

PERCEPCIÓN DEL ADULTO MAYOR SOBRE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN  
SERVICIOS DE MEDICINA ESPECIALIZADA DEL HOSPITAL SANTA ROSA DE  
TENJO DURANTE LOS MESES JUNIO Y JULIO DEL AÑO 2015

HARRY ESPITIA SANABRIA  
HÉCTOR ANDRÉS SÁENZ RAMÍREZ

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES U.D.C.A.  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD – PROGRAMA MEDICINA HUMANA  
GRUPO DE INVESTIGACION ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ  
BOGOTA DC.  
2015

PERCEPCIÓN DEL ADULTO MAYOR SOBRE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN  
SERVICIOS DE MEDICINA ESPECIALIZADA DEL HOSPITAL SANTA ROSA DE  
TENJO DURANTE LOS MESES JUNIO Y JULIO DEL AÑO 2015

HARRY ESPITIA SANABRIA  
HÉCTOR ANDRÉS SÁENZ RAMÍREZ

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

DR. FERNANDO QUINTERO (INVESTIGADOR PRINCIPAL)  
DR. FERNANDO QUINTERO (ASESOR CIENTÍFICO)  
DOCENTE ALICIA GARAVITO (ASESORA METODOLÓGICA)

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES U.D.C.A.  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD – PROGRAMA MEDICINA HUMANA  
GRUPO DE INVESTIGACIÓN ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ  
BOGOTA DC.

2015

NOTA DE ACEPTACIÓN

---

---

---

---

---

Firma del presidente de jurado

---

Firma del jurado

---

Firma de jurado

Bogotá DC., 07 de Noviembre 2015

## DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación está dedicado a Dios, ya que nos ha dado la vida y la fortaleza para concluir este proyecto de vida, a nuestros padres, docentes y amigos por estar ahí cuando más los necesitamos y por habernos dado su constante apoyo y conocimiento para lograr nuestros grandes anhelos y hacer realidad nuestro sueño de ser profesionales.

## AGRADECIMIENTOS

Primero y antes que nada, dar gracias a Dios por estar en cada paso que damos, por fortalecer e iluminar nuestra mente y por haber puesto en nuestro camino a aquellas personas que han sido soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

Agradecemos a nuestras familias por el esfuerzo realizado, el apoyo constante en nuestros estudios, de no ser así no hubiese sido posible.

Agradecemos a nuestros docentes y amigos que nos brindaron el apoyo, la alegría y nos dieron la fortaleza necesaria para seguir adelante.

Un agradecimiento especial al Dr. Fernando Quintero, por la colaboración, paciencia y apoyo, y sobre todo por esa gran amistad que nos brindó durante todo el proceso académico, dándonos conocimientos para nuestro buen desenvolvimiento social y personal.

## CONTENIDO

	pág.
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
2. JUSTIFICACIÓN.....	16
3. OBJETIVOS.....	18
3.1. OBJETIVO GENERAL.....	18
3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	18
4. METODOLOGÍA.....	19
4.1. TIPO DE ESTUDIO.....	19
4.2. DISEÑO MUESTRAL.....	19
4.2.1. Unidad de análisis.....	19
4.2.2. Tamaño de muestra.....	19
4.2.3. Tipo de muestreo.....	19
4.2.4. Procedimiento de muestreo.....	19
4.2.5. Criterios de inclusión y exclusión.....	20
4.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	21
4.4. INSTRUMENTO.....	23
4.5. PLAN DE RECOLECCIÓN.....	23
4.5.1. Prueba piloto.....	23
4.5.2. Aplicación de la encuesta.....	23
4.6. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS.....	24
4.7. ASPECTOS E IMPLICACIONES ÉTICAS.....	25
5. MARCO TEORICO.....	26

5.1. PERCEPCIÓN .....	26
5.2. CALIDAD .....	26
5.3. CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD .....	28
5.4. ADULTO MAYOR .....	30
5.5. SATISFACCION .....	33
6. CRONOGRAMA .....	35
7. PRESUPUESTO.....	36
8. RESULTADOS .....	37
8.1. CARACTERIZACIÓN DEMOGRÁFICA.....	37
8.2. DESCRIPTIVOS DE LOS REACTIVOS DE LA PERCEPCIÓN DEL ADULTO MAYOR DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD .....	39
8.3. PERCEPCIÓN DEL ADULTO MAYOR DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD EN CADA SERVICIO ESPECIALIZADO.....	51
8.3.1. Caracterización de la población del adulto mayor según servicio demandado.....	51
8.3.2. Descriptivos de los reactivos de la percepción del adulto mayor de la calidad de la atención en salud según servicio especializado demandado.....	52
9. DISCUSIÓN.....	55
10. CONCLUSIONES .....	58
11. RECOMENDACIONES.....	59
13. ANEXOS .....	¡Error! Marcador no definido.64

## LISTA DE TABLAS

	pág.
Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión. . . . .	20
Tabla 2. Operacionalización de variables. . . . .	21
Tabla 3. Interpretación del nivel de percepción de acuerdo a la encuesta PECASUSS. . . . .	24
Tabla 4. Cronograma. . . . .	35
Tabla 5. Presupuesto. . . . .	36
Tabla 6. Ocupación según edad y género. . . . .	38
Tabla 7. Servicio demandado. . . . .	39
Tabla 8. Reactivos de la calidad. . . . .	39
Tabla 9. Trámite para ser atendido. . . . .	40
Tabla 10. Tiempo de espera. . . . .	41
Tabla 11. Percepción del tiempo. . . . .	41
Tabla 12. Solución a la necesidad. . . . .	42
Tabla 13. Respuestas del personal. . . . .	42
Tabla 14. Aseo de la institución. . . . .	43
Tabla 15. Estado de la planta física. . . . .	43
Tabla 16. Muebles y enseres. . . . .	44
Tabla 17. Trato de personal asistencial. . . . .	44
Tabla 18. Trato de personal administrativo. . . . .	45
Tabla 19. Cooperación entre funcionarios. . . . .	45



Tabla 20. Capacidad de los profesionales. . . . .	46
Tabla 21. Cuidado de salud en casa. . . . .	46
Tabla 22. Calidad del servicio. . . . .	47
Tabla 23. Atención general. . . . .	47
Tabla 24. Nivel de percepción según sexo y ocupación. . . . .	50
Tabla 25. Caracterización de la población según servicios demandados. . . . .	51
Tabla 26. Nivel de percepción según servicio demandado. . . . .	53
Tabla 27. Nivel de percepción según año 2008 vs 2015. . . . .	54

## LISTA DE FIGURAS

	pág.
Figura 1. Educación. ....	37
Figura 2. Estrato. ....	38
Figura 3. Ocupación. ....	38
Figura 4. Comentarios. ....	46
Figura 5. Nivel de percepción según sexo. ....	47
Figura 6. Percepción según servicio demandado. ....	48

## LISTA DE ANEXOS

	pág.
Anexo A. Instrumento de aplicación. ....	64
Anexo B. Formato de respuestas del instrumento. ....	65
Anexo C. Consentimiento informado. ....	66

## 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En 1990, la Asamblea General de las Naciones Unidas, realizan la “Ejecución del Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento y actividades conexas”, y designa el 1º de octubre el día internacional de las personas de edad (1). El 16 de diciembre de 1991, en su resolución 46/91, adoptó los “Principios de las Naciones Unidas para las Personas de Edad”, en su principio número 11 que se encuentra en el área de los cuidados, refiere que “las personas de edad deberán tener acceso a servicios de atención de salud que les ayuden a mantener o recuperar un nivel óptimo de bienestar físico, mental y emocional, así como a prevenir o retrasar la aparición de la enfermedad” (2). En el 2002, se aprobó el Plan Internacional de Madrid, para “responder a desafíos y oportunidades del envejecimiento de la población del siglo XXI y para promover el desarrollo de una sociedad para todas las edades” (3).

Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud – OMS y la Organización Panamericana en Salud – OPS, relatan un incremento rápido de la cantidad de personas existentes en el mundo y de predominancia adulta mayor, generando aumento progresivo de la población que padecerán enfermedades crónicas, por ende, la sociedad requiere de una adaptación a este fenómeno. Se estableció la “Estrategia y el Plan de Acción para la Salud de las Personas Mayores, en los que se definen las prioridades, para el período 2009-2018”, en el cual dentro de la segunda estrategia establece que los sistemas de salud deben adecuarse de la mejor manera que le permita al adulto mayor gozar de servicios y necesidades de salud (4).

El cambio que se está generando en la pirámide poblacional crea exigencias tangibles tanto en el ámbito familiar como en los sistemas y servicios de salud. La esperanza media de vida ha incrementado de una manera tan rápida desde los años 50 que en el año 2002 ya había pasado de 46 a 66 años de edad, y se prevé que para el año 2050 aumentara 10 años más, esto hace pensar que, a medida que pasa el tiempo, el mundo se envejece. Se espera que para el año 2050 la población que se encontraba aproximadamente en 600 millones en el año 2000 se cuadruplique y hallan 2000 millones; en el año 2000 se estimó que una de cada diez personas tiene 60 o más años de edad, en el año 2050 se estima que habrá una de cada cinco y para el año 2150 será una tercera parte de la población del mundo (3-5). Demográficamente se evidencia mayor población de adulto mayor en países en desarrollo, aproximadamente dos tercios de la población mundial, que

convivirán mayormente en zonas rurales, en cambio, en países desarrollados la población será menor y convivirán un porcentaje mayor en zona urbana. Existe un mito sobre la relación entre salud y el nivel socioeconómico, se dice que el adulto mayor goza de buena salud, 77%, en países desarrollados, mientras que menos del 50% de la población adulta mayor en países en desarrollo refieren tener buena salud (4).

El envejecimiento demográfico se define como el porcentaje en aumento de la población de edades avanzadas con respecto a la población total, se ha aceptado que las personas que habitan en un país en desarrollo, la edad para catalogarse como adulto mayor es de 60 años, en cambio, para una persona que reside en un país desarrollado, la edad es de 65 años. Además, el adulto mayor puede dividirse en dos momentos, la tercera y la cuarta edad, aunque es variable definir en qué grupo catalogar el adulto mayor, en América Latina se proponen los grupos de 60 a 74 años de edad y de 75 años en adelante, respectivamente. Aquellas personas que se encuentran en la tercera edad, por lo general cuentan con funcionalidad y capacidad suficiente para actuar con autonomía y llevar una buena calidad de vida, y quienes se encuentran en la cuarta edad, se caracteriza por pérdidas parciales de autonomía física, mental, social, económica o combinación entre ellas, lo que lleva a un deterioro en la salud y pérdida de capacidad social (6).

La OMS en 1946 definió la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (7). El ser humano cuenta con órganos y sistemas corporales que interactúan entre sí logrando una reserva máxima para desempeñar diversas funciones, las cuales se mantienen hasta la etapa de la adultez; en el momento de que inicia la etapa de adulto mayor, las reservas habituales comienzan a disminuir, causando un desequilibrio y por consiguiente la necesidad de tratamientos sustitutivos (6).

Las enfermedades crónicas que se presentan mayormente en personas adultas mayores a nivel de América Latina y el Caribe son la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, cáncer, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, las enfermedades cardiovasculares y la artritis reumatoidea (8). En Colombia se evidenció que aproximadamente el 40% de las personas que llegan a la etapa de adulto mayor no presentan enfermedades crónicas, y si se presenta, las más comunes son la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, la osteoporosis, la artritis, el asma, la gastritis, entre otras (9). Así mismo, también se presenta comúnmente la falta de memoria, disminución de la capacidad de atención, de la actividad intelectual, del razonamiento lógico y del cálculo, y sumado a las enfermedades crónicas, hacen que el adulto mayor sea incapaz de tomar propias

decisiones y aumente la necesidad de relación con el entorno (9).

Un sistema de salud debe cumplir cuatro funciones fundamentales, “la provisión de servicios, la generación de recursos, la financiación y la gestión” con el objetivo de mejorar la salud. Un buen sistema de salud mejora la calidad de vida de forma tangible, y el responsable de generar un desempeño adecuado de la salud es el gobierno (10-11).

Todas las personas en el mundo tienen como derecho la salud, y está consagrado en tratados internacionales y en las constituciones de países de todo el mundo. En Colombia, la constitución política en su artículo 49 describe el derecho a la atención de salud de una manera descentralizada, y deberá ser gratuita y obligatoria, pero adicionalmente, se creó la ley 1251 de 2008 que dicta normas tendientes a procurar la protección, prevención y defensa de los derechos de los adultos mayores, y en el artículo 17 de dicha ley, describe las áreas de intervención el cual en el párrafo 1º se estipula que “todo adulto mayor que reside en Colombia tendrán derecho a acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS, y al Plan Obligatorio de Salud – POS...” (12).

La prestación de servicios de salud tiene como objetivo “garantizar el acceso y la calidad de los servicios, optimizar el uso de los recursos, promover los enfoques de atención centrada en el usuario y lograr la sostenibilidad financiera de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas - IPS”. Actualmente Colombia cuenta con dos regímenes de salud, el régimen contributivo para aquellas personas que tienen capacidad de pago y el régimen subsidiado para la población pobre; en el año 2008 se encontró un aproximado de 40 millones de afiliados, los cuales, un 44% pertenecen al régimen contributivo y un 56% pertenecen al subsidiado. En el 2006, Colombia contaba con aproximadamente 60 mil prestadores de servicios de salud habilitados, siendo 15 mil de ellas IPS. Debido a la gran demanda que se evidenció y actualmente se evidencia en los sistemas de salud, se encontró un incremento de consultas durante el periodo de 2002 a 2006, encontrando en la consulta externa un aumento de consulta del 50% (13).

La OMS establece que en América Latina y el Caribe existen deficiencias en el sistema de atención entre el personal de la salud y los adultos mayores, siendo las más prevalentes la presencia de mala capacitación del personal, el exceso de trabajo, el déficit de atención, la falta de insumos y el deterioro de la infraestructura (14).

