

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERIA

Proyecto de Tesina

Relación entre la calidad de atención percibida y satisfacción de los usuarios, en tres sala de mujeres del hospital geriátrico provincial de la ciudad de rosario, durante el Primer trimestre del año 2021

Autor:

María de los Ángeles Bagliere

Director:

Lic.: Regina Noemí Benítez

Docente asesor:

Mg. Natali Córdoba

Rosario, noviembre de 2020

Protocolo de Investigación para regularizar la actividad Académica Tesina

Resumen:

La calidad es una categoría indispensable para lograr la satisfacción de quienes reciben un determinado servicio, así como los aspectos que deben tenerse en cuenta para garantizar el éxito de la gestión. La calidad de atención percibida por adultos mayores en instituciones geriátricas requiere de un compromiso constante de dichas instituciones que ofrecen tal servicio, y cuya satisfacción además es consecuencia de una buena calidad de atención por parte de las instituciones.

El objetivo consiste en analizar la relación que existe entre la calidad de atención percibida del servicio y la satisfacción de los usuarios en tres salas de mujeres del hospital geriátrico de la ciudad de Rosario durante el primer trimestre del 2021.

El estudio será cuantitativo, observacional, descriptivo, transversal y prospectivo, se desarrollara durante el primer trimestre del año 2021 en 80 residentes, los mismos se seleccionaran a partir de una muestra no probabilística accidental, de diferentes grupos etarios, que se encuentran residiendo en un geriátrico provincial público de la ciudad Rosario, a través de una encuesta compuesta por un cuestionario estructurado auto administrado, individual. Instrumento validado bajo el nombre de escala Servqual por medio de una prueba piloto.

El análisis es cuantitativo, se utilizaron medidas bivariadas de estadísticas descriptivas y de variabilidad, de las cuales corresponden la media, mediana, rango y desvío estándar, y de estadística inferencial para generalizar los resultados obtenidos. El análisis de los datos se efectuará sobre una matriz utilizando un programa computacional y Gráfica circular que es adecuada para mostrar la distribución de frecuencias y porcentajes de una variable con un máximo de cinco categorías.

Palabras claves: Calidad de atención percibida, Satisfacción del usuario, Adulto mayor.

Indicé General

	Pág.
Resumen y Palabras claves	2
Indicé general	3
Introducción	
Estado actual del conocimiento o estado del arte	4
Planteamiento del problema	7
Hipótesis y Objetivos	7
Marco teórico	8
Material y métodos	
Tipo de estudio o diseño	23
Sitio o contexto	23
Población y muestra	24
Técnicas e instrumentos	24
Personal a cargo	29
Plan de análisis	30
Plan de trabajo y cronograma.	31
Anexos	
I. Guía de estudio de convalidación o exploratorio de los sitios.	33
II. Instrumento de recolección de datos.	35
III. Resultados del estudio exploratorio.	40
IV. resultados de la prueba piloto del instrumento.	42
Bibliografía	43

Introducción

En Argentina el aumento de la proporción de adultos mayores, un tema no menor, tiene que ver con la edad a la que comienza a considerarse a las personas como adultas mayores. Decidir un margen inferior de edades a partir de la cual las personas son incluidas dentro de este grupo, parecería no ser tan simple cualitativamente hablando. Esto tiene que ver con una parte esencial en el análisis del envejecimiento y es la manera en que los adultos ingresan a la ancianidad, es decir, al grupo de más de 65 años. (Tisnés & Salazar-Acosta, 2016)

Por el contrario no sucede lo mismo en los países desarrollados o en vías de desarrollo, un adulto mayor tiene un nivel de vida mejor, esto se debe a que le son otorgados trabajos sin importar la edad sino la experiencia y capacidad que ellos poseen, también el gobierno les provee de un subsidio (pensión), garantías de salud y otros beneficios (OMS, 2019)

El avance científico ha permitido el incremento de la expectativa de vida de las personas, produciéndose un aumento significativo del número de personas adultas mayores en el mundo manteniendo un adecuado cuidado como eslabón importante. (Sánchez Fernández, Naún Savón, Baró Bouly, & Serrano Durán, 2018)

No obstante, adulto mayor, es un término reciente que se le da a las personas que tienen más de 65 años de edad, también estas personas pueden ser llamadas de la tercera edad. Un adulto mayor ha alcanzado ciertos rasgos que se adquieren bien sea desde un punto de vista biológico (cambios de orden natural), social (relaciones interpersonales) y psicológico (experiencias y circunstancias enfrentadas durante su vida) (Perez, 2019).

Por otra parte la situación de vejez estará asociada a una serie de problemáticas complejas: inestabilidad económica, aumento de las enfermedades crónicas y discapacitantes, relaciones intergeneracionales y la necesidad de adaptaciones sociales, económicas y familiares.

Así mismo, para el entorno familiar, muchas veces estas problemáticas que surgen de la propia edad traen consigo un sin fin de preocupaciones relacionadas a la calidad de vida y cuidado del adulto mayor, bien porque deben vivir en soledad, o porque el entorno familiar, carece de herramientas necesarias para brindar una calidad de cuidados adecuada. Por lo que es relevante la importancia que adquieren las instituciones que brindan servicios dirigidos a cuidar de los adultos mayores, (hogares de ancianos, institutos geriátricos, públicos o privados), los cuales cuentan o deben contar con la infraestructura, recurso humano y normas que reglamenten su función. (Tisnés & Salazar-Acosta, 2016)

En las sociedades que envejecen a ritmo creciente, promocionar la calidad de vida en la vejez es el reto más inmediato de las políticas sociales.

En el momento actual las personas mayores representan un grupo poblacional vulnerable por los diferentes trastornos que sufren en el ámbito tanto individual y social como en su salud física y mental. (Sánchez Fernández, Naún Savón, Baró Bouly, & Serrano Durán, 2018)

Es necesaria una autoevaluación por parte de los estados acerca de la calidad de atención que se brinda a los adultos mayores, desde las instituciones, la antigüedad y capacitación de los profesionales que brindan asistencia a este grupo etario y la calidad de atención percibida por los usuarios y sus familias, lo que permite obtener un panorama más amplio acerca de aquellas problemáticas que surgen de la vida cotidiana y las relaciones interpersonales, dado que el sentimiento de pertenencia del adulto mayor suele deteriorarse dentro de las instituciones, que estos puedan mantener relaciones interpersonales continuas que le brinden confianza, aminoraría los daños causados por las propias carencias de la edad (López González, Cabrera Macías, & Cabrera Macías, redalyc, 2018)

En el sector salud, la calidad del servicio ha cobrado un especial protagonismo. Ha incorporado dentro de los objetivos principales de su gestión la promoción de una atención de salud comprometida, acogedora y participativa. Esta iniciativa, sumado el hecho de que los usuarios son cada vez más exigentes, ha motivado a las instituciones a implementar estrategias para ofrecer un mejor servicio, basado en las expectativas y en una gestión más eficiente de cada uno de los factores que forman parte de la calidad del servicio. La calidad es una categoría indispensable para lograr la satisfacción de quienes brindan o reciben un determinado servicio, así como los aspectos que deben tenerse en cuenta para garantizar el éxito de la gestión. La valoración que hace una persona de sus condiciones materiales y espirituales de vida, que se expresa en tres dimensiones fundamentales: salud, condiciones socioeconómicas y satisfacción por la vida, se conoce como calidad de vida, lo cual no es sinónimo de calidad percibida, que es algo mucho más complejo por la interacción de los elementos que la componen. (López González E. J., Cabrera Macías, Díaz Quiñones, Cabrera Macías, & Díaz Quiñones, 2019)

La atención a este grupo poblacional supone un reto importante para los profesionales de la enfermería responsables del encargo social de brindar respuestas a las demandas de cuidados que los mismos presentan.

El personal de enfermería tiene como premisa fundamental el cuidado de los pacientes, para esto debe tener presente un orden metodológico, aspectos que se consideran necesarios para cumplir con calidad los cuidados que se proponen realizar en cada paciente, tanto en centros externos, en la comunidad (casas de abuelos), como en los centros internos de salud (hogares de ancianos). La gestión de enfermería debe considerar los valores, actitudes y

conocimientos que la disciplina le brindan para una visión distinta y específica de la gestión de los cuidados. (Sánchez Fernández, Naún Savón, Baró Bouly, & Serrano Durán, 2018)

En Cuba varios estudiosos investigan y publican sobre la evaluación de la calidad percibida en el sector salud entre los que se encuentran Roch, Puig, Bayarre, entre otros. El 20% de la población de Cuba tiene 60 años o más en 2017, se espera para el 2030 el 30,3% y en 2050 el 33,2% por lo que Cuba será el noveno país más envejecido del mundo. La doctora Margaret Chan expresó: "En tiempos de retos impredecibles para la salud el envejecimiento de la población se está acelerando en el mundo, lo que trae consecuencias para la salud, los sistemas de salud, el personal y presupuesto." (López González, Cabrera Macías, & Díaz Quiñones, 2019)

En 1998, la Organización Mundial de la Salud presentó su informe anual con base al análisis de las tendencias demográficas y de salud desde 1955 y proyectadas al año 2025; como resultado de éste análisis emitió cincuenta puntos álgidos relevantes. Entre sus principales conclusiones sobresalen que el número de adultos mayores crecerá hasta alcanzar en el 2025 el 10% de la población. En México, como en el resto de los países del mundo, los adultos mayores cada día son más; actualmente se estima que representan el 5% de la población. Se calcula que para el año 2030 esta proporción será del 12.6%. La esperanza de vida se ha incrementado, no obstante, buena parte de los últimos años de los adultos mayores los viven con padecimientos crónicos, degenerativos, neoplásicos, mentales o infecciosos que limitan su calidad de vida. (Salcedo Álvarez, Zarate Grajales, Zarza Arizmendi, Reyes Audiffred, & Fajardo Ortiz, 2007)

Argentina, México, Costa Rica y Uruguay son países que se destacan por la implementación en las agendas de sus gobiernos de programas y políticas públicas orientadas a la atención integral de la persona adulta mayor. Sus acciones se orientan a existencia de un organismo rector, creación de espacios para la participación del adulto mayor y cuestiones vinculadas con la seguridad económica, la salud, los entornos favorables y sistema de cuidado. (Villafuerte Reinante, Alonso Abatt, Alonso Vila, & Alcaide Guardado, 2017)

El estudio se fundamenta en que la percepción de una buena calidad de atención influye positivamente en la satisfacción del usuario en cuanto a los servicios que recibe. Por lo que es de interés estudiar, analizar y comprender cuál es la relación entre la calidad de atención percibida por el usuario adulto mayor y la satisfacción del mismo.

