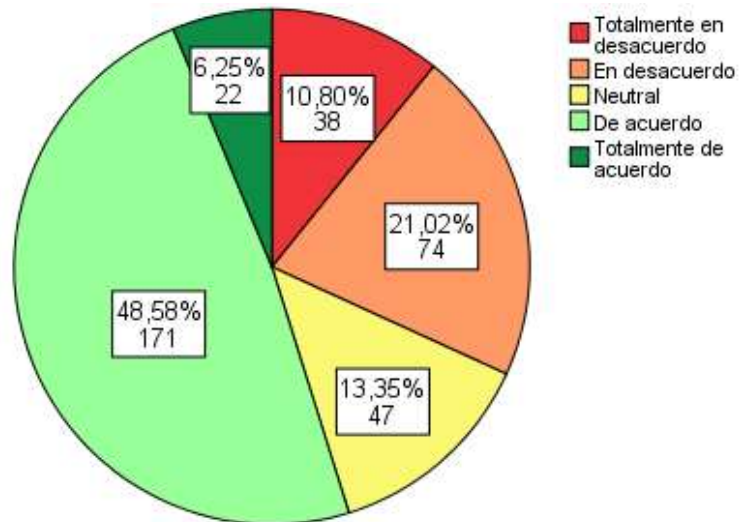


Figura 5. Datos porcentuales de las respuestas sobre calidad en la atención médica de la pregunta 9

Pregunta 11. ¿Está satisfecho con los avisos de espera para la atención médica?

En relación con los avisos de espera para la atención médica, se demostró que el 49,1% de los pacientes estuvieron “De acuerdo”, mientras que el 27% estuvo “En desacuerdo”. Los valores específicos se pueden percibir en la tabla y figura 6.

Tabla 6

Distribución de respuestas sobre calidad en la atención médica de la pregunta 11

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Totalmente en desacuerdo	28	8,0
	En desacuerdo	95	27,0
	Neutral	34	9,7
	De acuerdo	173	49,1
	Totalmente de acuerdo	22	6,3
	Total	352	100,0

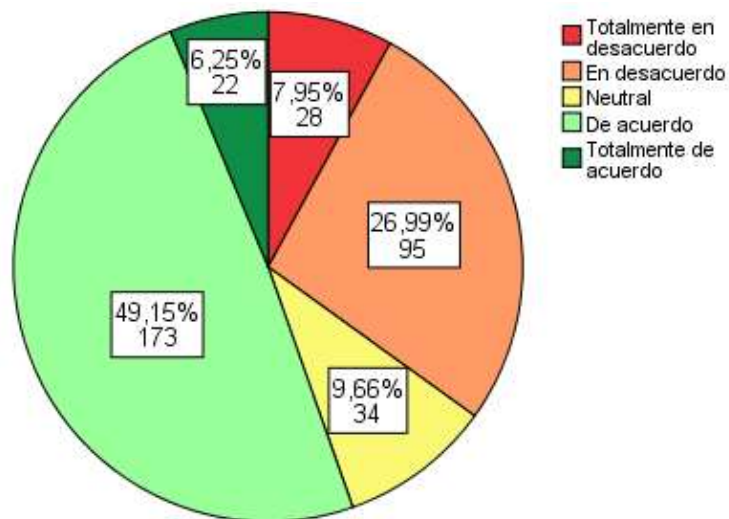


Figura 6. Datos porcentuales de las respuestas sobre calidad en la atención médica de la pregunta 11

Pregunta 16. ¿Está satisfecho con el área de entrega de medicamentos?

Al evaluar la calidad en la atención por parte del área de entrega de medicamentos, se concluyó que la mayoría de los pacientes se encontraron “De acuerdo” (49,7%); seguido de “En desacuerdo” y “Neutral” con un 26,7% y 11,6% de la muestra respectivamente. Los porcentajes se pueden apreciar en la tabla y figura 7.

Tabla 7

Distribución de respuestas sobre calidad en la atención médica de la pregunta 16

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Totalmente en desacuerdo	14	4,0
	En desacuerdo	94	26,7
	Neutral	41	11,6
	De acuerdo	175	49,7
	Totalmente de acuerdo	28	8,0
	Total	352	100,0

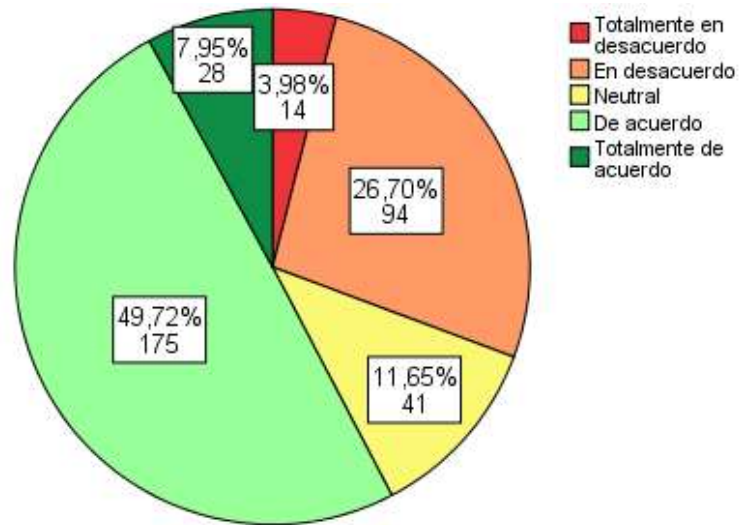


Figura 7. Datos porcentuales de las respuestas sobre calidad en la atención médica de la pregunta 16

Las categorías analizadas dentro de la encuesta fueron las siguientes: conceptos, confiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad, sensibilidad y empatía. Todas las categorías tuvieron una alta incidencia de respuestas positivas, mostrando un grado de satisfacción mayor al 50% del total de la muestra, con excepción de la categoría “seguridad”. En cambio, el grado de insatisfacción se encontró sobre el 30% en todas las categorías. Los porcentajes se pueden apreciar en la tabla 8.

Tabla 8

Distribución de la relación entre las categorías de la encuesta y las respuestas sobre calidad en la atención médica

		Insatisfecho	Neutral	Satisfecho
Válido	Conceptos	428 (30%)	183 (13%)	797 (57%)
	Confiabilidad	471 (34%)	147 (10%)	790 (56%)
	Capacidad de respuesta	358 (34%)	118 (11%)	580 (55%)
	Seguridad	220 (31%)	137 (20%)	347 (49%)
	Sensibilidad	338 (32%)	112 (11%)	606 (57%)
	Empatía	317 (30%)	124 (12%)	615 (58%)

NOTA: Insatisfecho, valores de 1 y 2; Neutral, valor de 3; Satisfecho, valores de 4 y 5.

Al categorizar los pacientes encuestados según el sexo, el femenino mostró una gran prevalencia de respuestas positivas; 18 de las 19 preguntas de la encuesta, debido a que más del 50% de la muestra femenina encuestada indicaron estar “De acuerdo” con dichas preguntas, exceptuando la pregunta 12, la cual trata de la seguridad por parte del hospital. Los valores específicos se pueden percibir en la tabla 9.

Tabla 9

Distribución de la relación entre el sexo femenino y las respuestas sobre calidad en la atención médica

		1	2	3	4	5	Total
Válido	Pregunta 1	11	45	13	99	12	180
	Pregunta 2	14	40	19	96	11	180
	Pregunta 3	3	23	42	98	14	180
	Pregunta 4	2	46	13	102	17	180
	Pregunta 5	4	46	20	97	13	180
	Pregunta 6	3	48	16	97	16	180
	Pregunta 7	3	47	13	101	16	180
	Pregunta 8	8	39	14	104	15	180
	Pregunta 9	15	28	23	101	13	180
	Pregunta 10	17	37	17	95	14	180
	Pregunta 11	10	39	19	98	14	180
	Pregunta 12	17	26	41	50	46	180
	Pregunta 13	9	34	27	91	19	180
	Pregunta 14	11	33	19	100	17	180
	Pregunta 15	11	35	22	95	17	180
	Pregunta 16	10	30	25	101	14	180
	Pregunta 17	6	40	18	107	9	180
	Pregunta 18	14	33	19	100	14	180
	Pregunta 19	7	22	18	111	22	180

NOTA: 1, Totalmente en desacuerdo; 2, En desacuerdo; 3, Neutral; 4, De acuerdo; 5, Totalmente de acuerdo

Por otro lado, el sexo masculino demostró estar “De acuerdo” con más de 70 respuestas positivas en 16 de las 19 preguntas de la encuesta, con excepción de las preguntas 12, 13 y 19. Así mismo, indicaron estar “En desacuerdo” con más de 50 respuestas negativas en 15 preguntas de la encuesta, exceptuando las preguntas 4, 9, 10 y 19. Por lo tanto, se puede apreciar que existió un margen muy estrecho entre las respuestas positivas y negativas en relación con el sexo femenino. Los valores específicos se pueden observar en la tabla 10.