Los adultos mayores para los sistemas de salud son vistos como una “carga” que

les genera costos, poniéndole en riesgo la sostenibilidad financiera; creen que las enfermedades que posee cada adulto mayor son ocasionadas por la vejez o sencillamente que ha cumplido con todos sus propósitos en la vida. La discriminación que se está produciendo hacia los adultos mayores es debida a pensamientos erróneos y barreras de acceso para la atención, ya que al momento de recetar algún medicamento, los profesionales de la salud se apoyan en supuestos argumentos científicos basándose en interacciones o reacciones adversas que en realidad son inexistentes y/o los beneficios superan los riesgos (15).

La mala capacitación que se le brinda al personal de salud se debe a diferentes factores: 1. la inexistencia de un modelo de integración entre formación del personal y prestación de servicios, 2. la carencia de políticas de investigación que promueva la generación de conocimiento dentro del sector salud, 3. La poca educación continua y los pocos incentivos para la retroalimentación y mejoramiento del personal y 4. la escasez de acreditación en centros de formación que certifiquen una relación entre lo educativo y la atención de la salud (14-16).

El déficit de personal sanitario que existe en los diferentes prestadores de servicios de salud lleva a un incremento de las tareas que deben ejecutar diariamente, y como consecuente, la relación que existe con el usuario se vuelve muy limitada creándole un discomfort en la atención (16).

La falta de insumos y el deterioro de la infraestructura de algunas IPS, obligan al médico a buscar alternativas para realizar medicación y/o procedimientos apropiados para el paciente, muchos optan por recetar dosis de diferentes medicamentos para satisfacer al paciente y asegurarles que se dirijan a su casa con un medicamento en la mano, pero lo que les genera es una falla en el tratamiento o una mala adherencia, generando una deficiente calidad de salud (16).

La percepción que tiene el adulto mayor con respecto a la calidad de atención que se le brinda en la IPS influye de manera significativa en la salud, ya que diversos factores generan que el adulto mayor al momento de realizar una consulta sufran algún tipo de maltrato ya sea físico o psicológico, ocasionándole así un deterioro en su estado de salud y el no mejoramiento de la enfermedad que posee (15-16).

¿Qué percepción tiene el adulto mayor sobre la calidad de atención en servicios de medicina especializada del Hospital Santa Rosa de Tenjo durante los meses junio y julio del año 2015?

## 2. JUSTIFICACIÓN

El Hospital Santa Rosa de Tenjo es una “institución pública que presta servicios en la atención de baja complejidad, priorizando sus servicios en las áreas de prevención, promoción y salud pública. Realiza su tarea con sentido humano, enfoque integral, calidad y ética, destina su esfuerzo en la satisfacción del cliente externo en pro del bienestar de la comunidad a nivel local y regional” (17).

Dado lo anterior, se plantea que el servicio que se debe generar al usuario es una parte fundamental de cualquier institución prestadora del servicio interesado en satisfacer y generar impacto social en la comunidad. Por tal razón, se debe iniciar estrategias basadas en las percepciones de los usuarios con base en un estudio investigativo previo.

Las necesidades de mejoramiento en los aspectos de servicio al usuario son detectadas gracias a las insatisfacciones que se presentan durante la consulta. No obstante, cada institución prestadora de salud percibe que para satisfacer al usuario en todos los aspectos no solo debe disponer de infraestructura e insumos, sino que además debe propender atender las necesidades del usuario.

Es así como se genera la propuesta de realizar una medición de la calidad de atención de la salud, donde se establezca la percepción de los usuarios que asisten al servicio de medicina interna. Esto implica que como estudiantes de medicina humana de la Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales, y ejecutores de la mencionada investigación, puedan aplicarse conocimientos fundamentales sobre planeación y diagnóstico que conlleven a los objetivos propuestos para la presente propuesta.

El fin último de la investigación sugerida, es determinar la percepción del adulto mayor con respecto a la calidad de atención, que permita detectar falencias y realizar por parte de la institución objeto a estudio estrategias para el mejoramiento de la calidad del servicio ofrecido.

La metodología de trabajo incluye la aplicación de un instrumento que pueda ser medido y evaluado, en este caso la encuesta, de cuyos resultados debe surgir un diagnóstico base para la satisfacción del usuario en el momento de consultar a una institución.



Para la institución donde se realizará el presente proyecto, los resultados son esenciales para la toma de decisiones respecto a sus estrategias con los usuarios, y las necesidades internas que sugieren cambios en pro de mejorar el servicio.

### 3. OBJETIVOS

#### 3.1. OBJETIVO GENERAL

- Determinar que percepción del adulto mayor sobre la calidad de atención en servicios de medicina especializada del Hospital Santa Rosa de Tenjo durante los meses junio y julio del año 2015.

#### 3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Caracterizar la población de adultos mayores que acude a consulta de medicina especializada del Hospital Santa Rosa de Tenjo durante los meses junio y julio del año 2015.
- Identificar factores influyentes de insatisfacción de calidad de atención obtenidos durante la consulta de los servicios de medicina especializada del Hospital Santa Rosa de Tenjo durante los meses junio y julio del año 2015.
- Comparar los niveles de percepción de calidad de atención en los servicios de medicina especializada del Hospital Santa Rosa de Tenjo durante los meses junio y julio del año 2015.

## 4. METODOLOGÍA

### 4.1. TIPO DE ESTUDIO

Estudio cualitativo, descriptivo, observacional, prospectivo, de corte transversal.

### 4.2. DISEÑO MUESTRAL

#### 4.2.1. Unidad de análisis

Usuarios atendidos en los servicios de medicina especializada del Hospital Santa Rosa de Tenjo en los meses junio y julio del año 2015.

#### 4.2.2. Tamaño de muestra

Se toma como muestra el 100 % de pacientes que acuden a los servicios de medicina especializada del Hospital Santa Rosa de Tenjo en los meses de junio y julio del año 2015.

#### 4.2.3. Tipo de muestreo

Muestreo intencional o de conveniencia.

#### 4.2.4. Procedimiento de muestreo

El muestreo fue intencional o por conveniencia. Este tipo de muestreo se caracteriza por un esfuerzo deliberado de obtener muestras "representativas" mediante la inclusión en la muestra de usuarios supuestamente típicos.

#### 4.2.5. Criterios de inclusión y exclusión

Ver Tabla 1.

Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión

<b>CRITERIOS DE INCLUSIÓN</b>	<b>CRITERIOS DE EXCLUSIÓN</b>
Pacientes que residan en el área de influencia del municipio de Tenjo	Usuarios que recibieron atención en los servicios de medicina especializada del Hospital Santa Rosa de Tenjo y presentan algún tipo de discapacidad por la que no puedan expresar su opinión.
Usuarios que recibieron atención en los servicios de medicina especializada del Hospital Santa Rosa de Tenjo de ambos sexos.	Usuarios que según el criterio clínico de los médicos adjuntos de los servicios, pudieran no tener las condiciones físico-psíquicas adecuadas para responder la encuesta.
Adulto mayor de la tercera edad (igual o mayor de 65 años y menor de 85 años de edad).	Usuarios que trabajan o tienen relación familiar con los trabajadores del hospital.
Usuarios que manifiesten su deseo de participar en la Investigación.	Usuarios que no aceptan firmar el consentimiento informado.