El propósito de esta investigación es implementar protocolos de atención para mejorar la calidad de atención percibida en los servicios dedicados al cuidado del adulto mayor, del hospital geriátrico provincial de la ciudad de Rosario, perfeccionando la atención que brinda enfermería en relación a las necesidades de cada paciente y/o residente en general. Detectar de manera temprana las fallas en el cuidado y mejorar los procedimientos mediante una

evaluación constante. Debido a que el ambiente en el que residen los usuarios constituye su vida cotidiana, y es determinante de su salud y calidad de vida, permitiendo al profesional y la institución identificar las falencias de sus sistema para corregir y mejorar el servicio, desde la propia mirada de quienes hacen uso del mismo, teniendo en cuenta las herramientas con las que se cuenta y priorizando las necesidades del usuario y la pronta satisfacción de las mismas.

Formulación del problema:

¿Cuál es la relación que existe entre la calidad de atención percibida y satisfacción de los usuarios en tres sala de mujeres del hospital geriátrico provincial de la ciudad de rosario durante el Primer trimestre del año 2021?

Hipótesis:

-La percepción de una buena calidad de atención influye positivamente en la satisfacción del usuario en cuanto a los servicios que recibe.

Objetivo general:

-Analizar la relación que existe entre la calidad de atención percibida del servicio y la satisfacción de los usuarios en tres salas de mujeres del hospital geriátrico de la ciudad de rosario durante el primer trimestre del 2021.

Objetivos específicos:

- Indagar en relación a la organización del servicio que se brinda a los adultos mayores.
- Identificar el grado de comunicación que existe entre los profesionales y los usuarios.
- Identificar las condiciones en las que se encuentran las instalaciones del servicio, en cuanto a tecnología, mobiliario, estructura edilicia.

Marco teórico

Evaluar periódicamente la calidad percibida en los servicios de atención al adulto mayor es uno de los elementos estratégicos en que se fundamenta la transformación de los sistemas sanitarios para lograr la eficiencia, apoyar la toma de decisiones y usar de manera inteligente los recursos, en las organizaciones que los ofrecen.

La calidad es una categoría indispensable para lograr la satisfacción de quienes brindan o reciben un determinado servicio, así como los aspectos que deben tenerse en cuenta para garantizar el éxito de la gestión.

La valoración que hace una persona de sus condiciones materiales y espirituales de vida, se expresa en tres dimensiones fundamentales: salud, condiciones socioeconómicas y satisfacción por la vida, la cual se conoce como calidad de vida y no es sinónimo de calidad percibida, que es algo mucho más complejo por la interacción de los elementos que la componen y la influencia del medio circundante (López González, Cabrera Macías, & Díaz Quiñones, redalyc, 2019).

Garantizar la calidad en salud es un hecho deseable, que se debe de entender como parte de un sistema continuo de retroalimentación en donde la definición de los procedimientos es esencial y necesaria antes de la medición y evaluación. Se definió la calidad de los servicios de Enfermería como “la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el personal de Enfermería, de acuerdo con estándares definidos para una práctica profesional, competente y responsable, con el propósito de lograr la satisfacción del usuario y del prestador de servicios”. (Salcedo Álvarez, Zárate Grajales, & Zarza Arizmendi, 2007)

La calidad de un producto o servicio es la percepción que el cliente tiene del mismo, es una fijación mental del consumidor que asume conformidad con dicho producto o servicio y la capacidad del mismo para satisfacer sus necesidades, es entender que el cliente es quien define la calidad de nuestro servicio. La complejidad y multidimensionalidad en la definición de la calidad percibida se expresa en la opinión de varios autores cuando se refieren al empleo de instrumentos de multicriterios, otros plantean que la subjetividad prima actualmente al considerar la autoevaluación como método para la vigilancia de la calidad, algunos expertos valoran tres dimensiones (estructura, procesos y satisfacción de usuarios y prestadores), otros las dimensiones de calidad (técnica, humana y comodidades o bienes tangibles) así como la imagen (percepción a priori) y la opinión (percepción a posteriori). Este trabajo considero las dimensiones (técnica, humana y comodidades o bienes tangibles) de la calidad de atención percibida por los usuarios y la satisfacción de los mismos de sus necesidades en relación a dichas dimensiones.

La calidad es un constructo que ha tenido su evolución en el tiempo, la calidad aplicada a los procesos de servicios es un concepto intangible y abstracto, difícil de definir y evaluar,

según Donabedian, citado por Perez, et al, La calidad es uno de los elementos estratégicos en que se fundamenta la transformación y la mejora de los sistemas sanitarios modernos y es el resultado de las políticas sanitarias, de hacer bien lo correcto, dé la imagen de la organización que reciben los prestadores y receptores de los cuidados, dé la definición del servicio en atención a usuarios y prestadores y de la adecuada interacción entre ambos.

La calidad percibida es aquella que el cliente cree que tiene el producto o servicio, pues es una percepción subjetiva del cliente, la cual puede ser equivalente o no a la real. Etimológicamente el término de calidad según la Real Academia Española (RAE), proviene del latín "Qualitas" y se define como la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa, que permite juzgar su valor. Las definiciones del concepto de calidad son abundantes en la literatura y a través de la historia el término ha evolucionado y se divide en cinco etapas básicas: 1) Industrialización S. XIX revolución industrial o etapa de la inspección, caracterizada por la detección y solución de los problemas generales por la falta de uniformidad del producto, verificación de todos los productos de salida después de la fabricación y antes de que fueran distribuidos hacia los clientes. Inspección empleada como único instrumento de calidad.

2) Control estadístico 1930 y 1950, avance tecnológicos, se pasa de la inspección a un control más global, la calidad pasa a ser una característica del producto, creación de lo que se denomina Control Estadístico de la Calidad o control estadístico de procesos.

3) Aseguramiento de la calidad, surgen los primeros sistemas que involucran varios departamentos como: producción, compras, marketing de la organización en el diseño, planeación y ejecución, surgen los primeros sistemas de calidad. La administración de la calidad total se transforma en un enfoque directo orientado hacia el logro de tres objetivos a- mejoramiento de las condiciones productivas- b) Aumento en la calidad del producto o servicio – c) Incremento de la satisfacción del cliente, El criterio central es el cumplimiento de las expectativas.

4) Administración estratégica (Estrategia) A partir de los años 80 y mediados de los 90 se asume como un proceso estratégico, se introducen los procesos de mejoras continuas, toma como centro de acción las necesidades del consumidor. La calidad se convierte en calidad total que abarca no solo a productos sino a recurso humano, procesos, medios de producción, métodos, organización, etc. Se convirtió en un concepto que engloba a toda la empresa y que involucra a todos los estamentos y áreas de la misma.

5) Calidad Total: A partir de los 90 y hasta la fecha la distinción entre producto y servicio desaparece, surge la calidad total, el proceso en su conjunto. La figura del cliente adquiere mayor protagonismo, se convierte en el principal indicador de calidad. (López González, López Cabrera, & Puerta Becerra, 2018)

En el sector salud existen diversos conceptos que definen la calidad, pero en lo que se coincide en todos es que la calidad gira en torno a la satisfacción del paciente/usuario. Así, para el paciente- por ejemplo- características como la cálida y pronta atención, las instalaciones del hospital o clínica, la reputación de los médicos, y la imagen de la institución, son atributos que determinan un valor para la salud.

Para el prestador de servicios de salud la valoración de la calidad se basa en los aspectos que podríamos denominar científicos, técnicos y tecnológicos involucrados en el proceso, tales como la experiencia de los profesionales y la tecnología disponible.

Para quien paga el servicio, la relación entre el costo de cualquier intervención y su efectividad para evitar la enfermedad o para recuperar la salud, es la característica que más valora.

Esto demuestra que la calidad en salud no depende de una sola característica, sino de múltiples aspectos que se forman desde cada punto de vista y son valorados de manera diferente según el rol que cumple en el proceso. (Conexionesan, 2016)

Avedis Donabedian (1919-2000) padre de la calidad de atención en salud, hace referencia a los componentes de la calidad, llamados atributos o elementos, y recogiendo ese carácter multifactorial de la calidad, identifica una serie de elementos que facilitan su análisis.

Dimensiones o componentes de la calidad que se pueden entender cómo; Calidad; Humana, Técnica, Funcional o del entorno.

Puso tal énfasis en el tema de la calidad de atención en salud cambiando los paradigmas establecidos hasta entonces, transformo el pensamiento sobre los sistemas de salud.

Definió la dimensión técnica, como la expresión de la adecuación entre la asistencia que se presta y los avances científicos y la capacitación de los profesionales, lo que implicó la ejecución y cumplimiento de todos los procedimientos con destreza. Cuyos indicadores se constituyen en la a) fiabilidad; habilidad para ejecutar el servicio en forma cuidadosa y esmerada. b) Profesionalidad: Posesión de conocimientos y destrezas requeridos para la ejecución del servicio. c) Credibilidad: Honestidad y veracidad en el servicio que se presta. d) Seguridad: Inexistencia o minimización de peligros, riesgos o dudas en la prestación.

La dimensión Humana o interpersonal; como la expresión de la importancia, históricamente consensuada de la relación paciente-medico(o en general con un trabajador de la salud) Considera al conjunto de actitudes y al comportamiento del personal operativo y administrativo de salud que redundan en la atención del usuario o cliente, Considera también las relaciones entre los propios trabajadores (usuarios internos) y sus jefes. Cuyos indicadores son;

a) Cortesía: Consideración, atención, respeto y amabilidad del personal de contacto. b) Confidencialidad: Sigiló sobre los datos entregados por el usuario al proveedor o sobre los resultados de los diagnósticos. c) Comunicación: Información y dialogo con los clientes en el lenguaje comprensible. d) Comprensión: Conocimiento personalizado del cliente y sus necesidades.

Y por último la dimensión del entorno o funcional; expresión de la importancia que tiene para la asistencia el marco en el cual esta se desarrolla. También denominada capacidad de respuesta o dimensión de la oferta, tiene que ver con la capacidad operativa o de funcionalidad de los servicios de salud, de cómo se organiza y está dispuesto para atender al usuario y cuyos indicadores son: a) Integralidad: capacidad del servicio para identificar las necesidades de salud del usuario y de procurar los medios para tratarlas. b) Oportunidad: Intervenir a su debido tiempo en la atención al usuario .Esto en relación a la accesibilidad y puntualidad. c) Continuidad: Realizar las actividades debidas en la secuencia apropiada y sin interrupción del proceso de atención, desde la primera atención hasta la satisfacción de sus necesidades. (Chávez, 2015).

Se han desarrollado diferentes modelos que sirven como guía a las empresas para diseñar e implementar sus sistemas de gestión. Todos conciben la organización como un conjunto de subsistemas relacionados y conectados entre sí, todos tienen su papel y su importancia específica en el logro del objetivo, la excelencia y la mejora continua .Existen diferencias en la comercialización de bienes y la de servicios, se comparten aspectos generales, la satisfacción de los clientes y la rentabilidad a largo plazo, sin embargo se abarcan desde diferentes criterios.