Se puede observar mediante un promedio por pregunta, que los pacientes obtuvieron un valor general sobre el 3 con décimas; por lo tanto, se considera que los pacientes se mostraron “neutrales” o “indiferentes” con la encuesta realizada. Los resultados se pueden considerar en el tabla 11.

Tabla 10

Distribución de la relación entre el sexo masculino y las respuestas sobre calidad en la atención médica

		1	2	3	4	5	Total
Válido	Pregunta 1	4	62	22	76	8	172
	Pregunta 2	5	68	14	74	11	172
	Pregunta 3	2	58	28	70	14	172
	Pregunta 4	0	45	32	83	12	172
	Pregunta 5	1	66	24	71	10	172
	Pregunta 6	2	67	22	74	7	172
	Pregunta 7	1	68	19	72	12	172
	Pregunta 8	5	63	19	77	8	172
	Pregunta 9	23	46	24	70	9	172
	Pregunta 10	22	47	20	73	10	172
	Pregunta 11	18	56	15	75	8	172
	Pregunta 12	6	56	43	57	10	172
	Pregunta 13	3	69	26	66	8	172
	Pregunta 14	4	68	16	74	10	172
	Pregunta 15	3	65	14	80	10	172
	Pregunta 16	4	64	16	74	14	172
	Pregunta 17	3	62	18	78	11	172
	Pregunta 18	4	66	19	70	13	172
	Pregunta 19	13	47	32	59	21	172

NOTA: 1, Totalmente en desacuerdo; 2, En desacuerdo; 3, Neutral; 4, De acuerdo; 5, Totalmente de acuerdo

Tabla 11***Distribución del valor promedio de las respuestas sobre calidad en la atención médica***

Preguntas	Promedio
1. ¿Se encuentra satisfecho con la atención del personal de salud al momento de ingresar al establecimiento para solicitar un servicio médico?	3,22
2. ¿Considera que el área de espera para la atención de un servicio médico es satisfactoria?	3,19
3. ¿Considera que los implementos para la atención de una dolencia son adecuados y modernos?	3,38
4. ¿Se encuentra satisfecho con la presentación (uniforme) del personal de salud?	3,42
5. ¿Considera que el personal administrativo demostró ser confiable al momento de la atención, además de estar debidamente identificado?	3,27
6. ¿Considera que el personal médico demostró ser confiable al momento de la atención, además de estar debidamente identificado?	3,27
7. ¿Considera que el personal de enfermería demostró ser confiable al momento de la atención, además de estar debidamente identificado?	3,31
8. ¿Se encuentra satisfecho con la explicación entendible de su estado de salud y tratamiento por parte del personal médico?	3,29
9. ¿Está satisfecho con el tiempo de espera desde la solicitud de la consulta hasta la cita médica?	3,20
10. ¿Está satisfecho con el tiempo de espera para su atención médica?	3,17
11. ¿Está satisfecho con los avisos de espera para la atención médica?	3,21
12. ¿Está satisfecho con la seguridad del hospital?	3,28
13. ¿Considera que la comunicación con el personal médico es amable y fluida?	3,27
14. ¿Considera que la atención por parte del personal de enfermería es amable y adecuada?	3,31
15. ¿Considera que la atención por parte del personal administrativo es amable y ético?	3,32
16. ¿Está satisfecho con el área de entrega de medicamentos?	3,35
17. ¿Considera que se preocupan por sus problemas en la atención médica?	3,34
18. ¿Está satisfecho con el horario de atención que tiene el hospital?	3,29
19. ¿Considera que la atención de pacientes no asignados afecta la calidad del hospital?	3,46

Sin embargo, si analizamos las categorías considerando el porcentaje de respuestas negativas (valores de 1 y 2), respuestas neutrales (valor de 3) y respuestas positivas (valores de 4 y 5), podemos llegar a la conclusión de que la mayoría de las respuestas en cada categoría fueron positivas o satisfactorias, superando el 50%; seguido de las respuestas negativas o insatisfactorias y dejando en último lugar a las respuestas neutrales o indiferentes. Los porcentajes específicos se pueden percibir en las figuras del 8 al 13.

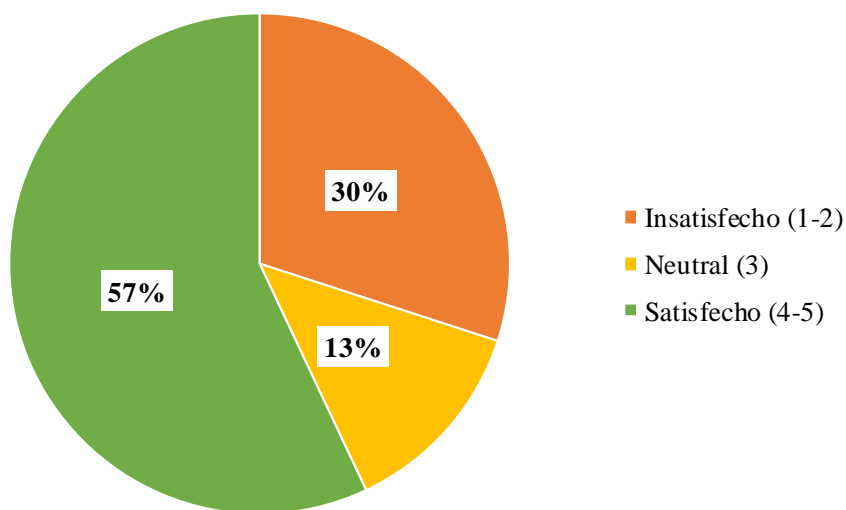


Figura 8. Datos porcentuales de las respuestas sobre calidad en la atención médica de la categoría “conceptos”

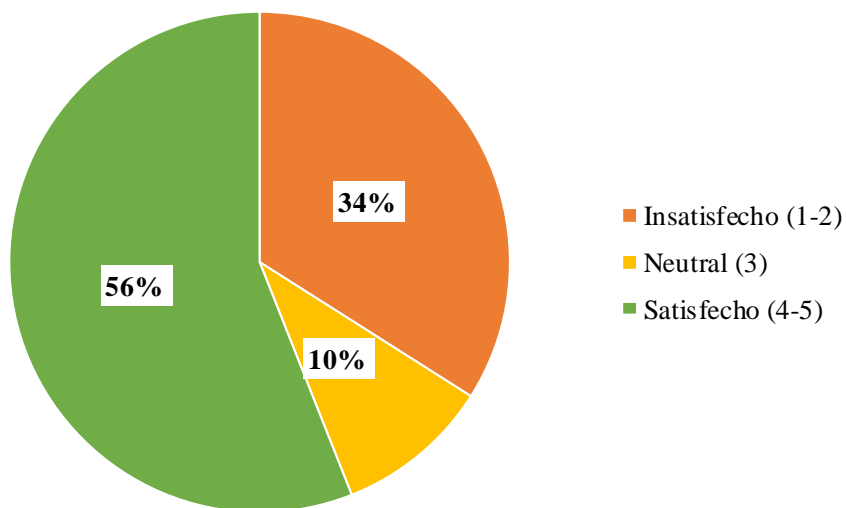


Figura 9. Datos porcentuales de las respuestas sobre calidad en la atención médica de la categoría “confiabilidad”

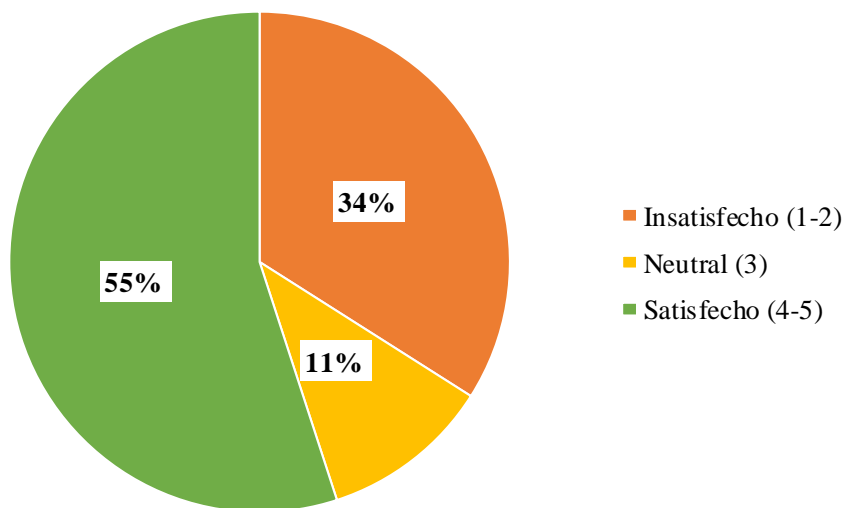


Figura 10. Datos porcentuales de las respuestas sobre calidad en la atención médica de la categoría “capacidad de respuesta”