Fuente: autores.

### 4.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Ver tabla 2.

Tabla 2. Operacionalización de variables

NOMBRE VARIABLE	DESCRIPCION DE VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	TRATAMINETO ESTADISTICO
1. IPS	Corresponde al nombre de la institución u hospital público donde usted está aplicando el PECASUSS, HOY.	Cualitativa	Frecuencia relativa y acumulada
2. Nivel de atención	Corresponde al nivel de complejidad de la institución en la que se está aplicando la encuesta; puede ser nivel I, II o III.	Cualitativa	Frecuencia relativa y acumulada
3. Municipio	Se trata del municipio o ciudad donde está ubicada geográfica y administrativamente la IPS visitada.	Cualitativa	Frecuencia relativa y acumulada
4. Servicio demandado	Servicio electivo (ginecología, medicina interna, medicina familiar, ortopedia .	Cualitativa	Frecuencia relativa y acumulada
5. Afiliación al SGSSS	Tipo de afiliación del usuario a la seguridad social. Puede estar afiliado al régimen contributivo o a régimen especial (magisterio, fuerzas militares, ECOPELROL, entre otros, pero por alguna razón fue atendido en la IPS); todos estos - contributivos y especiales- los debe clasificar como régimen contributivo. Los demás usuarios son clasificables en régimen subsidiado o son usuarios sin afiliación al SGSSS.	Cualitativa	Frecuencia relativa y acumulada
6. Sexo	Según su fenotipo.	Cualitativa	Frecuencia relativa y acumulada
7. Edad	Años cumplidos de la persona que reporta la información, según cédula de ciudadanía	Cuantitativo	Moda
8. Educación	Nivel educativo completo que alcanzó la persona que da la información.	Cualitativo	Frecuencia relativa y acumulada
9. Ocupación	Actividad del usuario.	Cualitativo	Frecuencia relativa y acumulada
10. Estrato	Estrato socioeconómico del usuario de los servicios	Cualitativo	Frecuencia relativa y acumulada
11. Trámite para ser atendido	Corresponde a la percepción que el usuario tuvo sobre dificultades presentadas para acceder al servicio este día o el día que ingresó al servicio de consulta externa.	Cualitativo	Frecuencia relativa y acumulada
12. Costo del servicio	Preguntarle a la persona encuestada si tuvo que realizar algún pago para obtener el servicio requerido; en caso de que la respuesta sea negativa, pasar a la pregunta 13. En el caso de pago, la pregunta se refiere a la percepción que el usuario tiene del monto que canceló para acceder al servicio en la institución; no anotar el monto o valor que el usuario diga.	Cualitativo	Frecuencia relativa y acumulada
13. Tiempo de espera	Tiempo en minutos que esperó el usuario entre su llegada a la institución por el servicio, hasta el momento en que fue atendido.	Cuantitativo	Moda
14. Percepción del tiempo	Es la percepción que el usuario tiene de la magnitud de la espera que hizo en el día de hoy.	Cualitativo	Frecuencia relativa y acumulada
15. Solución a la necesidad	Percepción que el usuario tiene sobre la solución dada al problema de salud que motivó su llegada a la institución.	Cualitativo	Frecuencia relativa y acumulada

16. Respuestas del personal	Corresponde a la apreciación que el usuario tiene sobre la(s) respuesta(s) recibida(s) a inquietudes que tuvo sobre su situación, su enfermedad, exámenes o procedimientos a realizar, diligencias en su EPS, ARS o cualquier pregunta similar.	Cualitativo	Frecuencia relativa y acumulada
17. Aseo de la institución	Apreciación que el usuario tiene sobre el aseo o la limpieza de las instalaciones de la institución en que fue atendido.	Cualitativo	Frecuencia relativa y acumulada
18. Estado de la planta física	Percepción que tiene el usuario del estado físico y visible de las instalaciones de la institución donde fue atendido.	Cualitativo	Frecuencia relativa y acumulada
19. Muebles y enseres	Corresponde a la percepción que tiene el usuario de la dotación de la institución en cuanto a la comodidad de camas, camillas, muebles, sillas y equipos en habitaciones, consultorios y salas de espera.	Cualitativo	Frecuencia relativa y acumulada
20. Trato de personal asistencial	Apreciación que el usuario tiene sobre el trato recibido del personal responsable de la atención (médicos, enfermeras, auxiliares, bacteriólogas) el día de consulta.	Cualitativo	Frecuencia relativa y acumulada
21. Trato de personal administrativo	Corresponde a la apreciación que el usuario manifiesta sobre la forma como el personal administrativo o auxiliar de la institución (porteros, secretarias, cajeros, auxiliares, entre otros) lo trató.	Cualitativo	Frecuencia relativa y acumulada
22. Cooperación entre funcionarios	Identifica como percibe el usuario la coordinación entre personas de uno o varios hospitales con atención en red.	Cualitativo	Frecuencia relativa y acumulada
23. Capacidad de los profesionales	Identifica como percibió el usuario la idoneidad de los profesionales médicos, enfermeras, auxiliares, entre otros, para solucionar el problema que motivó su demanda de atención en salud.	Cualitativo	Frecuencia relativa y acumulada
24. Cuidados de salud en casa	Corresponde a la percepción que el usuario tiene sobre la suficiencia de las indicaciones que recibió -adicionales a las acciones médicas o de enfermería específicas- para continuar con el manejo de su motivo de atención en su domicilio.	Cualitativo	Frecuencia relativa y acumulada
25. Calidad del servicio	Corresponde a la calificación que el usuario da a la atención recibida hasta hoy, al momento de la encuesta. El usuario debe dar número entero de 1 a 5.	Cualitativo	Frecuencia relativa y acumulada
26. Atención general	Corresponde al grado de satisfacción global del usuario con el servicio recibido hasta la hora de la encuesta.	Cualitativo	Frecuencia relativa y acumulada
27. Decisión de nueva atención	Corresponde a la decisión que el usuario tomaría al momento de requerir una nueva atención para solucionar algún problema relacionado con su salud o la de un allegado.	Cualitativo	Frecuencia relativa y acumulada
28. Comentarios	Anotar de manera resumida, los comentarios del usuario de por qué volvería o no a utilizar los servicios de la institución.	Cualitativo	Frecuencia relativa y acumulada
29. Recomendaciones	Anotar de manera sintética, las recomendaciones que según la apreciación del usuario debe ejecutar la institución.	Cualitativo	Frecuencia relativa y acumulada

Fuente: autores.

#### 4.4. INSTRUMENTO

La medición de la percepción que tiene los adultos mayores sobre la calidad de atención en los servicios de medicina especializada del Hospital Santa Rosa de Tenjo se realizará con la encuesta PECASUSS.

PECASUSS, acrónimo de Percepción de Calidad Según Usuarios de Servicios de Salud. Este instrumento, validado en Colombia, está compuesto por 29 reactivos (Cabrera, Londoño, & Bello, 2008a; Ministerio de la Protección Social, 2006) para medir la calidad de atención percibida por el usuario.