Los servicios, suelen ser más heterogéneos intangibles y, más difíciles de evaluar que los bienes. Se define al servicio como “acción o efecto de servir, es el trabajo realizado para otras personas”, definición según la real academia española (RAE).

Servicio es entendido entonces como el trabajo, la actividad y/o los beneficios que producen satisfacción a un consumidor. El proceso de medición de la calidad del servicio implica que dadas sus características se establezcan diferentes dimensiones de evaluación que permitan un juicio global de ella.

Una buena evaluación de la calidad percibida se obtiene cuando la calidad experimentada cumple con las expectativas del cliente, es decir, lo satisface.

La escuela americana de Parasuraman, Zeithaml y Berry (1985-1988) desarrollo un instrumento que permitiera la medición de la calidad de servicio /atención percibida, denominado SERVQUAL. Emplean diez dimensiones y depende del tipo de servicio y/o cliente.

Inicialmente identificaron diez determinantes de la calidad de servicio y encontraron correlaciones entre las dimensiones iniciales, que permitieron reducirlas a cinco: 1) Confianza o empatía: muestra de interés y nivel de atención individualizada que ofrecen las empresas a sus clientes (agrupa los anteriores criterios de accesibilidad, comunicación y comprensión del usuario). 2). Fiabilidad: habilidad para ejecutar el servicio prometido de forma fiable y cuidadosa. 3). Responsabilidad: seguridad, conocimiento y atención de los empleados y su habilidad para inspirar credibilidad y confianza (agrupa las anteriores dimensiones de profesionalidad, cortesía, credibilidad y seguridad). 4). Capacidad de respuesta: disposición para ayudar a los clientes y para prestarles un servicio rápido. 5). Tangibilidad: apariencia de las instalaciones físicas, equipos, personal y materiales de comunicación.

Para evaluar la calidad percibida plantean estas dimensiones generales y definen que dicha percepción es consecuencia de la diferencia para el consumidor entre lo esperado y lo percibido. También parten del planteamiento del hallazgo de una serie de vacíos, desajustes o gaps en el proceso. Estos influyen en la percepción del cliente y son el objeto de análisis cuando se desea mejorar la calidad percibida. Así, las percepciones generales de la calidad de servicio están influenciadas por estos “vacíos o gaps”, Estos vacíos a los que hace referencia el modelo se pueden resumir en las siguientes generalizaciones: a)- Diferencia entre las expectativas de los usuarios y las percepciones de los directivos .b)- Diferencia entre las percepciones de los directivos y las especificaciones o normas de calidad. c)- Diferencia entre las especificaciones de la calidad del servicio y la prestación del servicio. d) -Diferencia entre la prestación del servicio y la comunicación externa. e)-Diferencia entre las expectativas del consumidor sobre la calidad del servicio y las percepciones que tiene del servicio.

La calidad percibida de servicios de asistencia en salud es definida por Mira y Aranz, citados por Curbelo como la apreciación que hace el paciente de la adecuación, resultados y beneficios del conjunto de actuaciones en el marco de la atención sanitaria. En el sector de la salud debe quedar clara la diferencia entre necesidades básicas por las que acudir y extras que también inciden en la satisfacción. Los pacientes esperan fiabilidad, competencia, cortesía, credibilidad, seguridad y respuesta positiva a los tratamientos. Cumplir con estas expectativas evita el descontento o la no satisfacción del paciente, pero el logro de las mismas no provoca totalmente la satisfacción. (López González, Cabrera Macías, & Cabrera Macías, redalyc, 2018)

Por otra parte la satisfacción del paciente en los servicios de salud es importante en sí y, ha sido sugerida como indicador del cuidado en países desarrollados. Cualquier cambio en la organización y ejecución de los servicios incide en la satisfacción de los prestadores que los ofrecen y en los usuarios que los reciben. La falta de reclamo no significa necesariamente un nivel elevado de satisfacción. (López González, López Cabrera, & Puerta Becerra, 2018)

La satisfacción representa la vivencia subjetiva derivada del cumplimiento o incumplimiento de las expectativas que tiene un sujeto respecto de algo. Su evaluación aporta datos de cómo se está y que falta para llegar a cumplir las expectativas de unos y otros.

La satisfacción puede definirse como: "La medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumplen con las expectativas del usuario." Puede referirse a tres aspectos o dimensiones diferentes a) Organizativos; Tiempos de espera, colas, ambiente de la atención etc. b) Atención recibida y su repercusión en el estado de salud de la población) Trato recibido durante el proceso de atención por parte del personal implicado. Deficiencias que se deben identificar y solucionar. (Chávez, 2015)

La determinación de la situación actual de la calidad percibida con énfasis en la satisfacción de usuarios en los servicios de asistencia al adulto mayor, permitirá precisar las principales limitaciones y potencialidades de estos servicios, teniendo como soporte los fundamentos teóricos que sustentan su evaluación. Medirla contribuye a la eficiencia, la toma de decisiones y el uso inteligente de los recursos en las organizaciones. (López González, López Cabrera, & Puerta Becerra, 2018)

Los servicios de salud, como toda empresa, deben enfrentar diversos desafíos, presiones, amenazas para lograr mantener y desarrollar calidad en los servicios, deben saber cómo adecuar y adaptar las principales variables empresariales (tareas, tecnologías, estructura organizacional, persona ambiente externo) en diferentes situaciones como, el surgimiento de nuevas tecnologías, cambios políticos y los cambios en el conocimiento. La identificación de expectativas y percepciones de los usuarios en base a la calidad de servicios es esencial en los sistemas de salud. (Gallardo Ferrada, 2014)

En el momento actual las personas mayores representan un grupo poblacional vulnerable por los diferentes trastornos que sufren en el ámbito tanto individual y social como en su salud física y mental. La atención a este grupo poblacional supone un reto importante para los profesionales de la enfermería responsables del encargo social de brindar respuestas a las demandas de cuidados que los mismos presentan. (Sánchez Fernández, Naún Savón, Baró Bouly, & Serrano Durán, 2018)

El envejecimiento poblacional está asociado, por un lado, a la caída de la fecundidad y al aumento de la proporción de adultos mayores en los países en desarrollo, sumado al descenso de las tasas brutas de mortalidad. A esta situación se le debe agregar el aumento en la esperanza de vida de las personas, con lo cual el escenario posee no sólo una proporción más elevada de personas mayores de 65 años, sino que además, son personas que vivirán en promedio más años que en épocas pasadas

En Argentina, la situación de vejez estará asociada a una serie de problemáticas complejas: inestabilidad económica, aumento de las enfermedades crónicas y discapacitantes, relaciones intergeneracionales y las necesidades de adaptaciones sociales, económicas y familiares. El aumento de la proporción de adultos mayores, un tema no menor tiene que ver con la edad a la que comienza a considerarse a las personas como adultas mayores. Decidir un margen inferior de edades a partir de la cual las personas son incluidas dentro de ese grupo, parecería no ser tan simple cualitativamente hablando. Esto tiene que ver con la manera en que los adultos ingresan a la ancianidad es decir, el grupo de más de 65 años. Se observa también un envejecimiento mayor de la población femenina respecto de la masculina y particularmente la feminización de la adultez, es un hecho indudable. Con más desarrollo en algunas regiones que en otras, debido a que el alcance de la transición demográfica no se da en todo el país de manera uniforme, el envejecimiento es una realidad que sin duda irá avanzando sobre todo el territorio. (Tisnés & Salazar-Acosta, 2016)

En comparación a los hombres, la población femenina tiene expectativa de vida 7,6 años mayor. El proceso de envejecimiento es único para cada individuo, revelando diferentes maneras de vivir. Envejecer es parte de la vida, una etapa donde se producen cambios, se observa el fenómeno de la feminización de la senectud, pues las mujeres tienen mayor expectativa de vida y menor mortalidad. La feminización de la longevidad promueve situaciones desventajosas para las mujeres mayores, como la soledad causada por la viudez, depresión por quedarse solas, y sentimiento de desvalorización social después de la jubilación, cuando también puede haber una disminución en los hábitos alimentarios, ya que el interés por la comida disminuye debido a los cambios en el contexto de la dieta y la reducción de los ingresos después de la jubilación. Por su esperanza de vida mayor, las mujeres también están sujetas a enfermedades crónicas o degenerativas. El climaterio se presenta entre las circunstancias psicológicas de causa endocrina mediado por el estrés y con manifestaciones clasificadas como severas, como la irritabilidad, cefalea, signos de ansiedad y depresión. Las manifestaciones psíquicas son muy frecuentes en esta etapa y se traducen en una disminución de la satisfacción personal e influyen en muchos aspectos de la vida y en las relaciones personales y familiares. La recepción y la atención en salud prestada a las mujeres mayores deben ser ejercidas con calidad, buscando la salud física, mental y emocional. (María Aparecida Vasconcelos Moura, 2016)

Adulto mayor es un término reciente que se le da a las personas que tienen más de 65 años de edad, también estas personas pueden ser llamados de la tercera edad. Un adulto mayor ha alcanzado ciertos rasgos que se adquieren bien sea desde un punto de vista biológico (cambios de orden natural), social (relaciones interpersonales) y psicológico (experiencias y circunstancias enfrentadas durante su vida). El cuidado de un adulto mayor debe ser especial porque su organismo no es el mismo y ha sufrido varios cambios biológicos. (Conceptodefinicion.de, 2019).

El avance científico ha permitido el incremento de la expectativa de vida de las personas, produciéndose un aumento significativo del número de personas adultas mayores en el mundo manteniendo un adecuado cuidado como eslabón importante. La vejez puede ser una etapa de pérdidas como también de plenitud dependiendo de la combinación de recursos y estructura de oportunidades individuales y generacionales al que están expuestos los individuos en el transcurso de su vida, de acuerdo a su condición y posición al interior de la sociedad. (Sánchez Fernández, Naún Savón, Baró Bouly, & Serrano Durán, 2018).