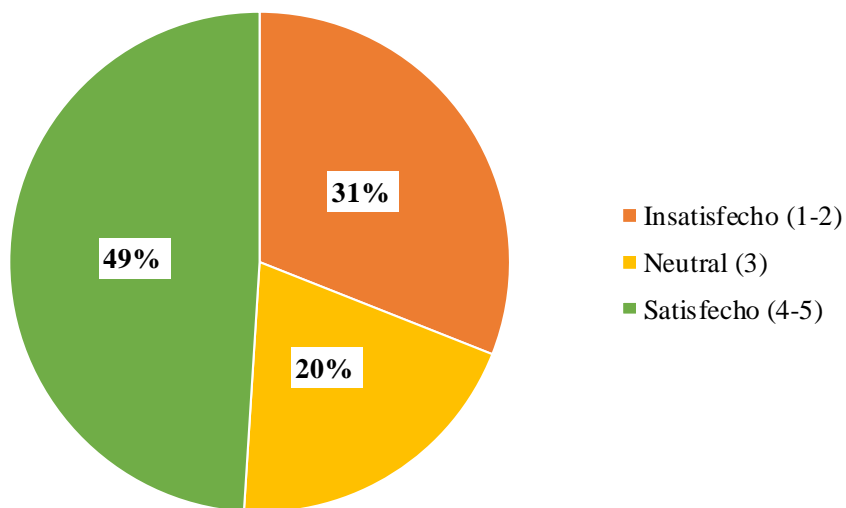


Figura 11. Datos porcentuales de las respuestas sobre calidad en la atención médica de la categoría “seguridad”

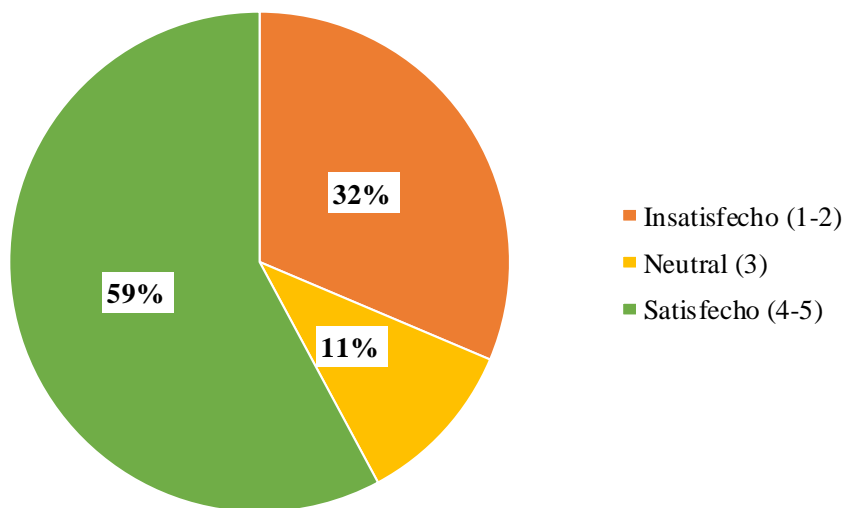


Figura 12. Datos porcentuales de las respuestas sobre calidad en la atención médica de la categoría “sensibilidad”

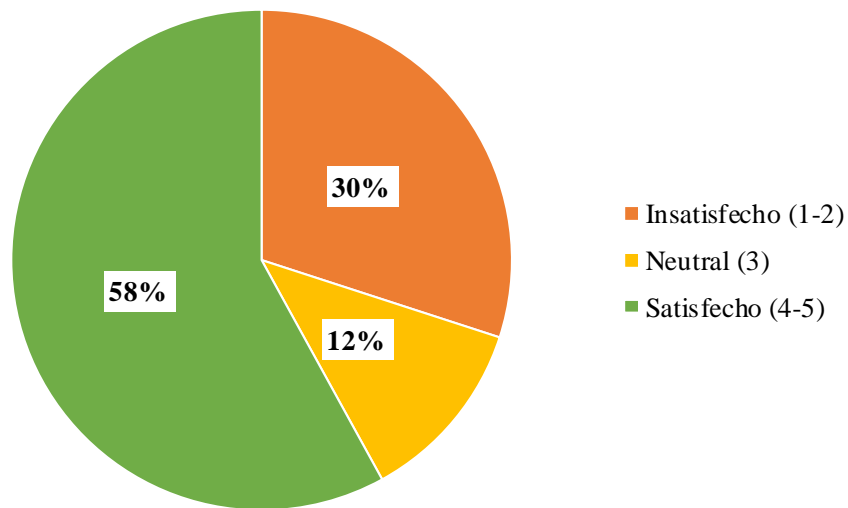


Figura 13. Datos porcentuales de las respuestas sobre calidad en la atención médica de la categoría “empatía”

Fiabilidad

El Alfa de Cronbach es un coeficiente que sirve para medir la fiabilidad de una escala de medida. Requiere una sola administración del instrumento de medición y produce valores que oscilan entre 0 y 1. El valor mínimo aceptable para el coeficiente alfa de Cronbach es 0,7; por debajo de ese valor la consistencia interna de la escala utilizada es baja. Como primera instancia del presente cálculo se obtuvo el alfa de Cronbach para el total de variables del cuestionario, dando como resultado 0,989 e indicando que la escala utilizada para el estudio es adecuada. Las demás dimensiones propuestas obtuvieron un valor superior a 0,7 demostrando una buena fiabilidad de la escala.

Tabla 12***Fiabilidad. Alfa de Cronbach***

Dimensión	Elementos	Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados
Modelo	19	.989	.989
Conceptos	4	.969	.970
Confiabilidad	4	.987	.987
Capacidad de respuesta	3	.984	.985
Seguridad	2	.918	.920
Sensibilidad	3	.961	.961
Empatía	3	.816	.820

Con respecto a los estadísticos de resumen por elemento, se determinó que los valores de la media para cada elemento se encuentran en 1, a excepción de las dimensiones “conceptos” y “empatía”. Esto implica que los valores se ubican entre los primeros de la escala existiendo poca variabilidad, ya que la varianza es relativamente cercana a 0.

Tabla 13***Estadísticos de resumen por elemento***

Estadísticas de resumen por elemento

	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo/Mínimo	Varianza	Elementos
Covarianzas entre elementos	Modelo	.960	.293	1.436	1.144	4.909	19
	Conceptos	.893	.731	1.109	.378	1.517	4
	Confiabilidad	1.004	.975	1.049	.073	1.075	4
	Capacidad de respuesta	1.361	1.302	1.436	.134	1.103	3
	Seguridad	1.084	1.084	1.084	.000	1.000	2
	Sensibilidad	1.058	1.008	1.160	.152	1.151	3
	Empatía	.682	.488	1.055	.567	2.161	3

Análisis factorial

El análisis factorial busca distinguir grupos de variables con características similares; es decir, correlación alta entre sí, mediante la estructura inicial de variables del diseño de la encuesta.

La prueba de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) compara la magnitud de los distintos coeficientes de correlación observados con los parciales, para identificar si dichas correlaciones resultan ser pequeñas; porque de darse el caso, el análisis factorial no es viable debido a que estas no pueden ser explicadas por otras variables, siendo los valores

aceptables $> 0,5$. En esta ocasión el valor fue de 0,96; por lo tanto, implica que no existe problema con las correlaciones de los ítems.

La prueba de esfericidad de Bartlett trata de contrastar la hipótesis de que la matriz de correlación es igual a la de identidad, porque esto no permitiría el análisis factorial. El contraste se realiza mediante el nivel de significancia obtenido en el modelo ($p\text{-value} < 0,05$) y el nivel de significancia aceptado de $\alpha = 0,05$; de cumplirse el caso, es posible rechazar la hipótesis planteada. En el presente estudio, el nivel de significancia del modelo fue igual a 0,00 resultando menor que el valor de alfa; por lo tanto, se rechaza la hipótesis y se considera viable realizar el análisis factorial.

El análisis de comunalidades busca encontrar el nivel de varianza que es capaz de explicar el modelo sobre una determinada variable. En este caso, el método de extracción aplicado busca la mejor convergencia posible entre los valores iniciales y de extracción de las comunalidades; con el fin de satisfacer dicho criterio de convergencia. Por consiguiente, los valores iniciales y de extracción deberán ser los más cercanos posibles, siendo esta su variabilidad individual sobre el modelo.