El instrumento se compone de una hoja de preguntas que debe ser plastificada dado que está será entregada al usuario (Ver Anexo A); una segunda hoja de respuesta que debe ser impresa por ambos lados y en la cual se encuentran siete columnas por cada lado para catorce usuarios que la respondan (Ver Anexo B).

Los 29 reactivos que posee el PECASUSS se dividen, primero en un encabezado que cuenta con 3 reactivos, segundo en los datos del usuario que tiene 7 reactivos, del 4 al 10, por último el cuerpo de la encuesta que corresponde a los reactivos 11 al 29. De los últimos 18 reactivos, 15 de ellos son calificables por el usuario de 1 a 5 (de menor calificación a mayor calificación) y los tres restantes, los reactivos 13, 28 y 29, son de respuesta abierta.

#### 4.5. PLAN DE RECOLECCIÓN

##### 4.5.1. Prueba piloto

El presente trabajo de investigación utilizó la encuesta PECASUSS, la cual ha sido validado por el Ministerio de Protección Social de Colombia, se realizó la prueba piloto a usuarios que acudieron al Hospital del Tunal y se obtuvo una confiabilidad según el coeficiente Alfa de Cronbach de 0,82 lo que significa que el instrumento a aplicar esta adecuadamente estructurado.

##### 4.5.2. Aplicación de la encuesta

Se solicitará una carta de aprobación y ejecución al director del Hospital Santa Rosa de Tenjo previo a la aplicación de la encuesta.

Los usuarios seleccionados con los criterios de inclusión y exclusión recibirán una explicación clara y concisa del fin del estudio, y para su participación se les solicitará su aceptación mediante la firma del consentimiento informado (Ver Anexo C).

La aplicación de la encuesta a los usuarios seleccionados se realizará mediante una entrevista al finalizar su atención, es decir, al momento de terminar su consulta médica con el médico especialista. El usuario responderá los 29 reactivos establecidos en la encuesta. En promedio por cada diligenciamiento de una entrevista durará de 15 a 20 minutos.

#### 4.6. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

Los datos recolectados se digitaran en una tabla en Excel considerando la valoración que se empleó en el instrumento PECASUSS del 1 al 5 en sus 15 preguntas que corresponden al cuerpo de la entrevista.

Para determinar la percepción que posee el usuario, el puntaje total de los reactivos se sumará y al promedio resultante se comparará con los parámetros descritos en la Tabla 3.

Tabla 3. Interpretación del nivel de percepción de acuerdo a la encuesta PECASUSS

<b>NIVEL DE PERCEPCIÓN</b>	<b>CALIFICACIÓN</b>
Perfecto	5
Muy buena	4,2 a 4,9
Buena	3,4 a 4,1
Regular	2,6 a 3,3
Mala	1,8 a 2,5
Pésima	1 a 1,7

Fuente: Percepción de la calidad. Según usuarios de IPS. Programa de reorganización, rediseño y modernización de Redes Prestadoras de Servicios. Resultados Línea de base y Medio término



#### 4.7. ASPECTOS E IMPLICACIONES ÉTICAS

En el presente estudio se tendrán en cuenta las siguientes pautas éticas legales, durante su realización: Proteger el Secreto Profesional para mantener en reserva la identidad de los individuos que aportan la información. (Art. 74 de la Constitución Política). En Colombia la actividad investigativa en salud está reglamentada a través de la Resolución 008430 de 1993 que establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud

Esta investigación tiene en cuenta los aspectos éticos los cuales se clasifica según los parámetros de la norma como “investigación sin riesgo” en la medida que no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participaron en el estudio.

## 5. MARCO TEORICO

### PERCEPCIÓN DEL ADULTO MAYOR SOBRE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SERVICIOS DE MEDICINA ESPECIALIZADA DEL HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO DURANTE LOS MESES JUNIO Y JULIO DEL AÑO 2015

#### 5.1. PERCEPCIÓN

La Real Academia Española – RAE, define el término percepción como la “sensación interior que resulta de una impresión material hecha en nuestros sentidos” (18). Según Thomas Michael (Tom) Bower, escritor británico conocido por su periodismo de investigación, en uno de sus libros “El mundo perceptivo del niño” refiere la percepción como “a cualquier proceso mediante el cual nos damos cuenta de inmediato de aquello que está sucediendo fuera de nosotros mismos”, es decir, obtenemos información inmediata de una parte del mundo que incide directamente sobre nuestros sentidos (19). El diccionario de psicología de Howard C. Warren lo describe como “el acto de darse cuenta de los objetos externos, sus cualidades o relaciones que siguen directamente a los procesos sensoriales, a diferencia de la memoria o de otros procesos centrales” (20).

La vejez, no es solo la consecuencia de un proceso biológico sino que además es una construcción en el ámbito social y para conocerla, se debe saber que percepción tiene la sociedad en general a este grupo de edad y la autopercepción que se tienen ellos mismos, esto ayudara a establecer qué importancia tiene en la sociedad y así mismo que calidad de vida posee y les espera (21)

La percepción se considera como el proceso cognoscitivo el cual capta información del entorno, e incluye la interpretación de los juicios, acciones, reacciones y sensaciones dándoles significado y organización, “... de allí que algunos adultos mayores manifiestan que la vejez empieza cuando uno comienza a sentirse viejo”(22).

#### 5.2. CALIDAD

La RAE, define el concepto de calidad como: “La propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor” (23). Sin embargo, la palabra “calidad”, puede tomar múltiples interpretaciones, desde el punto de vista en que se esté hablando. Si hablamos de calidad en una empresa, hacemos

referencia al grado de satisfacción que tiene un cliente frente a un servicio, mientras que por otro lado, podemos decir que un producto es de buena calidad cuando supera las expectativas de un comprador. Para hablar que un servicio tiene un nivel de calidad aceptable, se tiene en cuenta la opinión de consumidor, esto es indiscutiblemente algo muy subjetivo que se tiene que evaluar con ciertos parámetros (24).

Hablando en términos de servicio, la calidad es el resultado total del esfuerzo en que se trabaja; teniendo como base la eficacia, la eficiencia y la efectividad con el único propósito de satisfacer el deseo del consumidor. Con el objetivo de unificar términos relacionados con calidad, a finales del siglo XIX, junto con la Revolución Industrial nace la Organización Internacional de Normalización (ISO), debido a que se necesitaba producir en mayor cantidad y a su vez en mejor calidad, debido a los estándares de demanda y oferta. Con esto, en Alemania se comenzaron a crear diferentes comités para la regulación de sus productos, logrando que se esparciera por todo el continente en todos los países. De allí es donde va surgiendo las normas ISO 9000; que no son más que normas que especifican la manera en que una empresa opera sus estándares de calidad, así como puntualidad y atención del servicio (24).

Para verificar que una empresa o sociedad cumple los requisitos básicos, existen varias entidades de certificación que no solamente auditan la implantación de los servicios sino que también emiten un certificado de conformidad y aceptación. Dichas entidades también están reguladas por organismos nacionales. Luego de crear su empresa, se debe consultar a una empresa de consultoría donde se firma un compromiso que a largo plazo se tiene que cumplir (24).