La enfermedad es una de las notas características del adulto mayor, según Lin Entralgo; la enfermedad "es un modo de vivir personal aflictivo y anómalo, reactivo a una alteración corporal, en la que padecen las acciones y funciones vitales, por el cual el individuo vuelve al estado de salud, muere o queda en deficiencia vital permanente. (Aguedo, 2014)

La salud, en cambio, es un estado de equilibrio, con determinado grado de componente subjetivo, entre lo biológico y lo psíquico con el medio ambiente social, cultural y natural. Así, pues, la salud no significa simplemente ausencia de enfermedad, es un estado biocultural de equilibrio relativo y función normal mantenidos dentro de contextos temporales, sociales, culturales y ecológicos específicos. El criterio utilizado por la OMS para definir la salud no se ajusta a los ancianos. Los cambios que acompañan el proceso de envejecimiento conllevan, en una buena parte de ellos, determinadas deficiencias funcionales en órganos del cuerpo que conducen a la disminución funcional del organismo como un todo. La salud del anciano es considerada como "la capacidad funcional de atenderse a sí mismo y desarrollarse en el seno de la familia y la sociedad, la cual le permite, de una forma dinámica, el desempeño de sus actividades del diario vivir". Por otra parte es necesario mejorar su situación económica y asistencia social, fomentar su desarrollo personal e integración social, el uso adecuado y creativo del tiempo libre y la recreación. De todas las etapas evolutivas la vejez es la que más limitaciones provoca en los seres humanos, pues en ella comienzan a perderse diferentes capacidades; tanto intelectuales como físicas, las cuales comienzan a acentuarse a partir de los 60 años. (Villafuerte Reinante, Alonso Abatt, Alonso Vila, & Alcaide Guardado, 2017)

Es importante mencionar que la mayor vulnerabilidad en la vejez es la que se relaciona con la salud. En cierto punto se genera dependencia, debido a que las enfermedades crónicas y discapacidades motrices o mentales requieren antes que nada prevención, pero luego atención médica, medicamentos y cuidados personales de modo permanente. De alguna manera estos servicios llevan asociados un gasto económico. En el mejor de los casos, los adultos mayores poseerán capacidad económica suficiente como para cubrir las necesidades en la oferta privada. En otros casos, poseerán obra social, con lo cual podrán atenderse en instituciones públicas o privadas. En este sentido, hay que indicar y subrayar que se trata de servicios especialmente costosos. En los casos en los que el adulto mayor o su familia tienen capacidad económica

suficiente, las necesidades que surgen son preferentemente resueltas en la oferta privada. Sin embargo, una gran parte de la población adulta mayor ve limitada esa capacidad y por lo tanto, ve restringido y de difícil acceso a la prevención, a los sistemas de salud, medicamentos o tratamientos.

De esta manera, debido a las limitaciones que se presentan, la dependencia de la vejez es en muchos casos responsabilidad de los hijos o de familiares como nietos, hermanos y demás parientes. Si la necesidad de atención y de cuidados aumenta con el tiempo o éstos son demasiado delicados y específicos, ya no son las redes familiares y sociales las que se involucran y cubren los requerimientos, sino algunos de sus integrantes, con alguna persona como cuidadora principal, generalmente alguna de las hijas o la esposa. (Tisnés & Salazar-Acosta, 2016).

No obstante, por diversos motivos, gran número de adultos mayores a menudo se ven obligados a internarse en una institución geriátrica para recibir el apoyo que no pueden lograr en su hogar, en especial, en asuntos relacionados con la administración o supervisión de los cuidados básicos, tales como la alimentación, vestido, higiene, abrigo y, en general, todos los cuidados que respondan a sus necesidades como ser holístico. Cada día que pasa se hace más difícil para algunas familias asumir el cuidado de la persona de edad mayor y desde el punto de vista sanitario, también han quedado atrás hospicios y hospitales psiquiátricos; las instituciones de adultos mayores son las que ahora forman parte significativa de su entorno social. Por lo tanto, toda institución geriátrica debe contar con suficientes profesionales disponibles, especialistas para interconsultas y un sistema de atención de urgencias médicas y traslados. La importancia de contar con profesional de enfermería calificado y suficiente. Estas instituciones deberán ser garantes de la seguridad, cuidado de la salud, alimentación adecuada y trato digno a los adultos mayores internados, todo lo que aspira a llevar a las instituciones geriátricas a un nivel acorde con el respeto por la dignidad y derechos humanos de los adultos mayores. El objetivo prioritario de los centros geriátricos debe contribuir a que alcancen la mayor autonomía personal posible, de forma que puedan valerse por sí mismos en el máximo de actividades de la vida diaria, o conseguir que, a pesar de la discapacidad, se retrase la evolución de la dependencia potenciando las capacidades residuales (Enfermería, 2009)

Las instituciones sociales como los hogares de ancianos incrementan cada día la permanencia de varios de estos adultos, centros donde se deberá elevar el nivel de atención de enfermería siguiendo una guía que protocolice su actuación. (Sánchez Fernández, Naún Savón, Baró Bouly, & Serrano Durán, 2018).

En los hogares de ancianos, los pacientes mediante su participación en las actividades diarias valoran las relaciones interpersonales y declaran que estas les dan un sentido de

comunidad y reciprocidad. La mayoría de los pacientes de los hogares de ancianos tienen pocas visitas de familiares por lo que las relaciones interpersonales en gran medida se limitan a la interacción con el personal de la institución. El aislamiento en estos hogares propicia experiencias vacías sin esperanza de vida, actividades rutinarias, tareas aburridas y poco estimulantes. El equipo de salud debe estar atento al usar las formas de comunicación verbal y no verbal para atender a las necesidades de salud de la población anciana al proporcionar cuidado integral debe procurar una comunicación asertiva que posea congruencia entre sentimientos, pensamientos y actitudes. Conviene resaltar que en la comunicación no verbal, las expresiones faciales pueden ayudar a percibir con mayor precisión la relación con el anciano. La interacción enfermera-paciente se convierte en un recurso importante para dar significado a la vida de este grupo de población vulnerable, lo que influirá en su salud mental y en su bienestar global. Cuando las enfermeras tienen la oportunidad de individualizar el cuidado en respuesta a sus necesidades, les brindan los cuidados técnicos y les ofrecen orientación y aclaración de dudas, tanto a ellos como a sus familiares. La satisfacción de los pacientes con el cuidado individualizado, aumenta su seguridad y su tranquilidad, sentimientos que afectan favorablemente sus condiciones de recuperación. Los pacientes hospitalizados perciben la calidad del cuidado de enfermería como cuidado de interacción personal, dando mayor importancia al cuidado que les permite compartir sentimientos y ser escuchados por la enfermera, más que otras actividades de cuidado físico. (Ramírez & Müggenburg, 2015)

Plantear la institucionalización en personas mayores requiere analizar el contexto en el que se enmarcan los mismos y la situación que atraviesan, así como mostrar de forma general algunos elementos históricos sobre dichos centros.

Para entender la vejez es necesario diferenciarla del envejecimiento, en tanto se tiende a homogeneizarlas. El envejecimiento es un proceso que incluye aspectos familiares, sociales, políticos, económicos, etc., que enmarcan la vida de una persona, por lo cual no es una etapa puntual sino el proceso que inicia en el nacimiento y termina con la muerte, permitiendo comprender que el envejecimiento es dinámico extremadamente heterogéneo particularmente contextualizado, tanto como para afirmar que cada uno envejece como ha vivido, como ha llevado el propio proceso así mismo. La vejez por su parte se debe entender como la fase final del proceso de envejecimiento.

La institucionalización se ha relacionado históricamente con la necesidad de protección social. Los llamados asilos o espacios de misericordia (como se denominaban desde hace varios años atrás) se relacionan con la indigencia o el abandono, pero a su vez es donde impera un sistema de internado que ejerce una fuerte ruptura entre la familia y la persona mayor. Varios de estos espacios han ido transformando sus características y se ha dado apertura a nuevas instituciones bajo aspectos centrales: la opción de lucro; una fuerte demanda que trajo problemas

frente a la necesidad de cupos y la carencia de espacios. Las mujeres (quienes han ejercido el cuidado) se han vinculado laboralmente a causa de las transformaciones sociales y el cuidado ha pasado a ser un ámbito laboral formal, que impulsa la apertura de nuevas instituciones; y el estereotipo negativo frente a la persona mayor en las sociedades modernas y occidentales, haciendo énfasis en sus dificultades y dependencia, impulsando la institucionalización. En pocas ocasiones las personas mayores institucionalizadas encuentran otras alternativas, pues sus escasas posibilidades de subsistir sin esta ayuda, dadas las difíciles situaciones económicas de las familias, las complicaciones de salud, etc., les obligan a tomar la decisión. No sienten gusto por estar en dicho espacio, dada la separación con la familia, con sus vínculos externos, la sensación de abandono que genera y los múltiples sentimientos negativos que se desencadenan con esta situación; razones por las cuales se debe considerar y comprender que el cuidado por parte de la familia no es sencillo, en tanto, no solo consiste en garantizar un medicamento, sino de disponer de la vida de una persona en función de otra, aun con las condiciones económicas y de desigualdad social. (Guevara-Peña, 2015)

Las instituciones hospitalarias como subsistemas sociales, cumplen la función de socializar a los individuos con pautas, normas establecidas, adaptándolos e integrándolos al sistema, de esta forma el cuidado holístico se ve dificultado por las múltiples tareas delgadas de tipo biomédico quedando relegadas acciones como la comunicación eficaz y el interactuar con el paciente y familia en forma cercana, lo que Watson denominó "cuidado transpersonal". Las mismas cumplen la función de otorgar cuidados a través de un trabajo vivo, y se espera de ellas que sean un núcleo de cuidado para los usuarios, sin embargo, en ocasiones, el trabajo de cuidar es deficiente debido a que los diferentes profesionales que trabajan en los servicios de salud no realizan cuidados centrados en el paciente, sino en los procedimientos o en la técnica, lo que provoca crisis en las instituciones. (Troncoso, 2007)

La valoración geriátrica integral se define como una evaluación multidisciplinaria e interdisciplinaria que se realiza en colaboración con diferentes disciplinas: médica, enfermera, social y pueden intervenir otros profesionales como fisioterapeuta, psicólogo, terapeuta ocupacional, en la cual se cuantifican y se detectan los problemas en la esfera médica, funcional, mental y social del anciano para conseguir un plan racional y coordinado del tratamiento y recursos asistenciales. La enfermera, como profesional que atiende al paciente las 24 horas y es la responsable de gestionar los cuidados, tiene un papel relevante en prevenir el declive funcional, detectar los síndromes geriátricos, la existencia de problema social y/o mental para derivarlo al profesional del equipo que corresponda con el objetivo global de mejorar la calidad de vida de la persona. (Fernández & Estévez, 2013)

La ciencia de enfermería representa el conocimiento o entendimiento que se tiene en la actualidad sobre el cuidado de los aspectos del comportamiento del ser humano y sus reacciones

con la experiencia de la salud y el contexto, incluyendo aquellos procesos responsables de los cambios en el estado de salud, los patrones de comportamiento asociados con los eventos normales y críticos del proceso vital, los principios y leyes que gobiernan las etapas y los procesos de la vida. Y ejerce además un rol participante ya que desde la teoría de Virginia Henderson se puede decir que “La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, a la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o a una muerte tranquila y que este realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y conocimiento necesarios; y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible”(Donalson y Crowlwy, 1978; Gortner, 1980; Feldmn, 1981; Newman, 1994)

RL Wesley refiere “La enfermería es una profesión que tiene como rol asumir el cuidado de las personas, es científica y humanística en todo aquello relacionado con la promoción y prevención de la salud. La enfermera y el enfermero forman parte del equipo de salud, ayudando al individuo en la satisfacción de sus necesidades. Las políticas de salud apuntan a desarrollar las áreas en las que los enfermeros se desempeñan de forma adecuada”.