Tabla 14

Prueba de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y de esfericidad de Bartlett

Prueba de KMO y Bartlett	
Medida de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) de adecuación de muestreo	.960
	Aprox. Chi-cuadrado
	10735.129
Prueba de esfericidad de Bartlett	gl
	171
	Sig.
	.000

Comunalidades

	Inicial	Extracción
CONCEPTOS A. 1 A 5	.961	.968
CONCEPTOS B. 1 A 5	.970	.969
CONCEPTOS C. 1 A 5	.817	.796
CONCEPTOS D. 1 A 5	.904	.917
CONFIABIL A. 1 A 5	.941	.942
CONFIABIL B. 1 A 5	.968	.965
CONFIABIL C. 1 A 5	.963	.957
CONFIABIL D. 1 A 5	.965	.953
CAPACIDAD RESPUESTA A. 1 A 5	.964	.960
CAPACIDAD RESPUESTA B. 1 A 5	.976	.984
CAPACIDAD RESPUESTA C. 1 A 5	.945	.940
SEGIRIDAD A. 1 A 5	.757	.790
SEGIRIDAD B. 1 A 5	.905	.944
SENSIBIL A. 1 A 5	.968	.958
SENSIBIL A. 1 A 5	.971	.957
SENSIBIL A. 1 A 5	.816	.784
EMPATÍA A. 1 A 5	.961	.959
EMPATÍA B. 1 A 5	.955	.936
EMPATÍA C. 1 A 5	.367	.372

NOTA: Método de extracción: factorización de eje principal

Síntesis de factores

La síntesis de factores fue realizada de acuerdo con la agrupación sugerida por el programa de los diversos ítems, según la relación existente se clasificaron en tres factores.

Dependiendo de la pregunta con la que tienen relación, se pueden denominar como:

Factor 1 – Satisfacción del servicio, que concentra ítems correspondientes al nivel de satisfacción que el adulto mayor percibe por parte del personal de salud en sus diferentes áreas; (varianza explicada 28.449%) siendo este uno de los factores a los que se debe prestar mayor importancia puesto que usuarios en general buscan la mejor experiencia al adquirir un servicio y aún más de una casa de salud, el conocimiento del personal no resulta suficiente cuando este no es acompañado por el trato adecuado a adultos mayores considerados como una parte vulnerable de la sociedad..

Factor 2 – Capacidad de respuesta del personal, corresponde a cómo el adulto mayor percibe el tiempo de respuesta, tiempo de atención desde cuando realiza la solicitud de la consulta hasta cuando es atendido por parte del personal de salud; (varianza explicada 23.724%) como otra parte de la experiencia del servicio en la cual el personal debería ser capaz de dar celeridad a las solicitudes, sin embargo esta se encuentra ligada a la disponibilidad de espacio dentro del establecimiento y del personal en el nivel de atención, por tanto mejoras en el cuidado cuando el adulto mayor arriba al Hospital no mermará la calidad del servicio brindado, compensado el tiempo de espera.

Factor 3 – Equipamiento del personal y establecimiento, engloba características referentes al personal de salud y establecimiento como: el uniforme, la atención, el abastecimiento de medicamentos e implementos necesarios para atender al adulto mayor. (varianza explicada 21.695 %) siendo este el tercer factor a atender que afecta a la calidad de atención y reluce como no sólo la disponibilidad de materiales es suficiente, también

16.230	85.419	85.419	16.155	85.024	85.024	5.405	28.449	28.449
.860	4.524	89.942	.347	1.824	86.847	4.508	23.724	52.173
.378	1.992	91.934	.240	1.262	88.109	4.122	21.695	73.867

NOTA: Método de extracción: factorización de eje principal

Capítulo IV

Propuesta

“Plan de mejora de la calidad en la atención médica del adulto mayor del Hospital

General Guasmo Sur de Guayaquil”

Objetivos

Objetivo general

Establecer un plan de mejora de la calidad en la atención médica del adulto mayor del Hospital General Guasmo Sur de Guayaquil.

Objetivos específicos

1. Determinar técnicas para evaluar periódicamente la calidad en la atención médica del adulto mayor en el Hospital General Guasmo Sur de Guayaquil.
2. Establecer capacitaciones para el personal encargado de la atención médica del adulto mayor en el Hospital General Guasmo Sur de Guayaquil.
3. Designar un comité de calidad focalizado en la atención médica del adulto mayor del Hospital General Guasmo Sur de Guayaquil.

Justificación

Dado que la esperanza de vida en la sociedad occidental ha aumentado sustancialmente durante las últimas cinco décadas, se ha prestado mayor atención al envejecimiento positivo o exitoso en gerontología, en un intento de identificar formas de mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores.

Desde el MIES se considera al envejecimiento como una opción de ciudadanía activa. Se promueve un envejecimiento positivo, para una vida digna y saludable, a través

de su participación y empoderamiento junto a la familia, la sociedad y el Estado. Además, ejecuta las políticas públicas para las personas mayores sobre tres ejes: inclusión y participación social, considerando a las personas adultas mayores como actores del desarrollo social; protección social, que asegura una protección destinada a prevenir o reducir la pobreza, vulnerabilidad y la exclusión social; y atención y cuidado, a través de la operación de servicios y centros gerontológicos, privados y públicos.

Basados en los resultados obtenidos del presente estudio, se destaca que los pacientes adultos mayores atendidos en el Hospital General Guasmo Sur de Guayaquil reflejaron un grado de satisfacción positivo en ámbitos específicos al momento de la atención médica. Destacándose: el área de espera para la atención médica, la confiabilidad por parte del personal médico, el tiempo de espera desde la solicitud de la consulta hasta la cita médica, los avisos de espera para la atención médica, y el área de entrega de medicamentos.

Y con respecto a las categorías analizadas, todas obtuvieron una alta incidencia de respuestas positivas, mostrando un grado de satisfacción mayor al 50% del total de la muestra, con excepción de la categoría “seguridad”. Sin embargo, el grado de insatisfacción se encontró sobre el 30% en todas las categorías. Además, al analizar las categorías considerando el porcentaje de respuestas negativas, neutras y positivas, se concluyó que la mayoría de las respuestas en cada categoría fueron positivas o satisfactorias, superando el 50%; pero seguido de las respuestas negativas o insatisfactorias. También, se pudo observar mediante un promedio por pregunta, que los

pacientes obtuvieron un valor general sobre el 3 con décimas; por lo que, se considera que los pacientes se mostraron “neutrales” o “indiferentes” con la encuesta realizada

Por lo tanto, el secreto del éxito en la planificación de la asistencia sanitaria para las personas de edad es tener una visión integral de su situación total, de modo que sus muchas complejidades puedan adaptarse a las características correspondientes del diseño del sistema. En consecuencia, no se puede considerar la atención de la salud independientemente de los servicios sociales necesarios para apoyar a las personas mayores cuando sus capacidades individuales comienzan a disminuir. Y el sistema de atención de salud, en sí mismo, debe constar de muchas partes finamente articuladas, cada una con una función distinta, pero estrechamente relacionada con las demás. Solo así se podrá lograr los múltiples objetivos que se procuran. Entre estos se encuentran la preservación de la función, el mantenimiento de la autonomía, la terapia eficaz a un costo razonable y el recurso a la atención institucional solo cuando todo lo demás falla.

Asimismo, la atención de la salud para los ancianos, para que tenga éxito, debe superar las muchas desventajas a las que se enfrentan con mayor frecuencia. Incluso el significado de calidad puede tener que modificarse para adaptarse a las circunstancias y perspectivas particulares de las personas mayores.

Cabe recalcar que en el presente estudio, el nivel de significancia del modelo fue igual a 0,00 resultando menor que el valor de alfa; por lo tanto, se rechaza la hipótesis y se considera viable realizar el análisis factorial. Procurando establecer un plan de mejora

de la calidad en la atención médica del adulto mayor con la intención de precautelar y garantizar el bienestar de estos en ámbitos de salud.

Un concomitante de este diseño sería la capacidad de evaluar y monitorear la calidad de la atención, no en porciones desarticuladas artificialmente, sino para todos funcionalmente relacionados. Al hacerlo, también puede ser posible lograr algo que tantos han esperado tan devotamente: confiar más en los resultados de la atención médica de lo que ha sido posible cuando nadie podía decir quién sería responsable de qué.

Beneficiarios

Primordialmente serán los pacientes adultos mayores atendidos en el área de consulta externa del Hospital General Guasmo Sur de Guayaquil, quienes podrán percibir una mejor calidad en la atención médica.

De igual manera, el personal médico que labora en la institución será beneficiada con capacitaciones sobre la calidad en la atención médica del adulto mayor. Consecuentemente, el Hospital General Guasmo Sur de Guayaquil se beneficiará al mostrar niveles altos de satisfacción por parte de los pacientes, mejorando así la percepción de los usuarios sobre la institución.