Toda empresa o institución, debe estar certificada conforme a la norma ISO 9000, cada organización debe tener sus propios límites en el momento que vaya a ser certificada, debe tener en su consigna, todos los proyectos que vaya a realizar; se debe seleccionar un registro para luego ser sometido a auditoria, y debidamente aprobada se deberá hacer una inspecciona anual para mantener dicha certificación (24).

Con base en esto, la norma ISO 9000 y unificando la definición de calidad, se obtiene que dicho termino es un requisito obligatorio que toda entidad debe tener. Así pues, surge una nueva incógnita, debido a que la calidad puede tener varios grados, ser o no aceptada por el consumidor. Para ello se debe conocer la percepción que tiene el usuario y/o cliente en cuestión; frente al grado de satisfacción que tiene frente al servicio o producto ofertado. Por esto, la norma

ISO 9001 plantea un enfoque interdisciplinario, donde la calidad este basada en un contorno con múltiples elementos que interactúan de manera conjunta entre sí, y que como resultado de esto, surja una estructura fina y reglamentada con bases fundamentalmente documentada que permita lograr un estándar de calidad superior a las demás sociedades y que además alcance la satisfacción del cliente (24).

Toda organización, en sus estándares de calidad, debe tener un enlace de procesos que, junto con modelos de específicamente tratados deben resultar en un producto final; para que luego por distintos medios se pueda “preguntar” si el cliente ha quedado satisfecho o si por el contrario ha quedado insatisfecho con el producto o servicio, para luego plantear o crear nuevas acciones en pro de la mejoría de los procesos o bien de los resultados (24).

### 5.3. CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD

El concepto de calidad de atención salud, no es un tema nuevo, desde hace ya varios años se ha intentado regular y mejorar la atención brindada al usuario y con ello, mejorar la satisfacción por parte de la persona que necesita el mismo (25).

Para definir a cabalidad la calidad de atención en salud, se tiene que comenzar por entender el principio de calidad, definido a groso modo como la totalidad de funciones, características o comportamientos de un bien producido o de un servicio prestado, que, les hace capaces de satisfacer las necesidades de los consumidores; en realidad, es un concepto subjetivo dado que cada individuo puede tener su propia apreciación o juicio del producto prestado o el servicio brindado en cuestión (25).

Aunque es una definición bastante extensa, a su vez, es muy completa, y resalta en su contenido que es cuestión de apreciación. Dentro de dicha definición, hay que resaltar que la “calidad” no se puede medir solamente por la apreciación de una parte del servicio recibido sino de un conjunto de sus servicios. La puntuación o evaluación se debe hacer desde un punto neutral, integral y objetivo, evaluando todas las características y funciones del servicio. También hay que acotar, que un buen servicio con calidad es aquel que logra satisfacer las necesidades de los consumidores; aquel servicio que no lo logra no se considera que es de calidad; el cliente y/o usuario que no tiene la satisfacción con el servicio brindado, percibirá que no fue atendido de buena manera o como a él le hubiese gustado que lo hubiesen atendido, sin cumplir con sus expectativas, y por ende, no recibió una atención de calidad efectiva (26).

Hay que tener en cuenta que, el profesional de salud pudo actuar de buena manera, pensando que trabajo calificadamente brindado su servicio, pero que no satisfizo las necesidades del paciente, por ello, éste no volverá a buscar este servicio con el profesional mencionado anteriormente. Por otro lado si el servicio es regular tendiendo a lo malo, lógicamente la percepción de la atención habrá disminuido y quedara en completo desagrado. Por último, un último elemento fundamental ya resaltado anteriormente es que la calidad es un concepto subjetivo que puede desvariar entre las personas que optan por el servicio, para una persona puede ser muy bueno, como para otra puede haber sido el peor servicio al que haya sido sometida. El grado de exigencia está estrictamente relacionado con las circunstancias relacionadas con el servicio, como lo son en su orden, la cultura, el ámbito social y el económico. Se sabe que en salud, hay personas de bajo nivel social que se conforman con ser atendidos por un profesional (médico general), no importándole en muchos casos tener que esperar periodos largos de espera para ser atendidos, mientras que este mismo inconveniente, no es aceptado por personas que tiene un estrato o nivel económico mayor, que están acostumbradas a un tipo de atención diferente con una exigencia mucho mayor, acá se ve el claro ejemplo de que el concepto de calidad para ambos casos es realmente diferente (27).

Para ello hay que tener en mente dos principios, que nos sirven para unificar la calidad prestada; uno de ellos es el de “calidad técnica” y el subsiguiente el de la “calidad funcional”. En principio la calidad técnica, se refiere al cumplimiento de los requisitos indispensables que se desarrollan desde un principio, acordes con ámbito científico-integral, entre otras palabras, cumplir con los protocolos de atención analizados desde un punto de vista técnico-científico (28).

Con respecto a la calidad funcional, se refiere a estándares de calidad, es decir, cuantificar el nivel de calidad percibido por un paciente desde un ámbito interrelacional, y es allí donde intervendrían las personas encargadas de evaluar la calidad prestada. Para establecer un estándar de comparación que sea de gran utilidad para todos quienes ejercemos profesiones médicas, debemos recordar una definición del vocablo: “Estándar es un enunciado establecido por comités de expertos de expectativas que definen las estructuras, procesos y resultados que deben estar firmemente establecidos en una organización para que esta preste atención de calidad” (29).

La calidad de atención en salud es el grado de totalidad de funciones, características, entendido como la ausencia de deficiencias de un bien y/o servicio así como comportamientos de un bien producido o de un servicio prestado, que

hace con el fin de satisfacer las necesidades de los consumidores . Se trata de un concepto subjetivo dado que cada individuo puede tener su propia apreciación o su particular juicio de valor acerca del producto o servicio en cuestión. Para ello se han descrito varios instrumentos con el ánimo de establecer unánimemente el concepto de calidad de atención percibida por el usuario. Como ya se ha mencionado antes, hay un número extenso de instrumentos que nos permiten medir la calidad mencionada, para ello se deben tener en cuenta variables que ayudaran a mejorar el concepto de percepción de la calidad. Además busca un enfoque general con el único fin de llevar a cabo una mejora continua en su prestación de servicios, en cada una de las áreas, de manera que puedan relatar y compartir sus experiencias y puedan ser llevadas a toda la población. La piedra angular de todo servicio para que presente una excelente y completa atención al usuario se basara en que cada atención debe brindar o contar con un apto sistema con ciertas características como lo son, la seguridad, efectividad, oportunidad y equidad necesarias, todo esto personalizadamente a cada uno de los pacientes (30).