La aportación específica de la enfermera especialista en geriatría implica la promoción y mantenimiento de la salud de la persona mayor, el cuidado de la persona mayor enferma, así como el soporte permanente a los cuidadores, ya sean profesionales o no. Esta especialista tiene que estar capacitada para cuidar en situaciones complejas, educar, supervisar, gestionar y liderar dichos cuidados. Dicho trabajo debe hacerse en el seno de equipos interdisciplinarios, que son unos de los ejes fundamentales en la atención a la persona mayor. Son vitales todas aquellas competencias que aseguran los cuidados de la persona mayor en la etapa final de su vida, así como el apoyo y soporte emocional que debe prestarse a sus familiares. (Aguedo, 2014)

El posicionamiento teórico se apoyara en Virginia Henderson y Jean Watson. La primera relacionada a aquellos factores propios de la edad que generan diferentes niveles de cuidados por parte de enfermería que comprenden según la teoría de cuidados de V. Henderson los cuidados básicos de enfermería, y que se basan en un plan de cuidados adecuado a las necesidades básicas del sujeto: Sujeto que se encuentra atravesando un proceso de envejecimiento propio del ciclo vital motivo por el cual puede necesitar una intervención de enfermería desde el nivel de Sustituta (realizando lo que el sujeto no puede), Ayuda (colaborando con el paciente para a satisfacer sus necesidades) o Compañera (donde se apoya al paciente, se asesora o estimula para satisfacer su necesidad.

Su teoría está basada en las ciencias de la fisiología, medicina, psicología y física, también utiliza la observación de su práctica diaria para darle forma a su teoría.

Virginia Henderson identifica 14 necesidades básicas y fundamentales que comparten todos los seres humanos, que pueden no satisfacerse por causa de una enfermedad o en determinadas etapas del ciclo vital, incidiendo en ellas factores físicos, psicológicos o sociales.

Normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando esta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (independiente), pero cuando algo de esto falta o falla en la persona y una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de salud (dependiente), es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar a suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas. Henderson denomina a estas actividades cuidados básicos de enfermería, que se aplican a través de un plan de cuidados, elaborado en razón de las necesidades detectadas en el paciente, describe la relación enfermera –paciente, destacando tres niveles de intervención como sustituta, como ayuda o compañera. (Tomme, 1994)

Por otra parte el aporte de Jean Watson permite plantear una filosofía de cuidados, un lenguaje teórico propio y una relación entre teoría-práctica que revitaliza aspectos perdidos o invisibilizados de la enfermería. La teoría de Jean Watson, de corte existencialista, humanista y con una profunda influencia de la teoría de la alteridad levinasiana, es un ejemplo que da cuenta de la necesidad de rescatar los elementos fundantes del cuidado que en último término permitirán su trascendencia. Watson reconoce que el cuidar es parte fundamental del ser y es el acto más primitivo que un ser humano realiza para efectivamente *llegar a ser*, este ser es un *ser en relación a otro que lo invoca*. Este cuidado profesional es estructurado, formalizado y destinado a satisfacer las necesidades del ser humano con el propósito de promover, mantener o recuperar la salud. El cuidado sanitario tiene metas específicas, se apoya en un contexto epistemológico, y se formaliza y desarrolla por medio de una serie de técnicas aprendidas en la formación profesional de enfermería. (V., 2011)

Watson habla del cuidado humanizado, entendiéndose el cuidar como el ideal de enfermería en donde el fin es protección, engrandecimiento y preservación de la dignidad humana(sobre todo en una etapa tan sensible de la vida) que implica valores, deseos, compromiso de cuidar, conocimiento, acciones de cuidado y consecuencias. Todo lo referente al cuidado humano se relaciona a la respuesta humana intersubjetiva a las condiciones de salud-enfermedad, el conocimiento de la salud y enfermedad, las interacciones persona ambiente, el conocimiento del proceso de cuidado de enfermería, el propio conocimiento y el conocimiento del propio poder y las limitaciones en las transacciones. Es el proceso humano interdependiente, intersubjetivo el que puede por tanto generar las condiciones necesarias para sostener a la persona y al cuidado en instancias en que la humanidad es amenazada.

La satisfacción percibida por el paciente es un producto de la atención hospitalaria y un elemento fundamental como indicador válido de la calidad de los cuidados que se prestan a través de un cuidado humanizado. Por ello los profesionales de enfermería necesitan valorar e identificar y evaluar el cuidado humanizado que se brindan a los pacientes hospitalizados, teniendo como base la teoría de Jean Watson basado en valores humanísticos, permitiendo fortalecer el cuidado en las instituciones asistenciales; para restaurar el arte cuidando-sanando, que constituye la base de la acción de Enfermería.

El cuidado profesional es asumir una respuesta meditada que envuelve un poder espiritual de afectividad. El cuidado profesional es desarrollado por profesionales de enfermería con conocimientos científicos en el área de la salud, dotados de habilidades técnicas que auxilian a individuos, familias y comunidades a mejorar o recuperarla salud. Teniendo en cuenta que los adultos mayores son sujetos que presentan alteraciones propias de la edad, que muchos llevan a cabo su vida cotidiana dentro de las instituciones dedicadas al cuidado de los mismos y que son ellos y la relación con sus cuidadores ,quienes pueden entablar un vínculo tal, qué permita al adulto mayor transitar esta etapa con una excelente calidad de atención por parte de los servicios no solo referido al recurso humano sino también a los recursos materiales y económicos .

El trabajo de Watson, contribuye a la sensibilización de los profesionales, hacia los aspectos más humanos, que contribuyan a mejorar la calidad de atención. El cuidado es la esencia de Enfermería, constituidos por acciones transpersonal e intersubjetivas para proteger, mejorar y preservar la humanidad, ayudando así a la persona a hallar un significado a la enfermedad, sufrimiento, dolor y existencia y ayudar a otro a adquirir autocontrol, autoconocimiento y auto curación. El cuidado humanizado debe estar inmerso en una filosofía de vida del quehacer enfermero que cuida y que debe cuidarse para garantizar la calidad de cuidados que brinda en los diferentes escenarios del ámbito de la salud. (Rosa Guerrero-Ramírez, 2016)

El cuidado sanitario tiene metas específicas, se apoya en un contexto epistemológico, y se formaliza y desarrolla por medio de una serie de técnicas aprendidas en la formación profesional de enfermería. Los cuidados en nuestra cultura y tiempos históricos actuales necesitan una fuerte reconsideración hacia la humanización de la salud, en la que los cuidados se sitúan ética y profesionalmente, pero que están en una tensión con los discursos dominantes, a saber: la tecnología, la enfermedad y la práctica basada en la evidencia; visiones en donde la enfermería y sus practicantes no aclaran aún por cuál corriente optar o cómo intentar convivir con ellas. Nos situamos además en un mundo globalizado, pluricultural y secular donde la negación del otro se ha transformado en una práctica cotidiana. Teoristas como Watson son vigentes y oportunas para reflexionar y repensar las formas de conducirnos en el trabajo diario.

Los supuestos que establece Watson, son premisas asumidas como verdad sin comprobación:

- El cuidado sólo puede ser demostrado practicado efectivamente en una relación interpersonal.
- El cuidado está condicionado a factores de cuidado, destinados a satisfacer necesidades humanas.
- El cuidado efectivo promueve la salud y crecimiento personal y familiar. El cuidado promueve la satisfacción de necesidades, por tanto propende a la relación armónica del individuo consigo mismo y su ambiente. Un ambiente de cuidado es aquel que promueve el desarrollo del potencial que permite al individuo elegir la mejor opción, para él o ella, en un momento preciso.
- La ciencia del cuidado es complementaria de la ciencia curativa. El cuidado no es sólo curar o medicar, es integrar el conocimiento biomédico o biofísico con el comportamiento humano para generar, promover, o recuperar la salud.
- La práctica del cuidado es central en la enfermería. Enfermería debe focalizarse en un acompañar sensible pero responsable, basado en el conocimiento y en la práctica de una actitud terapéutica. La enfermera, entonces, como acota Watson, es responsable de ofrecer condiciones para que el paciente/usuario resuelva sus propios predicamentos. (V., 2011)

-

Material y métodos.

Diseño metodológico:

La investigación comprende un abordaje cuantitativo ya que el mismo es secuencial y probatorio, lo que significa que siguen un orden detallado y riguroso en el planteamiento de su diseño y plan de trabajo con cronograma.

El tipo de estudio será observacional no exploratorio, descriptivo. Las variables son estudiadas tal como se presentan en la realidad, sin manipulación. En este caso las variables a

observar en su realidad son calidad de atención percibida y satisfacción de los usuarios y cuál es su relación en un momento dado.

Según la cantidad de mediciones de las variables, el estudio será transversal ya que la medición se hará por única vez. Y dentro de esta clasificación el proceso será descriptivo porque indagaran la incidencia de las modalidades de las variables en la población estudiada. Estará dirigido a determinar “como es” o “como esta “la situación de las variables en estudio; La presencia o ausencia de algo; la frecuencia con que ocurre un fenómeno.

Según el momento en que ocurren los hechos y el registro de la información de las variables, el estudio será prospectivo, ya que se recolectaran datos primarios, si bien se medirá la percepción de acuerdo a la atención que ha recibido o está recibiendo los datos se recabaran de ahora en adelante no son datos del pasado, la fuente también es actual, es el propio sujeto de estudio en el momento presente. (Sampieri, 2014)

Sitio y contexto

Hospital geriátrico provincial de rosario:

El sitio fue seleccionado a través de una guía de relevamiento de datos que se encuentra en el anexo I (guía de relevamiento de sitio), cuyo objetivo fue comprobar los criterios de elegibilidad del sitio: Hospital geriátrico con población residente de adultos mayores de 65 años, con diversas salas, incluidas aquellas exclusivas de mujeres lo que permite abarcar mayor población para el proyecto, posee además personal de enfermería profesional que se encarga de brindar los cuidados y características de residencia tipo hospital. Anexo III (resultados del estudio exploratorio)

Dicho hospital es de autogestión lo que le permite generar servicios y prestaciones, pudiendo facturar aranceles según nomencladores oficiales. Brinda servicios de fisiatría y rehabilitación, consultorio externo de enfermería además (oftalmología, cardiología, psiquiatría, clínica geriátrica, etc.) Posee también farmacia y laboratorio entre otros. Pertenece al segundo nivel de atención, los residentes son mayores de 65 años, en la mayoría de las situaciones son casos sociales. Las salas están dispuestas por género, obra social o no y grado de dependencia. Los cuidados que allí se brindan son integrales, cuenta con una sala de cuidados paliativos, para pacientes crónicos que padecen enfermedades terminales. El tipo de atención es de baja complejidad dirigido a pacientes crónicos. Las salas están distribuidas de la siguiente manera: tres Sala de mujeres, tres de hombres y una unidad de cuidados paliativos.