Ubicación

El Hospital General Guasmo Sur se encuentra ubicado en la ciudad de Guayaquil, provincia del Guayas. Su dirección es Avenida Cacique Tomalá y Callejón Eloy Alfaro.



Figura 14. Ubicación del Hospital General Guasmo Sur de Guayaquil

Actividades

Capacitación del personal

La capacitación para el personal del área de la salud del Hospital General Guasmo Sur de Guayaquil obedece a la necesidad y al compromiso por parte del Ministerio de Salud Pública de ofrecer servicios de salud de vanguardia a sus derechohabientes. De tal importancia es la capacitación, que es un derecho inscrito en la Constitución de la República del Ecuador.

Es habitual distinguir dos componentes en el papel clínico de los médicos. Uno es el manejo de la atención técnica y el otro es el manejo de la interacción personal con el paciente. También se podría considerar: el manejo de la situación social del paciente.

Actualmente, las demandas peculiares de los adultos mayores son las que se imponen a la competencia técnica de los médicos. Por lo tanto, se necesita preparación y experiencia especiales. Eso significa más atención a la educación y formación de especialistas clínicos en el campo. Significa un mayor énfasis en el aprendizaje sobre el cuidado de los adultos mayores en la educación y formación de generalistas y especialistas de todo tipo en el cuidado de la salud. Significa la reorganización de la atención para que el adulto mayor, al menos cuando esté muy enfermo, tenga el beneficio de una atención especializada, ya sea directamente a través de la atención de especialistas en unidades específicas, o indirectamente a través de políticas y procedimientos establecidos de consulta y apoyo a los generalistas que asumen la carga de la atención primaria.

De modo que, la interacción entre las personas que recibirán la capacitación y las que se actualizaron mediante programas autofinanciados, redundará en una mejor atención médica para los pacientes, con lo que se ofrecerá un manejo médico con los criterios más actualizados. La estandarización hacia las mejoras prácticas en medicina brinda mayor seguridad terapéutica a los pacientes y mejora la calidad de vida de ellos y sus familias.

Talleres prácticos

El taller práctico es un programa educativo intensivo generalmente breve para un grupo relativamente pequeño de personas que se enfoca especialmente en técnicas y habilidades en un campo en particular.

Un componente de la atención profesional que se procura optimizar con los talleres prácticos, es la gestión de la interacción personal con el paciente y la familia. Esto incluye respeto, preocupación, interés personal, cortesía, comprensión, privacidad, confidencialidad y una devoción resuelta a los intereses del paciente. Es especialmente importante prestar una atención meticulosa a los deseos y valores del paciente. Si son legítimos, el profesional tiene la obligación de cumplir. Si no es así, el profesional está obligado a explicar el asunto y llegar a una conclusión éticamente defendible.

Evaluación de calidad

La calidad de la atención y la evaluación de los servicios son una preocupación creciente en todo el mundo, en parte debido a la mayor necesidad de rentabilidad en la atención de la salud. La calidad de la atención médica debe incluir la eficacia, la aceptabilidad y la humanidad, la equidad, la accesibilidad y la eficiencia.

Existen numerosos mecanismos para monitorear y mejorar la calidad de la atención a los pacientes y sus familias. Estos pueden ser realizados localmente por los médicos o administradores, o externamente por organizaciones nacionales o internacionales. La evaluación de la calidad puede considerar la atención de un individuo

o unos pocos pacientes, o la atención brindada por toda la organización o para toda la población. Todo parece indicar que las mejores evaluaciones de calidad de la atención se obtienen de un balance apropiado entre indicadores de estructura, proceso y resultados basado en preguntas concretas, oportunas y necesarias.

Cómo última actividad se procura evaluar los resultados pasados y presentes en relación con los esperados, ya sean parcial o integralmente, con la finalidad de modificar, afinar, mejorar y formular nuevos planes.

Cronograma

Independientemente del tamaño o el alcance del proyecto, el cronograma de actividades debe ser una parte de la gestión; ya que, permite reconocer el momento en que cada actividad se llevará a cabo, las tareas que se han completado y la secuencia en que cada fase tiene que ser ejecutada.

Tabla 16

Cronograma de actividades

	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
Solicitud de propuesta												
Promoción de propuesta												
Capacitación del personal												

Talleres prácticos				
Evaluación de calidad				

Recursos

Los recursos económicos son los factores que se utilizan para producir bienes o prestar servicios. Los recursos económicos se pueden dividir en recursos humanos, como mano de obra y administración, y recursos no humanos, como tierra, bienes de capital, recursos financieros y tecnología.

Para el desarrollo de la propuesta se requiere que el Hospital General Guasmo Sur invierta los recursos humanos y no humanos.

Tabla 17

Recursos de la propuesta

Cantidad	Descripción	Precio unitario	Total
1000	Folletos x 1000 unidades	\$ 29,99	\$ 29,99
1	Hojas blancas x 500 unidades	\$ 2,50	\$ 2,50
1	Bolígrafos azules x 50 unidades	\$ 6,25	\$ 6,25
1	Laptop	Autogestión	
1	Proyector	Autogestión	
4	Capacitación de atención al cliente	Autogestión	

4	Talleres prácticos	Autogestión
		Total
		\$ 38,74

Conclusiones

Las bases teóricas del concepto de calidad se realizan bajo preconceptos, al definirlo como el comportamiento del producto, entendiéndose que los resultados de sus características generan satisfacción. Desde este contexto el concepto de calidad es subjetivo, pues dependerá exclusivamente del nivel de percepción de los atributos que tenga cada individuo.

El análisis del concepto de calidad en la atención médica da a conocer la construcción de teorías para las ciencias de la salud, así como el desarrollo de iniciativas de calidad. La identificación de los atributos críticos es esencial para la claridad, el desarrollo de instrumentos y la construcción de teorías. Las investigaciones futuras que utilicen este componente de un marco teórico, combinado con un concepto adicional como los resultados del paciente, pueden producir un desarrollo significativo del conocimiento en la prestación de cuidados del adulto mayor basados en la evidencia.

Se logró concluir que, bajo los resultados obtenidos del presente estudio, los pacientes adultos mayores atendidos en el Hospital General Guasmo Sur de Guayaquil reflejaron un grado de satisfacción positivo en ámbitos específicos al momento de la

atención médica. Destacándose: el área de espera para la atención médica, la confiabilidad por parte del personal médico, el tiempo de espera desde la solicitud de la consulta hasta la cita médica, los avisos de espera para la atención médica, y el área de entrega de medicamentos.

Con respecto a las categorías analizadas, todas obtuvieron una alta incidencia de respuestas positivas, mostrando un grado de satisfacción mayor al 50% del total de la muestra. Además, al analizar las categorías considerando el porcentaje de respuestas negativas, neutrales y positivas, se concluyó que la mayoría de las respuestas en cada categoría fueron positivas o satisfactorias, superando el 50%. Demostrando que existe un gran porcentaje de pacientes conformes con la atención médica brindada por esta área del Hospital General Guasmo Sur de Guayaquil.

También, a través del coeficiente Alfa de Cronbach se determinó que la escala utilizada para el presente estudio fue adecuada, exponiendo una buena fiabilidad. De igual manera, con la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) se detalló que no existió problema con las correlaciones de los ítems. En el presente estudio, el nivel de significancia del modelo fue igual a 0,00 resultando menor que el valor de alfa; por lo tanto, se rechaza la hipótesis y se considera viable realizar el análisis factorial.

En los sistemas públicos y gratuitos el estado financia los servicios de salud y es el mayor interesado en que éstos sean brindados con calidad y eficiencia. La falta de control y evaluación de estos dos atributos en los servicios de salud se reflejará en una disminución de las posibilidades reales para brindar todos los servicios sociales.

Se demostró que una intervención de atención continua y completa tuvo éxito en las opiniones de los adultos mayores sobre la planificación de la atención y el conocimiento de a quién contactar en relación con la atención.

El estudio propone el beneficio de una combinación de componentes como la organización de reuniones de planificación de la atención de las personas mayores con un administrador de casos y un equipo interprofesional. La planificación de la atención en el hogar es considerada valiosa para las personas mayores. La evaluación geriátrica temprana y el apoyo a los familiares también contribuyen a mejorar la calidad de la atención.

Las conclusiones obtenidas tienen consecuencias para los encargados de formular políticas, los administradores y los profesionales de la esfera de la atención sanitaria y social de los adultos mayores. Además, los resultados pueden utilizarse para mejorar la continuidad en la atención y satisfacer las necesidades continuas e individuales de los adultos mayores. Siendo necesario seguir trabajando en el desarrollo de medidas de resultado adecuadas para esta área de atención, en particular aquellas que son clínicamente útiles y sensibles al cambio. Procurando establecer un plan de mejora de la calidad en la atención médica del adulto mayor con la intención de precautelar y garantizar el bienestar de estos en ámbitos de salud.