#### 5.4. ADULTO MAYOR

El adulto mayor, hace parte de todo un sistema en común, y de una sociedad abierta y se debe hacer énfasis en algunos conceptos que a ellos refieren. Hay que establecer que el adulto mayor, presenta no solo cambios físicos, sino también se evidencian psicológicos y sociales que influyen en ellos mismos y en las demás personas con las que ellos conviven; además de estos, hay que hacer un énfasis claro en que los servicios de salud que ellos necesitan son totalmente diferentes a los que requeriría un adulto o un joven adolescente; por cuanto en esta población hay aumento en el requerimiento de salud debido a las comorbilidades que ellos presentan al llegar a la vejez. Cabe mencionar también que no todo adulto mayor presenta la misma patología o el mismo comportamiento, con esto nos referimos a que hay diferencias en el estado neurológico de cada anciano en particular y que esto puede llevar a diferentes puntos de vista frente a un tema en particular, en este caso la percepción de atención en salud (31).

Todos los cambios mencionados anteriormente hacen parte del proceso que llamamos vida, y con ella, la edad cumple un papel radical en ello. Por diferentes causas o motivos, llegar a la vejez para muchas personas es algo fulminante, debido a que la cultura de nuestro país en particular hace pensar que llegar a la tercera edad sea algo molesto o nefasto para la sociedad con la que el convive;

llegando casi al exilio o marginación del adulto mayor, lo hace sentir obsoleto o lo que comúnmente se le denomina una persona inútil. A diferencia de otras culturas donde llegar a viejo es la edad de culminación, la mejor época de la vida, donde tienen la suficiente sapiencia o pericia para resolver con sabiduría temas que tal vez para un adulto joven sean complicados de tratar. Es por esto que debemos tomar conciencia de esto y tratar al adulto mayor con el debido respeto y “veneración” (31).

En Colombia existe un rápido crecimiento poblacional, a diferencia de otros países donde la edad avanzada es la que prima en la pirámide de población, revertiendo su forma, en Colombia hay tasas de natalidad altas en comparación de países del continente Europeo donde existe alta prevalencia de edad adulta. Hay que mencionar que los países en vía de desarrollo tienen un índice de natalidad superior a los países industrializados; en donde la pirámide poblacional se ve mayormente estrecha en las bases, en países como España, el número de ancianos es superior al de niños y jóvenes, esto podría estar relacionado con los avances científicos de medicina, mejorando la calidad de vida y aumentando la expectativa de vida. Ahora esto significa de manera dicotómica que un porcentaje mayor de edad adulta implica que se necesitan más personas jóvenes que puedan mantener el gasto de su país, y que permitan generar dentro del Sistema de Seguridad Social las pensiones, servicios sociales entre otros. Se tiene que aclarar que en los países subdesarrollados, el hecho de que tengan una alta natalidad no significa que lleguen a la edad avanzada, esto se evidencia en la pirámide poblacional con una cúspide verdaderamente estrecha; esto nos hace inferir que aunque la tasa de natalidad sea mayor, por cuestiones sociales tales como, violencia, condiciones generales médicas, política o falta de alimentación entre otras, las personas que nacen no lleguen a una edad avanzada, disminuyendo la expectativa de vida en ese país. La expectativa de vida en Colombia en el 2012 era de 73,78 años; Comparado con otros países como Estados Unidos donde es de 78,74 años o de España que es de 82,38 años (31). Con esto se ve una clara evidencia de que en los países desarrollados hay una mejor expectativa de vida. Aunque Colombia está catalogada como el segundo país latino donde se vive más, aún faltan más medidas sanitarias, psicosociales y políticas para aumentar la expectativa de vida e igualar la pirámide poblacional equitativamente (31).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), aquellas personas de 60 a 74 años de edad son consideradas de edad avanzada, de 75 a 90 años ancianos y aquellas personas que sobrepasan los 90 años se denominan grandes viejos. Aun así, a toda persona mayor de 60 años se le llamara de forma común “tercera

edad". Según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE, en Colombia existen aproximadamente 5 millones de personas mayores de 60 años. Dicha cifra equivale casi al 10 % de la población en general de todo el país. De ese 10%, el 54% son de sexo femenino y el 45,8% de sexo masculino. En Colombia el adulto mayor es aquella persona que supera los 60 años. Se estima que para el año 2020 exista un millón de adultos mayores (32 33 34).

En la sociedad actual, existen varias descripciones del adulto mayor, dependiendo de la edad en las cuales se encuentren. No es lo mismo preguntarle a un niño que un adulto el concepto de adulto mayor, el primero podría responder abuelo, mientras que el segundo puede que sus padres (33).

Hay que aclarar desde un punto de vista neutro que, el adulto mayor llega a esa edad no solo con padecimientos sino con enfermedades que influyen en su comportamiento diario y que afectan constantemente su salud. El envejecimiento hace parte de la vida, es algo normal y por ende no se tienen que excluir a las personas que cursan con edad avanzada; este proceso orgánico, funcional y psicológico lleva de la mano pérdidas en cuanto a las capacidades neurosensoriales y en algunas personas la parte cognoscitiva, pero no por esto dejan de ser personas que cada día nos enseñan algo de sus experiencias en el transcurso de sus años. No está claro aún por qué algunas personas de la tercera edad presentan sintomatología degenerativa más que otros, se debe suponer que es debido a cambios fisiológicos en cuanto a neurotransmisores o algún grado de atrofia cortical con pérdida de la capacidad neural. El punto es que por el hecho que una persona adulta mayor no tenga la capacidad funcional cerebral y física de una persona de 20 años se debe olvidar (6).

La Organización mundial de la salud-OMS tiene estipulado y/o definido que una persona se define como "sana" cuando existe un equilibrio entre no solo los aspectos orgánicos sino también psicológicos y sociales. Por ende, dichas personas pueden gozar de una vida en buenas condiciones de calidad. El adulto mayor en general, tiene un contra que son sus aspectos orgánicos que no funcionan como funcionarían los de una persona más joven, pero no por esto su calidad de vida ha de disminuir, es allí donde los profesionales juegan un rol importante, donde la atención en salud principalmente puede determinar la diferencia entre una buena calidad de vida y una pésima calidad de vida yendo en declive hacia una muerte inminente. Las personas adultas mayores tienen las mismas oportunidades de desarrollo como cualquier otra época de la vida y es por ello que, hay que hacer referencia a ello y ser partícipes en su salud activamente (35).



Si bien, la salud es entendida como no solo la ausencia de enfermedad sino un equilibrio entre el bienestar físico, psicológico y social y que va más allá de un esquema médico enfrentándose solo a la enfermedad. Hay que tener en cuenta un modelo biopsicosocial integrando todas las variables que puedan estar afectando en la salud del anciano. Según la teoría de Benner y Wrubel, docentes de la Universidad de California, realizaron varios escritos con un enfoque social donde el tema principal era tratar al paciente como un todo y que “el bienestar como sentimiento es subjetivo, es el resultado de experimentar salud o auto-percibir que nuestro organismo funciona de manera congruente e integrada (36).

#### 5.5. SATISFACCION

El concepto de satisfacción según la RAE: “Razón, acción o modo con que se sosiega y responde enteramente a una queja, sentimiento o razón contraria”, “Cumplir ciertos requisitos o exigencias” (37).