Población y Muestra:

La población son todas las mujeres adultas mayores a partir de los 65 años que residen en la institución. La población total con estas características es de aproximadamente 69.

Se tomará población total al ser un número reducido de unidad de análisis.

Los criterios de inclusión son; que sean mujeres, a partir de los 65 años de edad y que residan en el lugar. Quedan excluidos residentes que presenten alteraciones de salud mental, que no puedan expresarse de forma verbal y que por motivos de edad muy avanzada y senilidad no estén en condiciones de participar. Además de aquellas residentes mujeres que formaron parte de la prueba piloto.

Los resultados de esta investigación serán generalizables solo a la población de estudio dentro del hospital geriátrico, ya que se refiere a salas que están dentro de la institución referidos al sexo femenino.

Técnica e instrumento de recolección de datos.

Operacionalización de las variables:

Variable: Calidad de atención percibida:

Tipo: cualitativa, compleja

Función: Independiente.

Escala de medición: Nominal.

Definición conceptual: Es el conjunto de servicios sanitarios tendientes a asegurar a cada paciente una atención máxima, mediante avances científicos, capacitación profesional, buenas relaciones interpersonales y capacidad de respuesta o funcionalidad.

Dimensiones:

Técnica: Se refiere a Competencia o calidad técnica.

Indicadores: Fiabilidad/Profesionalidad/Seguridad.

-¿El comportamiento de los enfermeros infunde confianza en usted?

-¿Se siente seguro en el trato que realiza con los jefes del servicio o directivos de la institución?

-¿Los enfermeros cuentan a su entender con los conocimientos para responder a sus preguntas?

Humana: Se refiere a Competencia o calidad humana, calidez.

Indicadores: Comunicación/comprensión/cortesía.

-¿Le brinda a su criterio atención personalizada el servicio?

-¿Los empleados son corteses de manera constante con usted?

-¿Se siente escuchado por los empleados cuando solicita algo en particular?

-¿Mantiene una comunicación fluida con los empleados del servicio, por ejemplo, conoce sus nombres, los identifica?

Del entorno: Se refiere a Calidad operativa o funcional.

Indicadores: Integralidad/ oportunidad/Continuidad.

-¿Posee para usted la institución equipos de aspecto moderno?

-¿Le parecen atractivas las instalaciones físicas de la institución?

-¿Los empleados de la empresa, se ven pulcros?

-¿Los materiales asociados con el servicio, se ven para usted atractivos o en condiciones optimas, por ejemplo, tensiómetro, balanza para obtener el peso, nebulizadores, etc.?

Definición operacional: Procedimiento; La recolección de datos se llevara a cabo por medio de un cuestionario con preguntas cerradas, qué mide las expectativas, según escala de SERVQUAL (Morales, 2005)

Variable: Satisfacción del usuario

Tipo: Cualitativa, compleja

Función: Dependiente.

Escala de medición: Nominal

Definición conceptual: Puede definirse como la medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumplen con las expectativas del usuario.

Dimensiones: Organizativas: tiempos de espera, ambiente de la atención.

Indicadores:

¿Considera satisfactorio el tiempo de respuesta que recibe en la atención personal y la respuesta del enfermero/a del servicio?

¿Se siente satisfecho en cuanto a la administración de medicamentos y/o laboratorios?

¿Se siente satisfecho en cuanto al ambiente de higiene y seguridad que le brinda la institución?

¿Cree que es satisfactoria las condiciones edilicias de la institución, el mantenimiento y mejoras de los mismos?

Dimensión: Atención recibida: Repercusión en el estado de salud de la población y trato recibido.

Indicadores:

¿Considera aceptable y satisfactorio el trato que recibe de los profesionales del servicio?

¿Considera satisfactorio el cuidado que tiene de su salud, con el cuidado recibido?

¿Se considera satisfecho en la relación que mantiene con el médico de la institución y la comunicación con este y los demás profesionales?

Definición operacional: Procedimiento; La recolección de datos se llevara a cabo por medio de un cuestionario con preguntas cerradas, que mide la percepción, según escala validada de SERVQUAL (Morales, 2005).

Para la recolección de los datos, la técnica utilizada será una encuesta, debido a que los datos que se necesitan responden a opinión, percepción y a la necesidad de que la unidad de análisis responda a cada indicador, no es factible de ser medida por la observación, y el instrumento será a través de un cuestionario, se justifica la recolección de la misma ya que es de aporte para la investigación que la recolección de datos sea a través de la interacción con los mismos usuarios. Se utilizara un instrumento ya validado que es la Escala Multidimensional SERVQUAL (Valerie A. Zeithaml A. &. Valerie A. Zeithaml A. &, 1988)

Es una herramienta para la medición de la calidad del servicio, mide y relaciona percepción del cliente y expectativas respecto de calidad de servicio. Los autores sugieren que la comparación entre las expectativas generales de los usuarios (clientes, usuarios, pacientes, etc.) y sus percepciones, puede constituir una medida de calidad del servicio, y la brecha existente entre ambos un indicador para mejorar. La escala multidimensional SERVQUAL se asocia al "Modelo de las brechas sobre la calidad en el servicio". Se conoce también como el modelo de las cinco brechas ya que contempla la posible existencia de cinco tipos de discrepancias o "brechas" en la cadena de servicio de una Organización. Mediante la Identificación de estas brechas, se pueden localizar áreas de oportunidad en el servicio al cliente.

Satisfacer al cliente en cuanto a calidad de servicio implica, por una parte, cerrar la brecha del cliente, es decir, el vacío entre sus percepciones y las expectativas, y por otra parte,

cerrar la brecha del proveedor del servicio o causas que originan la brecha del cliente. Con ello se refiere a no saber lo que el cliente (usuario) espera, no seleccionar el diseño ni los estándares del servicio correctos, no entregar el servicio con los estándares adecuados ni igualar el desempeño con las promesas. (Morales, 2005)

La escala consta de cinco dimensiones que se utilizan para juzgar la calidad de los servicios de una organización: Confiabilidad/Responsabilidad / Seguridad /Empatía/ Bienes materiales o tangibles.

En base a las cinco dimensiones mencionadas se estructuran dos instrumentos de medición, que en conjunto entregan una medida de la calidad de servicio para el cliente

- 1) Evaluación de expectativas de calidad de servicios
- 2) Evaluación de la percepción de calidad de servicios.

El cuestionario consta de 21 ítems cada uno, divididos en las 5 dimensiones, el tipo de preguntas es cerrado. El mismo se podrá observar en el anexo 2.

A lo largo del proyecto se tendrá en cuenta que tanto las fuentes que componen el estado del arte e instrumentos a utilizar, sean validos y confiables para su uso en personas. Como premisa fundamental se tuvo en cuenta el principio de beneficencia; "sobre todo no dañar", que los sujetos que conforman la población en estudio no estén expuestos a daños físicos ni psicológicos, es muy importante lo inherente a su estructura psíquica, ya que durante el interrogatorio se pueden dar temas ligados a la privacidad o roce algún área sensible, debe asegurarse que se mantendrá la confidencialidad y que bajo ninguna circunstancia los datos obtenidos serán revelados ni difundidos.

Otro principio que se tendrá en cuenta es el respeto a la dignidad humana, que implica el derecho a la autodeterminación y a la información completa, que los sujetos decidan en forma voluntaria si participan o no, el momento en que quieran retirarse y rehusarse a dar información cuando considere que invade su privacidad, debe contar con la suficiente y completa información, es decir contar con el consentimiento informado, previo al cuestionario.

Otro de los principios es el de justicia que incluye el derecho del sujeto a un trato justo y a preservar su intimidad, distribuir por igual los riesgos y beneficios de la participación, el reclutamiento y la selección deberán hacerse de manera equitativa. El principio de justicia prohíbe poner a un grupo de personas en situación de riesgo para beneficiar únicamente a otro.

Para todo esto se utilizará un documento de consentimiento informado, detallando la descripción de la investigación y de la participación de cada uno, los riesgos y beneficios, la explicación de

confidencialidad y de que la participación es voluntaria y que pueden retirarse en cualquier momento de la investigación si así lo deciden. Se ha tenido en cuenta el derecho de los sujetos a un trato justo y a preservar su identidad con el anonimato, además de evitar cualquier tipo de riesgo físico o mental que pueda ocasionarles la investigación.

El control del instrumento que se aplicará para su validación, es través de la prueba piloto, por un medio virtual a la población en estudio, a quienes se les explico el objetivo de la investigación. las posibles amenazas son, inestabilidad del instrumento, administración de pruebas y difusión de tratamiento. Los resultados de la prueba piloto se pueden observar en el (anexo IV)

En el Anexo II se incluirá el Consentimiento Informado incluido en cada instrumento.

Debilidades.

Utilizar instrumentos validados: Se refiere a ser fiel a este instrumento que, las variables deberán ser definidas conceptualmente apoyadas en la teoría que el autor del instrumento se apoyó. Por lo tanto se respetarán las dimensiones e indicadores planteados, el tipo de respuestas y la escala de reconstrucción de la variable, cosa que puede surgir en el transcurso del proyecto de investigación que haya poca o nula representatividad del mismo y por lo tanto ya no tenga validez el instrumento como tal.

Utilizar instrumentos inadecuados en las unidades de análisis: Los instrumentos deben ser confeccionados con un lenguaje claro, sin tecnicismos, como investigadores se debe adaptar a la población o muestra, los ítems deben ser claros, nadie contesta una pregunta o recolección de los datos (no se comprenden los ítems, nadie contesta la pregunta XXX o la respuesta que emiten, no responde al dato buscado, se debe entender que se trata de adultos mayores, los cuales pueden presentar diferentes niveles de educación, por lo que es relevante conocer en profundidad las características de la población y contexto de estudio.

Condiciones de aplicabilidad: Se deberá tener en cuenta, el contexto en el que se aplicará el instrumento, asegurar que el ambiente sea tranquilo, sin interrupciones, que la encuesta no sea excesivamente larga o tediosa.

Falta de estandarización: Las instrucciones deben ser claras para toda la población, el orden de las preguntas no deben ser alteradas.

Aspectos Mecánicos: En el caso de instrumentos escritos, se debe asegurar claridad en las instrucciones de llenado, asegurar el espacio adecuado para las repuestas.

Personal a cargo de la recolección de datos.

El personal a cargo de la recolección de datos es el propio investigador, debido al contexto de pandemia que se atraviesa, se contara con la colaboración de una persona para realizar la prueba piloto, la cual se entreno para guiar en la lectura del instrumento, dentro de un circulo cercano al investigador, a quienes se les explico el objetivo del estudio.

Plan de análisis:

El tipo de análisis de datos es cuantitativo ya que se les dará una escala numérica pre codificado a las preguntas del cuestionario. Para el análisis estadístico de los datos se van a utilizar estadísticas descriptivas que sirven para describir y sintetizar los datos.