Como los médicos generales brindan la mayor parte de la atención médica a este grupo vulnerable, se necesitan modelos de atención más coordinados para satisfacer las necesidades de estos pacientes.

Además de las implicaciones teóricas, el resultado de este análisis proporciona implicaciones prácticas que pueden utilizarse para orientar iniciativas de calidad en varias disciplinas sanitarias. Los atributos definitorios se pueden utilizar como medidas de desempeño en una variedad de entornos, como el desarrollo administrativo, clínico, de mejora del desempeño, financiero y de políticas. El desarrollo de instrumentos para medir la calidad en la atención médica en función de las dimensiones identificadas representa una vía de investigación futura.

Recomendaciones

La recomendación principal es que se dé a los indicadores de calidad y eficiencia de la gestión hospitalaria el lugar que les corresponde en la evaluación del desempeño de los hospitales. La introducción de sistemas computarizados y el uso de las redes hospitalarias contribuirá decisivamente a que el monitoreo continuo del binomio calidad-eficiencia en nuestro sistema de salud y, particularmente en nuestros hospitales, sea una realidad a la que todos aspiramos.

Los estudios futuros deben seguir centrándose en la calidad de la atención que reciben los pacientes adultos mayores, en términos de atención clínica, acceso a la atención y la relación médico-paciente. Las intervenciones diseñadas para mejorar la atención de los pacientes adultos mayores en las instituciones deben reflejar y evaluar las diferentes formas en que los médicos generales, especialistas y enfermeras brindan esta atención. Las investigaciones futuras deben combinar mejoras sobre mejores formas de medir la calidad de la atención con intervenciones diseñadas para mejorar la prestación de atención a los pacientes adultos mayores.

Referencias

- Aguirre, H. (2008). Sistema ISO 9000 o evaluación de la calidad de la atención médica. *Cirugía y Cirujanos*, 187-196.
- Allen, A., Robinson, J., & Stewart, M. (2017). Healthcare Quality: A Concept Analysis. *Nursing Forum*, 377-386.
- Alonso, L., Ríos, A., Payares, S., Maldonado, A., Campo, L., Quiñonez, D., & Zapata, Y. (2010). Percepción del envejecimiento y bienestar que tienen los adultos mayores del Hogar Geriátrico San Camilo de la ciudad de Barranquilla (Colombia). *Salud Uninorte*, 250-259.
- Alvarado, A., & Salazar, Á. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 57-62.
- Álvarez, M., Bayarre, H., & Pérez, J. (2018). Evaluación de la calidad de la atención al adulto mayor en el primer nivel de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 1-10.
- Alvarez, M., Rocha, M., Bayarre, H., & Almenares, K. (2014). Calidad de la atención al adulto mayor en el consultorio del Médico de la Familia. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 388-401.

- Arroyo, M., & Vázquez, L. (2016). PERCEPCIÓN DE PERSONAS MAYORES SOBRE LA ATENCIÓN RECIBIDA EN INSTITUCIONES DE SALUD DE LA CIUDAD DE DURANGO. *PUEBLOS Y FRONTERAS DIGITALES*, 144-172.
- Avedis, D. (1980). *The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment*. Chicago: Health Administration Press.
- Banka, G., Edgington, S., Kyulo, N., Padilla, T., Mosley, V., Afsarmanesh, N., . . . Ong, M. (2015). Improving Patient Satisfaction Through Physician Education, Feedback, and Incentives. *Journal of Hospital Medicine*, 497-502.
- Barondess, J., Rogers, D., & Lohr, K. (1989). *Care of the Elderly Patient: Policy Issues and Research Opportunities: Report of a Forum of the Council on Health Care Technology*. Washington: National Academies Press.
- Bayarre, H., Álvarez, M., Pérez, J., Almenares, K., Rodríguez, A., Pría, M., . . . Corral, A. (2018). Enfoques, evolución y afrontamiento del envejecimiento demográfico en Cuba. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 1-8.
- Berglund, H., Wilhelmson, K., Blomberg, S., Dunér, A., Kjellgren, K., & Hasson, H. (2013). Older people's views of quality of care: a randomised controlled study of continuum of care. *Journal of Clinical Nursing*, 2934-2944.
- Bleich, S., Ozaltin, E., & Murray, C. (2009). How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience? *Bulletin of the World Health Organization*, 271-278.

- Blumenthal, D. (1996). Quality of Care — What is It? *The New England Journal of Medicine*, 891-894.
- Bogner, H., de Vries, H., Hennessy, S., Kurichi, J., Streim, J., Xie, D., . . . Stineman, M. (2015). Patient Satisfaction and Perceived Quality of Care Among Older Adults According to Activity Limitation Stages. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 1810-1819.
- Bolton, R. (2013). Patient Satisfaction: History, Myths, and Misperceptions. *American Medical Association Journal of Ethics*, 982-987.
- Brook, R., McGlynn, E., & Shekelle, P. (2000). Defining and measuring quality of care: a perspective from US reserchers. *International Journal for Quality in Health Care*, 281-295.
- Bustamante, P., Avendaño, D., Camacho, B., Ochoa, E., Alemany, F., Asenjo, M., . . . Sánchez, M. (2013). Evaluación de la satisfacción del paciente con la atención recibida en un servicio de urgencias hospitalario y sus factores asociados. *Emergencias*, 171-176.
- Caper, P. (1988). DEFINING QUALITY IN MEDICAL CARE. *HEALTH AFFAIRS*, 49-61.
- Casalino, G. (2008). Calidad de servicio de la consulta externa de Medicina Interna de un hospital general de Lima mediante la encuesta Servqual. *Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna*, 143-152.

- Chimbo, F., & Farfán, A. (2015). *PLAN INTEGRAL DE MEJORA DE LA CALIDAD*.
Obtenido de Ministerio de Salud Pública: <http://hospitalgeneralchone.gob.ec/wp-content/uploads/2015/10/PLAN-DE-CALIDAD.pdf>
- Chinchay, E. (2014). *Percepción de la Calidad de atención y Grado de Satisfacción del usuario en estancia intrahospitalaria del Hospital II-1 Rioja, periodo 2014*.
- CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR. (2008). *CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR*. Montecristi.
- Corkin, D., & Kenny, J. (2017). Quality patient care: challenges and opportunities. *Nursing management*, 32-36.
- Coronado, R., Cruz, E., Macías, S., Arellano, A., & Nava, T. (2013). El contexto actual de la calidad en salud y sus indicadores. *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación*, 26-33.
- Cortés, A., Villareal, E., Galicia, L., Martínez, L., & Vargas, E. (2011). Evaluación geriátrica integral del adulto mayor. *Revista Médica de Chile*, 725-731.
- D'Hyver, C. (2017). Valoración geriátrica integral. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 38-54.
- De los Ríos, J., & Ávila, T. (2004). Algunas consideraciones en el análisis del concepto: satisfacción del paciente. *Investigación y Educación en Enfermería*, 128-137.

- de Waard, C., Poot, A., den Elzen, W., Wind, A., Caljouw, M., & Gussekloo, J. (2018). Perceived doctor-patient relationship and satisfaction with general practitioner care in older persons in residential homes. *SCANDINAVIAN JOURNAL OF PRIMARY HEALTH CARE*, 189-197.
- Díaz, S., Buelvas, L., Valle, M., & Bustillo, J. (2016). Satisfacción de servicios de salud e impacto sobre calidad de vida en pacientes adultos. *Archivos de Medicina*, 290-303.
- Díaz, V., & Calzadilla, A. (2016). Artículos científicos, tipos de investigación y productividad científica en las Ciencias de la Salud. *Revista Ciencias de la Salud*, 115-121.
- Ekwall, A., Gerdtz, M., & Manias, E. (2009). Anxiety as a factor influencing satisfaction with emergency department care: perspectives of accompanying persons. *Journal of Clinical Nursing*, 3489-3497.
- Elvira, L. (2011). *SEGURIDAD DEL PACIENTE Y GESTIÓN DE RIESGOS SANITARIOS EN SALUD MENTAL*. Cáceres: RC&Media.
- Fang, J., Liu, L., & Fang, P. (2019). What is the most important factor affecting patient satisfaction – a study based on gamma coefficient. *Patient Preference and Adherence*, 515-525.

- Forero, D., & Gómez, A. (2017). Comparison of measurement models based on expectations and perceived performance for the satisfaction study in health services. *Suma Psicológica*, 87-96.
- Gamboa, M. (2018). Estadística aplicada a la investigación educativa. *Revista Dilemas Contemporáneos*, 1-32.
- Goldenberg, M. (2012). Defining “quality of care” persuasively. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 243-261.
- González, R. (2018). Calidad de la atención médica dirigida a adultos mayores frágiles. *Archivo Médico Camagüey*, 5-8.
- Gutiérrez, T., Arboleda, D., & Guayasamín, D. (Marzo de 2014). *El cumplimiento de derechos para las personas adultas mayores en centros de atención*. Obtenido de Ministerio de Inclusión Económica y Social: https://info.inclusion.gob.ec/phocadownloadpap/investigaciones/atencion_intergeneracional/el_cumplimiento_de_derechos_para_las_personas_adultas_mayores_en_centros_de_atencion.pdf
- Guzmán, E., Maya, E., López, D., Torres, K., Bermúdez, V., Madrid, V., . . . Agis, R. (2018). Cobertura y eficiencia en atención a las principales enfermedades de adultos mayores de Hidalgo, México. *Acta Universitaria*, 33-39.

- Hannan, S., Norman, I., & Redfern, S. (2001). Care work and quality of care for older people: a review of the research literature. *Reviews in Clinical Gerontology*, 189-203.
- Hernández, M. (2014). Envejecimiento. *Revista Cubana de Salud Pública*, 361-378.
- Hernández, R., & Mendoza, C. (2018). *METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN: LAS RUTAS CUANTITATIVA, CUALITATIVA Y MIXTA*. Ciudad de México: Mc Graw Hill Education.
- Higashi, T., Shekelle, P., Solomon, D., Knight, E., Roth, C., Chang, J., . . . Rubenstein, L. (2004). The Quality of Health Care Received by Older Adults. *RAND Corporation*, 1-6.
- Jiménez, R. (2004). Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual. *Revista Cubana de Salud Pública*, 17-36.
- Joling, K., van Eeno, L., Vetrano, D., Smaardijk, V., Declercq, A., Onder, G., . . . van der Roest, H. (2019). Quality indicators for community care for older people: A systematic review. *PLoS One*, 1-19.
- Landefeld, S. (2008). Improving health care for older persons. *Annals of Internal Medicine*, 421-424.
- Leiton, Z. (2016). El envejecimiento saludable y el bienestar: un desafío y una oportunidad para enfermería. *Enfermería Universitaria*, 139-141.

- Llinás, A. (2010). Evaluación de la calidad de la atención en salud, un primer paso para la Reforma del Sistema. *Salud Uninorte*, 143-154.
- Lloret, S., Ferreres, A., Hernández, A., & Tomás, I. (2014). El Análisis Factorial Exploratorio de los Ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de Psicología*, 1151-1169.
- López, E., Cabrera, Y., López, E., & Puerto, A. (2018). Calidad percibida en servicios de asistencia al adulto mayor. *Medisur*, 437-463.
- Lucio, R., Villacrés, N., & Henríquez, R. (2011). Sistema de salud en Ecuador. *Salud Pública de México*, 177-187.
- MAIS. (2016). Modelo de Atención Integral de Salud-MSP. Quito.
- Manzoor, F., Wei, L., Hussain, A., Asif, M., & Irshad, S. (2019). Patient Satisfaction with Health Care Services; An Application of Physician's Behavior as a Moderator. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 3318.
- Martínez, E., & Lauzardo, J. (2006). El servicio al cliente: una necesidad imperante en la calidad de la industria. *Ingeniería Mecánica*, 49-54.
- Martínez, G., Bustillo, M., González, R., Bernabé, B., Rangel, A., Juárez, G., . . . Reyes, R. (2015). Cálculo de la mortalidad en la población del estado de Puebla, usando las Tablas modelo de la ONU y el método de Ricard Genova. *Papeles de población*, 177-210.

MIES y SENPLADES. (2012). Estudio de la calidad de vida de adultos mayores. En M. d. Ecuador, & Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo (Senplades).

Milstein, J. (2015). A balance of quality care and patient satisfaction. *Hospital Practice*, 28-30.

Ministerio de Inclusión Económica y Social. (2012). *Agenda de igualdad para Adultos mayores 2012-2013*. Obtenido de Ministerio de Inclusión Económica y Social: https://fiapam.org/wp-content/uploads/2013/06/Agendas_ADULTOS.pdf

MINISTERIO DE INCLUSIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL. (2013). *CIUDADANÍA ACTIVA Y ENVEJECIMIENTO POSITIVO*. Obtenido de MINISTERIO DE INCLUSIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL: <https://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/11/Pol%C3%ADtica-P%C3%ABlica.pdf>

Ministerio de Salud Pública. (2012). *Manual del Modelo de Atención Integral de Salud*. Obtenido de Ministerio de Salud Pública: http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_M AIS-MSP12.12.12.pdf

Miranda, A., Hernández, L., & Rodríguez, A. (2009). Calidad de la atención en salud al adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 11-24.

Molina, M., Quesada, L., Ulate, D., & Vargas, S. (2004). La calidad en la atención médica. *Medicina Legal de Costa Rica*, 109-117.

- Moore, K. (2018). Quality of care for frail older adults. *International Psychogeriatrics*, 1255-1257.
- Muñoz, C. (2015). *Metodología de la investigación*. Oxford: Oxford University Press.
- Ndoro, S. (2014). Effective multidisciplinary working: the key to high-quality care. *British Journal of Nursing*, 724-727.
- Nicholson, C., Morrow, E., Hicks, A., & Fitzpatrick, J. (2017). Supportive care for older people with frailty in hospital: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 60-71.
- Organización Mundial de la Salud. (30 de September de 2015). *Ageing* . Obtenido de World Health Organization: <https://www.who.int/topics/ageing/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2015*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/ES_WHS2015.pdf?ua=1
- Organización Panamericana de la Salud. (1992). *Investigaciones sobre servicios de salud: una antología*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud. (2011). *REGULACIÓN DE LA ENFERMERÍA EN AMÉRICA LATINA*. Obtenido de Organización Panamericana de la Salud:

<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/nursing-regulacion-a-latina-2011-esp.pdf>

Panagioti, M., Geraghty, K., Johnson, J., Zhou, A., Panagopoulou, E., Chew-Graham, C., . . . Esmail, A. (2018). Association Between Physician Burnout and Patient Safety, Professionalism, and Patient Satisfaction. *JAMA Internal Medicine*, 1317-1330.

Paredes, K. (25 de Junio de 2016). La población adulta mayor crecerá 34% a partir de 2020. *El Telégrafo*.

Payares, K., Berdugo, A., Caridad, M., & Navarro, E. (2019). Endomarketing y calidad de servicio interno en las pequeñas y medianas empresas del sector salud. *Revista Espacios*, 32.

Pérez, L., Hernández, M., Nogales, M., & Sánchez, M. (2010). Evaluación de la satisfacción de los familiares en las urgencias pediátricas. *Revista de Calidad Asistencial*, 58-63.

Potter, J., Georgiou, A., & Pearson, M. (2000). *Measuring the quality of care for older people*. London: Royal College of Physicians of London.

Prakash, B. (2010). Patient Satisfaction. *Journal of Cutaneous and Aesthetic Surgery*, 151-155.

- Real Academia Española. (Octubre de 2014). *Diccionario de la lengua española*.
Obtenido de Real Academia Española :
<https://dle.rae.es/percepci%2525C3%2525B3n>
- Reuben, D., Shekelle, P., & Wenger, N. (2003). Quality of Care for Older Persons at the Dawn of the Third Millennium. *Journal of the American Geriatrics Society*, 346-350.
- Rey, C. (2 de Diciembre de 2016). *LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN – PEDIATRÍA DEL HOSPITAL CENTRAL DE LA FUERZA AÉREA DEL PERÚ EN EL 2016*. Obtenido de Renati:
<http://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/126360>
- Rodríguez. (2015). Visualidades antiaging. La producción imaginal del control del envejecimiento y la conservación de la juventud. *Culturales*, 229-262.
- Rodríguez, A., & Pérez, A. (2017). Métodos científicos de indagación y de construcción del conocimiento. *Revista Escuela de Administración de Negocios*, 175-195.
- Salazar, W., & Cabrera, M. (2016). Diagnóstico de la calidad de servicio, en la atención al cliente, en la Universidad Nacional de Chimborazo - Ecuador. *Revista Industrial Data*, 13-20.
- Secretaría de Salud. (2017). *Protocolo para la Atención de las Personas Adultas Mayores por Enfermería*. Ciudad de México: Secretaría de Salud.

SECRETARÍA TÉCNICA PLAN TODA UNA VIDA. (2017). *PLAN TODA UNA VIDA*.