Calidad de atención percibida: Variable cualitativa, compleja independiente y La escala de medición de esta variable será nominal ya que en estas hay dos o más categorías que no tienen relación entre sí, lo que se mide es la percepción de la persona según las siguientes categorías: Fiabilidad, Profesionalidad, Seguridad. Comunicación, comprensión, cortesía Integralidad, oportunidad, Continuidad. Ninguna de estas categorías presenta mayor jerarquía, sino que reflejan diferencias en la variable.

Satisfacción del usuario: Variable cualitativa, compleja, dependiente y La escala de medición de esta variable será también nominal ya que en estas hay dos o más categorías que no tienen relación entre sí, lo que se mide es la percepción de la persona según las siguientes categorías Fiabilidad, Profesionalidad, Seguridad. Comunicación, comprensión, cortesía Integralidad, oportunidad, Continuidad. Ninguna de estas categorías presenta mayor jerarquía, sino que reflejan diferencias en la variable.

La reconstrucción de las variables complejas se llevara a cabo por medio de una pre codificación de los ítems del cuestionario. La escala determina la calidad de servicio mediante la diferencia entre expectativas y percepciones valorando ambas a través de un cuestionario de 21 ítems

cada uno, divididos en las 5 dimensiones, es decir, confiabilidad, responsabilidad, seguridad, empatía, y Bienes materiales o tangibles. Cada uno de los ítems es medido a través de una escala numérica de likert que va desde una calificación 1, para una percepción o expectativa muy baja para el servicio en cuestión, hasta una calificación 7, para una percepción o expectativa muy elevada del mismo servicio. Una vez tabulada la información de los cuestionarios, para obtener el valor de las brechas, se calculan las respectivas medias para cada afirmación y dimensión. Se calcula también la respectiva desviación típica en cada caso, para asegurarse que los valores de las medias sean representativos de las respuestas del conjunto de cuestionarios procesados. Para cada dimensión y cada afirmación incluida en ellas, se procede a calcular la brecha absoluta, la que se obtiene de restar el valor medio respectivo correspondiente a expectativas de la afirmación o dimensión, según sea el caso, del valor medio respectivo correspondiente a percepciones. ($P - E$). Si dicho valor es positivo ($P > E$), significara que la percepción supera a la expectativa y por lo tanto existe satisfacción en ese ítem. Por el contrario, si dicho valor es negativo ($P < E$), significa que no se cumple con la expectativa y por lo tanto existe insatisfacción.

Plan de trabajo y cronograma de actividades

Los insumos necesarios serán: Cuestionarios para cada unidad de análisis, lapiceras, transporte del investigador y programa informático para la codificación y reconstrucción de las variables.

El tiempo estimado de duración de las entrevistas es de 15 min por unidad de análisis.

Actividades	Tiempo					
	ENERO	FEB	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
Recolección de datos	R					
Tabulación de los datos						
Análisis e interpretación de los datos						
Elaboración de la discusión						
Elaboración de la conclusión						
Redacción del informe final						
Difusión de los resultados						

Anexos

Anexo I

Guía de relevamiento de sitio

¿La institución autoriza la recolección de datos?

¿La institución permite la publicación de los resultados de la investigación?

¿Cuántas personas residen actualmente en la institución?

De la pregunta anterior. ¿Cuántos son varones y cuantas mujeres?

¿Cuánto personas residen por sala?

¿Cuántas camas disponibles existen en la institución?

¿A partir de que edades son admitidas las personas?

¿Existe protocolo de admisión?

¿Qué número de salas posee?

¿Cuántos profesionales de enfermería hay por sala y cuantos turnos?

¿Cuántos de estos son licenciados y cuantos enfermeros?

¿Cuántos supervisores poseen cada sala?

¿Existen reuniones interdisciplinarias periódicas?

¿El hospital ofrece atención a los usuarios sobre especialidades médicas, como ser ejemplo: oftalmología?

¿Cuándo se realizó la última refacción y/o actualización de las instalaciones?

¿Cuentan las instalaciones con climatización calor/frío?

¿Posee libro de quejas para familiares y/o residentes?

¿Elabora la institución los alimentos que reciben los residentes?



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
Universidad Nacional de Rosario

--- Quien suscribe, Esp. Rosana Nores, Profesora Titular de la Actividad Académica
Tesina de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Cs. Médicas de la Universidad
Nacional de Rosario, certifica que MARÍA DE LOS ANGELES BAGHERE
es estudiante de la carrera Licenciatura en Enfermería.

Ella misma/a deberá relevar datos de la Institución de Salud con el objeto de
concretar su proyecto de finalización de la carrera de grado.

La identidad de la institución no será divulgada, en dicho proyecto, los datos
solicitados sólo contribuirán a la planificación de los aspectos metodológicos requeridos, en
esta actividad académica.

Esperamos contar con su valiosa participación, en la formación de nuevos
profesionales. Saluda a Ud. muy atentamente.

P/D: A pedido del interesado, se expide la presente constancia en la ciudad de Rosario,
Provincia de Santa Fe, a los _____ 2020

Santa Fe 3100
Rosario 20004r
Tel. 341 4804558
Fax 341 4804560
www.fmec.unr.edu.ar

Rosana Nores

Nores, Rosana

[Signature]
Dr. JUAN E. A. MARTÍNEZ
Médico Especialista Psiquiatra de Rosario
M.P. 12003

Rosana Nores
UNIDAD DE SALUD PSICHIÁTRICA

ESCALEADO CON C

Anexo II

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El/La autor/a del presente proyecto de investigación María de los Ángeles Bagliere DNI.N° 27750338 tel. n° 3415049834, solicita su colaboración para acceder a responder cuestionario ,el cual ofrece importante información para llevar a cabo el estudio que tiene como objetivo general “ Analizar la relación que existe entre la calidad de atención percibida del servicio y la satisfacción de los usuarios en tres salas de mujeres del hospital geriátrico de la ciudad de rosario durante el primer trimestre del 2021.” con el propósito de “Mejorar la calidad de atención percibida”.

Tenga presente que en cualquier momento Ud. tiene derecho de dejar de participar cuando así lo desee.

De acuerdo a la Ley 25326, se garantiza la confidencialidad de los resultados y el anonimato de toda la información que se brinde.

Se agradece gratamente su colaboración y participación en el estudio.

A continuación, luego de recibir la información pertinente y habiendo comprendido mis derechos... acepto participar de dicho estudio sin recibir apoyo económico o de otra naturaleza y en conocimiento de que los resultados del estudio me serán proporcionados si los solicito al responsable del mismo. Dejo constancia que recibo los datos del autor del proyecto para localizarlo ante cualquier inquietud.

Fecha:

Firma:.....

Cuestionario.

El siguiente cuestionario es realizado por la propia autora del proyecto y con el debido consentimiento informado firmado por parte de los sujetos participantes el cual además contiene sus respectivas instrucciones. Agradecemos la colaboración durante todo el proceso de los participantes.

Cuestionario sobre expectativas de calidad de servicios:

Instrucciones:

Basado en su experiencia con servicios de salud para adultos mayores, piense en una que brindaría una excelente calidad en el servicio, en la que usted estaría complacido de residir. Por favor, encierre el 1 si la característica no es totalmente esencial. Encierre el 7 si la característica es absolutamente esencial. Si su decisión no es muy definida, encierre uno de los números intermedios. No existen respuestas correctas ni incorrectas, sólo interesa obtener un número que refleje lo que usted piensa.

Declaraciones sobre las expectativas de la dimensión fiabilidad								
		Total desacuerdo total acuerdo						
		1	2	3	4	5	6	7
1	Cuando una institución excelente promete hacer algo en un tiempo determinado, lo cumple.							
2	Cuando un residente tiene un problema, una institución excelente muestra sincero interés por resolverlo.							
3	Una institución excelente desempeña el servicio de manera correcta a la primera vez.							
4	Una institución excelente proporciona sus servicios en la oportunidad en que promete hacerlo							
5	Una institución excelente mantiene informados a los clientes sobre el momento en que se van a desempeñar los servicios.							
Declaraciones sobre expectativa de la dimensión de responsabilidad								
		Total desacuerdo total acuerdo						
		1	2	3	4	5	6	7

1	Los enfermeros de una institución excelente brindan el servicio con prontitud a los residentes.							
2	Los enfermeros de una institución excelente siempre se muestran dispuestos a ayudar a los residentes.							
3	Los enfermeros de una institución excelente nunca están demasiado ocupados como para no atender a un residente.							
Declaraciones sobre expectativas de la dimensión seguridad								
		Total desacuerdo total acuerdo						
		1	2	3	4	5	6	7
1	El comportamiento de los enfermeros de una institución excelente debe inspirar confianza							
2	Al realizar transacciones con una institución de calidad se debe sentir seguro							
3	Los profesionales de una institución excelente tratan a los residentes siempre con cortesía.							
4	Los profesionales de una institución excelente cuentan con el conocimiento para responder las consultas de los clientes.							
Declaraciones sobre expectativas de la dimensión empatía								
		Total desacuerdo total acuerdo						
		1	2	3	4	5	6	7
1	Una institución excelente le brinda atención individual.							
2	Una institución excelente cuenta con enfermeros que le brindan atención personal							
3	Una institución excelente se preocupa de cuidar los intereses de sus residentes							
4	Los profesionales de una institución excelente entienden sus necesidades específicas.							

Declaraciones sobre expectativas de la dimensión bienes tangibles								
		Total desacuerdo total acuerdo						
		1	2	3	4	5	6	7
1	La apariencia de los equipos de una institución excelente es moderna							
2	Las instalaciones físicas de una institución excelente son visualmente atractivas							
3	La presentación de los profesionales de una institución excelente debe ser buena							
4	Los materiales asociados con el servicio (como folletos o catálogos) de una institución excelente son visualmente atractivos.							
5	Los horarios de actividades de una institución excelente deben ser convenientes.							

Evaluación de las percepciones sobre calidad de servicios

Cuestionario sobre percepciones:

Instrucciones:

Piense en como lo hace la institución en que reside cuando se trata de brindar servicios e indique su percepción en cada pregunta del cuestionario. Encierre el 1 si usted siente que la característica no es totalmente satisfecha. Si cree que la característica es absolutamente satisfecha por la institución, encierre el número 7. Si su decisión no es muy definida, encierre uno de los números intermedios. No existen respuestas correctas ni incorrectas, sólo interesa obtener un número que realmente refleje lo que usted piensa.