Obtenido de SECRETARÍA TÉCNICA PLAN TODA UNA VIDA:

<https://www.todaunavida.gob.ec/plan-toda-una-vida/>

SENPLADES. (2017). Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021. Quito.

Serra, J. (2003). Comunicación entre el paciente anciano y el médico. *Anales de Medicina Interna*, 57-58.

Shaheen, A., El- Hneiti, M., Albqoor, M., & Ahmad, M. (2019). Predictors of quality of care provided for older adults. *Journal of Nursing Management*, 1747-1755.

Steffen, G. (1988). Quality Medical Care: A Definition. *Journal of the American Medical Association*, 56-61.

Tapia, E. (2019). *NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES POR LA ATENCIÓN QUE RECIBEN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DE 2019*. Obtenido de Repositorio Digital Universidad De Las Américas: <http://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/10982/1/UDLA-EC-TLE-2019-03.pdf>

van Campen, C., Sixma, H., Friele, R., Kerssens, J., & Peters, L. (1995). Quality of Care and Patient Satisfaction: A Review of Measuring Instruments. *Medical Care Research and Review*, 109-133.

- van de Pol, M., Gertruda, C., Lagro, J., Niessen, D., Olde, M., & Lagro-Janssen, A. (2015). Quality care provision for older people: an interview study with patients and primary healthcare professionals. *British Journal of General Practice*, 500-507.
- Varela, L. (2016). SALUD Y CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 199-201.
- Vargas, R. (1997). Calidad en los servicios de salud. Experiencia de Costa Rica. *Revistas de Ciencias Administrativas y Financieras de la Seguridad Social*, 22-31.
- Vargas, V., Valecillos, J., & Hernández, C. (2013). Calidad en la prestación de servicios de salud: Parámetros de medición*. *Revista de Ciencias Sociales*, 663-671.
- Vidal, M. (2010). *La relación médico paciente*. Buenos Aires: Lugar Editorial S.A.
- Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 11-14.
- Villafuerte, J., Alonso, Y., Alonso, Y., Alcaide, Y., Leyva, I., & Arteaga, Y. (2017). El bienestar y calidad de vida del adulto mayor, un reto para la acción intersectorial. *Medisur*, 85-92.
- Wade, S. (1999). Promoting quality of care for older people: developing positive attitudes to working with older people. *Journal of Nursing Management*, 339-347.

Xesfingi, S., & Vozikis, A. (2016). Patient satisfaction with the healthcare system: Assessing the impact of socioeconomic and healthcare provision factors. *BMC Health Services Research*, 94.

Apéndices

ENCUESTA

“PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN Y EL NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL ADULTO MAYOR EN EL HOSPITAL GENERAL DEL GUASMO SUR DE LA CIUDAD GUAYAQUIL”

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Identificación: _____

Sexo: Masculino Femenino

Residencia: Urbana Rural Marginal

ESTADO DE AFILIACIÓN O SEGURIDAD SOCIAL

Afiliado No afiliado

Estimado usuario(a), estamos aplicando una encuesta totalmente anónima con la finalidad de mejorar los servicios de hospitalización del establecimiento; por ello, pedimos su colaboración contestando con sinceridad las siguientes preguntas.

PREGUNTAS

Según los valores expuestos, señale en la columna su grado de satisfacción con los siguientes aspectos.

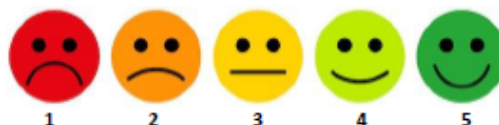
1: NADA SATISFECHO o TOTALMENTE EN DESACUERDO

2: POCO SATISFECHO o EN DESACUERDO

3: INDIFERENTE O NEUTRAL (NI SATISFECHO NI INSATISFECHO)

4: MUY SATISFECHO o DE ACUERDO

5: TOTALMENTE SATISFECHO o TOTALMENTE DE ACUERDO



Elementos tangibles	Puntaje				
	1	2	3	4	5
Conceptos					
1. ¿Se encuentra satisfecho con la atención del personal de salud al momento de ingresar al establecimiento para solicitar un servicio médico?					
2. ¿Considera que el área de espera para la atención de un servicio médico es satisfactoria?					
3. ¿Considera que los implementos para la atención de una dolencia son adecuados y modernos?					
4. ¿Se encuentra satisfecho con la presentación (uniforme) del personal de salud?					
Confiabilidad					
5. ¿Considera que el personal administrativo demostró ser confiable al momento de la atención, además de estar debidamente identificado?					
6. ¿Considera que el personal médico demostró ser confiable al momento de la atención, además de estar debidamente identificado?					
7. ¿Considera que el personal de enfermería demostró ser confiable al momento de la atención, además de estar debidamente identificado?					
8. ¿Se encuentra satisfecho con la explicación entendible de su estado de salud y tratamiento por parte del personal médico?					
Capacidad de respuesta					
9. ¿Está satisfecho con el tiempo de espera desde la solicitud de la consulta hasta la cita médica?					
10. ¿Está satisfecho con el tiempo de espera para su atención médica?					
11. ¿Está satisfecho con los avisos de espera para la atención médica?					
Seguridad					
12. ¿Está satisfecho con la seguridad del hospital?					
13. ¿Considera que la comunicación con el personal médico es amable y fluida?					
Sensibilidad					
14. ¿Considera que la atención por parte del personal de enfermería es amable y adecuada?					
15. ¿Considera que la atención por parte del personal administrativo es amable y ético?					
16. ¿Está satisfecho con el área de entrega de medicamentos?					
Empatía					
17. ¿Considera que se preocupan por sus problemas en la atención médica?					
18. ¿Está satisfecho con el horario de atención que tiene el hospital?					
19. ¿Considera que la atención de pacientes no asignados afecta la calidad del hospital?					

MUCHAS GRACIAS POR SU ATENCIÓN



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Johanna Ivett, Zambrano Camacho, con C.C: #1716597438 autora del trabajo de titulación: **La calidad de atención médica percibida por el adulto mayor en el Hospital General Guasmo Sur de Guayaquil**, previo a la obtención del grado de **MAGISTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de graduación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 11 de noviembre de 2020

f. _____
Nombre: Johanna Ivett, Zambrano Camacho
C.C: 1716597438



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	La calidad de atención médica percibida por el adulto mayor en el Hospital General Guasmo Sur de Guayaquil		
AUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Zambrano Camacho, Johanna Ivett		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Zambrano Chumo, Laura María Bustamante Ubilla, Miguel Alejandro		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
UNIDAD/FACULTAD:	Sistema de Posgrado		
MAESTRÍA/ESPECIALIDAD:	Maestría en Gerencia en Servicios de la Salud		
GRADO OBTENIDO:	Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	11/11/2020	No. DE PÁGINAS:	91
ÁREAS TEMÁTICAS:	Calidad de servicio y satisfacción usuaria		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Atención médica, adulto mayor, satisfacción		
RESUMEN/ABSTRACT:	<p>Mejorar la atención al paciente se ha convertido en una prioridad para todos los proveedores de atención médica con el objetivo general de lograr un alto grado de satisfacción del paciente. El objetivo de esta investigación es establecer la relación entre el nivel de calidad en la atención médica percibida por el adulto mayor con el grado de satisfacción en el Hospital General Guasmo Sur de Guayaquil. Es un estudio de tipo descriptivo, de corte transversal y con enfoque cuantitativo. La muestra estuvo conformada por 352 encuestas realizadas a pacientes adultos mayores atendidos en la consulta externa del Hospital General Guasmo Sur de Guayaquil durante el segundo semestre del año 2019. Los datos obtenidos fueron analizados con el Software de IBM SPSS Statistics 24, y se utilizó Microsoft Office Excel® 2016 para las tablas y gráficos. Las medidas aplicadas en el presente estudio fueron promedio, recuento y porcentaje por fila. De los 352 pacientes evaluados, 172 correspondían al sexo masculino y 180 al sexo femenino. Según el cuestionario realizado a los pacientes, se logró definir el grado de satisfacción en ámbitos específicos al momento de la atención médica. Todas las categorías tuvieron una alta incidencia de respuestas positivas, mostrando un grado de satisfacción mayor al 50% del total de la muestra, con excepción de una categoría. Se propuso establecer un plan de mejora de la calidad en la atención médica del adulto mayor compuesto por la capacitación del personal, aplicación de talleres prácticos y evaluación paulatina de la calidad.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0982457658	E-mail: ivett822010@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Econ. Lapo Maza, María del Carmen, PhD		
	Teléfono: +593-9-43804600 / 0999617854		
	E-mail: maria.lapo@cu.ucsg.edu.ec		

SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA

Nº. DE REGISTRO (en base a datos):	
Nº. DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):	