Declaraciones sobre las percepciones de la dimensión de la confiabilidad								
		Total desacuerdo total acuerdo						
		1	2	3	4	5	6	7
1	Cuando la institución promete hacer algo en un tiempo determinado ,lo cumple							
2	Cuando usted tiene un problema ,la institución muestra sincero interés para resolverlo							

3	La institución desempeña el servicio de manera correcta la primera vez							
4	La institución proporciona sus servicios en la oportunidad que promete hacerlo.							
5	La institución lo mantiene informado sobre el momento en que se van a desempeñar los servicios.							
Declaraciones sobre las percepciones de la dimensión de responsabilidad								
		Total desacuerdo total acuerdo						
		1	2	3	4	5	6	7
1	Los enfermeros de la institución le brindan el servicio con prontitud.							
2	Los enfermeros de la institución siempre se muestran dispuestos a ayudarlo.							
3	Los enfermeros de la institución nunca están demasiado ocupados como para no atenderlo.							
Declaraciones sobre las percepciones de la dimensión de seguridad								
		Total desacuerdo total acuerdo						
		1	2	3	4	5	6	7
1	El comportamiento de los enfermeros de la institución le inspira confianza.							
2	Se siente segura al realizar transacciones con la institución.							
3	Los profesionales de la institución la tratan siempre con cortesía.							
4	Los profesionales de la institución cuentan con el conocimiento para responder a sus consultas							
Declaraciones sobre expectativas de la dimensión empatía.								
		Total desacuerdo total acuerdo						
		1	2	3	4	5	6	7
1	La institución le brinda atención individual.							
2	La institución cuenta con enfermeros que le brindan atención personal.							
3	La institución se preocupa de cuidar sus intereses							

4	Los profesionales de la institución entienden sus necesidades específicas.							
Declaraciones sobre expectativas de la dimensión bienes tangibles.								
		Total desacuerdo total acuerdo						
		1	2	3	4	5	6	7
1	La apariencia de los equipos de la institución es moderna							
2	La instalación física de la institución es visualmente atractiva.							
3	La presentación de los profesionales de la institución es buena.							
4	Los materiales asociados con el servicio (como folletos o catálogos) de la institución son visualmente atractivos.							
5	Los horarios de actividades de la Institución son convenientes.							

Anexo III

Guía de relevamientos de datos del sitio:

La institución autoriza la recolección de datos y permite la publicación de los resultados de la investigación.

Actualmente residen 159 adultos mayores de los cuales aproximadamente 90 son varones y 69 mujeres hasta el año 2019. Encontrándose un total de 44 camas libres al día de hoy.

Las personas son admitidas a partir de los 65 años. Pero depende del caso clínico que se presente, ya que una problemática que se presenta en el último tiempo, es la demanda de ingresos a personas menores a dicha edad, incluso personas jóvenes con altos grados de dependencia. Por ejemplo para ser ingresados en la unidad de cuidados paliativos. Es importante resaltar que muchas veces se considera que nuestra institución no es un lugar adecuado para el alojamiento de los mismos, pero debido a la falta de instituciones en nuestra ciudad que puedan dar ingreso a estos sujetos, se evalúa la solicitud. Son los sujetos que quedan por fuera de los perfiles de la institución e incluye tanto a varones como mujeres adultos maduros menores de 65 años.

Existe protocolo de admisión, la institución cuenta con un comité de admisión el cual está conformado por un médico, Trabajadora social, Supervisora de enfermería, Psicóloga y de acuerdo al caso clínico con una psiquiatra.

Al ser un Hospital Geriátrico, los sujetos de internación deben cumplir ciertos requisitos. Deben ser mayores de 65 años, poseer una enfermedad crónica que requiera de cuidados hospitalarios. Al mismo tiempo al ser un efector de segundo nivel de complejidad se evalúa en el cuadro clínico el grado de dependencia, el informe psicológico y social teniendo como parámetro el cuidado que puede ofrecerle o no la institución. Posee 10 salas en total, 3 de mujeres, 4 de hombres y una mixta.

La cantidad de profesionales de enfermería depende de la cantidad de usuarios por sala, sala de 42 camas, dotación turno mañana 1 Enfermero Lic. Jefe, 4 Enfermeros profesionales asistencial y un enfermero de tarea livianas. Turno tarde 4 enfermeros por turno, hasta las 18 hs, luego 3 enfermeros hasta las 23 hs, luego 2 enfermeros turno noche. Se cuenta con 12 licenciados aproximadamente y el total aproximado al año 2019 era de 162 enfermeros.

Los supervisores para cada sala son 5, distribuidos por turno para toda la Institución, y cubrir fin de semana y feriados. Existen reuniones interdisciplinarias periódicas, son mensuales en cada sala, con el equipo de salud responsable.

En contexto de pandemia, estas reuniones se están llevando a cabo según las problemáticas, necesidades y demandas que urge resolver en equipo.

Se creó un equipo de contención de salud mental, se realizan reuniones por salas, dirigidas al personal.

El hospital ofrece atención a los usuarios sobre especialidades médicas, hay especialidades en Urología, Fisiatría, Reumatología, Cardiología, Psiquiatría, Radiología, Cuidados Paliativos, Psicología, Trabajo Social, Nutrición y Odontología. Estos cuatro últimos como Profesiones de Salud.

La última refacción y/o actualización de las instalaciones por ser un edificio antiguo, requiere mantenimiento continuo fue en 2019, los baños de Sala San Juan.

Todas las salas poseen refrigeración y calefacción centralizada.

Posee libro de quejas para familiares y/o residentes a disposición.

La institución cuenta con cocina propia, pero es un servicio tercerizado. Una empresa privada es quien licito el servicio. Empresa Gourmet, utiliza el sistema de cocinar en cocina centralizada y congelada. Luego son entregadas a nuestro efector, donde el personal del servicio de Nutrición y sus empleadas camareras se ocupan de acondicionar y entregar individualmente el menú a cada residente.

Anexo IV

Resultados de la prueba piloto del instrumento.

La prueba piloto se realizó sobre cuatro mujeres adultas mayores de la institución. El cuestionario fue realizado a través de medios virtuales actuales de comunicación, debido al contexto mundial de pandemia que atraviesa la sociedad en su conjunto y con la ayuda de un colaborador quien fue entrenado para guiar las preguntas y/o malentendidos debido a la calidad de la comunicación. Se informó acerca de los objetivos y alcances de la investigación, se entregó consentimiento informado, e instrucciones.

El tiempo de obtención de las respuestas por persona es de entre 10 a 15 minutos, las participantes entendieron cada pregunta y cada valor a asignar, se entendió de manera clara el cuestionario referido a la percepción del servicio, debiendo solo aclarar el de expectativas, ya que refiere a lo que uno esperaría al llegar a una institución geriátrica, dentro de los controles de validez se tuvo en cuenta la difusión del instrumento, por lo que se mantuvo a las participantes separadas entre sí. Las posibles amenazas que representa este instrumento son que la aplicación de la prueba o instrumento de medición antes del momento de recolección de los datos, influya sobre la respuesta de los individuos. (Por ej. Que recuerden las respuestas), motivo por el cual quienes integran la prueba quedarán dentro de los criterios de exclusión, no siendo asignadas a la población en estudio. Lograr un ambiente más personal y relajado que la virtualidad, ya que de manera presencial el investigador puede generar mayor confianza y entendimiento en las preguntas, ya que las señales de internet predisponían a confusión en cuanto a la escucha.

Bibliografía

- Tisnés, A., & Salazar-Acosta, L. M. (22 de abril-junio de 2016). *redalyc*. Obtenido de redalyc: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11245987008>
- Chavez, D. p. (2015). *slideshare*. Obtenido de slideshare: <https://www.slideshare.net/wopch/dimensiones-de-la-calidad-en-salud>
- Concepto definicion.de, R. O. (2019). definicion de adulto mayor. *concepto definicion*, 1.
- Conexionesan. (2016). Los diferentes conceptos de calidad en salud. *Conexionesan*.
- definicion de adulto mayor. (2019). *concepto definicion*, 1.
- Enfermería, R. C. (2009). Roles que desempeñan profesionales en instituciones geriátricas de Bogotá. *Revista Colombiana de Enfermería*, 12.
- Fernández, E., & Estévez, M. (2013). *La valoración geriátrica integral en el anciano frágil hospitalizado:revisión sistemática*. Barcelona: GEROKOMOS. Obtenido de Scielo.
- López González, E. J., Cabrera Macías, L. G., & Cabrera Macías. (3 de mayo-junio de 2018). *redalyc*. Obtenido de redalyc: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180061648012>
- López González, E. J., Cabrera Macías, Y., & Díaz Quiñones, J. (3 de mayo-junio de 2019). *redalyc*. Obtenido de redalyc: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180062367014>

- López González, E. J., Cabrera Macías, Y., Díaz Quiñones, J. G., Cabrera Macías, Y., & Díaz Quiñones, J. (3 de mayo-junio de 2019). *redalyc*. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180062367014>
- Lopez Gonzalez, E. J., Lopez Cabrera, E., & Puerta Becerra, A. (Mayo-Junio de 2018). *Redalyc.Org*. Obtenido de [redalyc.Org: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180061648012](http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180061648012)
- Maria Aparecida Vasconcelos Moura, G. R. (4 de Diciembre de 2016). *Scielo*. Obtenido de Scielo: [Scielo.isciii.es/scielo.org/php/articleXML.hp?...](http://www.scielo.org/php/articleXML.hp?...)
- Morales, E. c. (2005). *Escala multidimensional Servqual*. Chile: Facultad de ciencias empresariales, universidad del Bio-Bio.
- Ramírez, P., & Muggenburg, C. (3 de Julio-Septiembre de 2015). *Redalyc*. Obtenido de Redalyc: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358741844006>
- Rosa Guerrero-Ramírez, M. E.-L.-R. (2016). Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. Lima-Callao, 2015. *Revista enferm Herediana*, 127-136.
- Salcedo Alvarez, R. A., Zarate Grajales, R. A., Zarza Arizmendi, M. D., Reyes Audiffred, V. D., & Fajardo Ortiz, g. (septiembre-diciembre de 2007). *La calidad de vida en los adultos mayores y su percepcion en la calidad de atencion de enfermeria*. Obtenido de Redalyc: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358741823002>
- Sampieri, D. R. (2014). Metodología de la investigación. En D. R. sampieri, *Metodología de la investigación* (pág. 736). Mexico: Mc Graw Hill Education.
- Sánchez Fernández, G., Naún Savón, Y., Baró Bouly, T., & Serrano Durán, C. (1 de enero-febrero de 2018). *redalyc*. Obtenido de [redalyc: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=551759182014](http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=551759182014)
- Tommey, M. (1994). Modelos y teorías en Enfermería. En M. Tommey, *Modelos y teorías en Enfermería* (pág. 3 edición). Buenos Aires: Mosby Doyma.
- V., E. U. (29 de Noviembre de 2011). *Scielo*. Obtenido de Scielo: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v17n3/art02.pdf>
- Valerie A. Zeithaml, A. &. (1988). *Escala Multidimensional Servqual*.
- Valerie A. Zeithaml, A. &. (s.f.). *Escala Multidimensional Servqual*.

Villafuerte Reinante, J., Alonso Abatt, Y. A., Alonso Vila, Y., & Alcaide Guardado. (1 de Febrero de 2017). *Redalyc*. Obtenido de Redalyc: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180049913012>