Si bien, la palabra satisfacción, puede hacer referencia a la compensación y resolución de una exigencia, deshacerse de un agravio o saciar un apetito, en el contexto en que estamos relacionando la palabra, es netamente en un ámbito producto-servicio. Donde el cliente o usuario, es la persona que accede a determinado servicio con el ánimo de ser explícitamente atendido y por ende quedar conforme con la compra o la utilización del servicio ofertado. Es por obvias razones que si un empresa brinda un excelente servicio al usuario, este quedará satisfecho con tal servicio y por lo tanto volverá a acceder a este servicio y no a la competencia; por tanto, cabe inferir que a mayor satisfacción, mayores posibilidades hay , de que el cliente y/o usuario vuelva al servicio (38).

Por otra parte, hay que tener en cuenta que, el usuario es la persona encargada de evaluar el producto o si bien el servicio ofertado, la satisfacción depende del estado de ánimo del comprador frente a los servicios ofrecidos por la institución. Se ha visto que, el rendimiento percibido por el usuario, es resultado de la comparación entre varios puntos de vista por parte de los clientes. Esto quiere decir que, el objetivo principal de toda empresa, es mantener satisfecho a todos sus clientes o usuarios para que sigan yendo a dicha empresa y no a su competencia (38).

Es importante estar satisfecho con un servicio y más en un servicio de salud, puesto que de esto depende el reingreso del paciente al mismo servicio debido a que en su consulta anterior fue atendido de una manera respetuosa, puntual y

llo todas sus expectativas en cuanto al servicio y a sus inquietudes en cuanto a sus diferentes comorbilidades (38).

Todo servicio, debe tener en su prestación, un conjunto de características que hacen posible una buena satisfacción por parte del usuario. Dichas características más que cualidades, deben ser estipuladas en cada una de las personas que prestan el servicio, para poder brindar en conjunto un buen servicio. Dentro de estas características se encuentran: relevancia, precisión, amigable, exactitud, oportunidad, usabilidad, pertinencia, integralidad, confiabilidad entre otros (38).

Si bien es cierto que, en muchos documentos, la satisfacción por parte de los usuarios no era un tema unívoco, por lo que se debería tomar como un concepto importante para la evaluación de los servicios prestados. La satisfacción entonces, se tomó como “un estado mental del usuario que representa sus inquietudes tanto materiales, intelectuales y emocionales ante el cumplimiento de una necesidad o deseo de información” (38); este estado es juicio de evaluación debido a que se tienen que comparar los objetivos y expectativas contra los resultados obtenidos en una prueba (38).

## 6. CRONOGRAMA

Tabla 4. Cronograma

ACTIVIDAD	MES 01	MES 02	MES 03	MES 04	MES 05	MES 06	MES 07	MES 08	MES 09	MES 10	MES 11	MES 12
Revisión del estado del conocimiento y fase de planeación												
Ajuste y validación de instrumentos												
Prueba piloto												
Recolección de información												
Gestión de la base de datos												
Procesamiento y análisis de la información												
Presentación de resultados y recomendaciones												

Fuente: autores.

## 7. PRESUPUESTO

Tabla 5. Presupuesto

RUBROS	COSTO EN PESOS		TOTAL
	YA INSTALADO	POR INSTALAR	
Personal contratado: expertos, técnicos, auxiliares, etc.	✘		256.000 \$
Equipos: computadores, impresoras, usbs, clínicos, de laboratorio, etc.	✘		155.000 \$
Software: programas informáticos.	✘		50.500 \$
Viajes y salidas de campo: transporte, alojamiento, alimentación, etc.	✘		86.800 \$
Materiales e insumos: papel, esferos, lápices, carpetas, ganchos, etc.	✘		200.000 \$
Servicios técnicos: exámenes, pruebas, análisis, servicios especializados, etc.	✘		105.000 \$
Material bibliográfico: libros, revistas, material digital, pago de artículos, etc.	✘		70.000 \$
Publicación: impresión, empaste, reprografía, copia de cds	✘		77.950 \$
Administración: auditorías, seguros, alquileres, arrendamientos, etc.	✘		0 \$
Imprevistos: adicionales, reparaciones, reposiciones, etc.	✘		10.000 \$
TOTAL			1'011.250 \$

Fuente: autores.

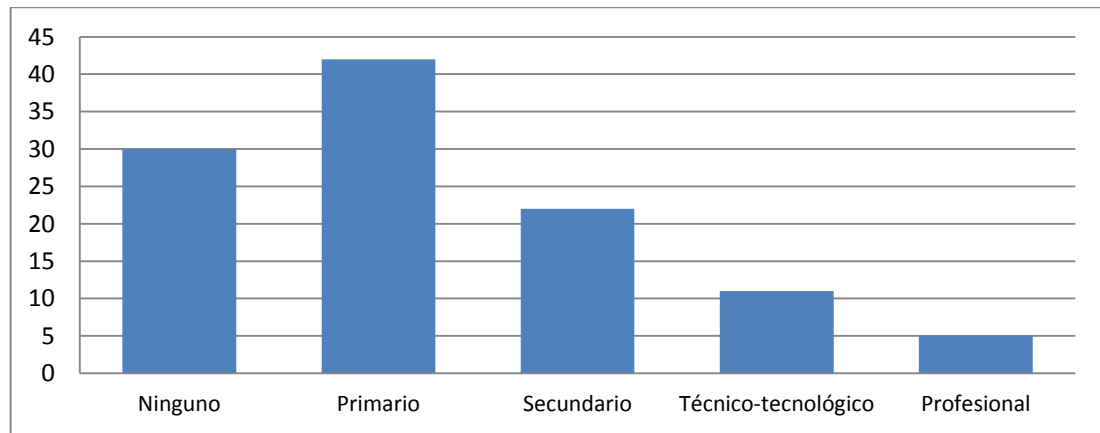
## 8. RESULTADOS

### 8.1. CARACTERIZACIÓN DEMOGRÁFICA

La caracterización de la población se lleva a cabo teniendo como base los datos de los usuarios recolectados a través de los reactivos 4 al 10 del instrumento PECASUSS.

Descriptivamente la muestra se conformó por 110 participantes (60% femenino y 40% masculino) sujetos de estudio de la IPS Hospital Santa Rosa de Tenjo, con edades entre los 65 y 75 años (Media: 68,92 y Desviación Estándar: 2,96). En cuanto al nivel educativo como se evidencia en la Figura 1., la mayoría indico haber completado estudios de primaria (38%), en menor medida técnico-tecnológico (10%) y profesional (5%), y ninguno de postgrado (0%).

Figura 1. Educación



Fuente: autores.

El estrato socioeconómico de los entrevistados (figura 2) se encuentra la gran mayoría en estrato 2 (81%). La ocupación (figura 3) refleja que en general los entrevistados se desempeñan como ama de casa (47%), en menor proporción como trabajadores dependientes (12%), desempleados (4%) y pensionados (2%), y estudiante (0%).

Figura 2. Estrato

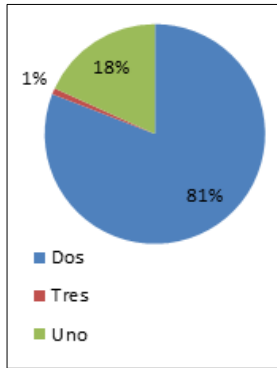
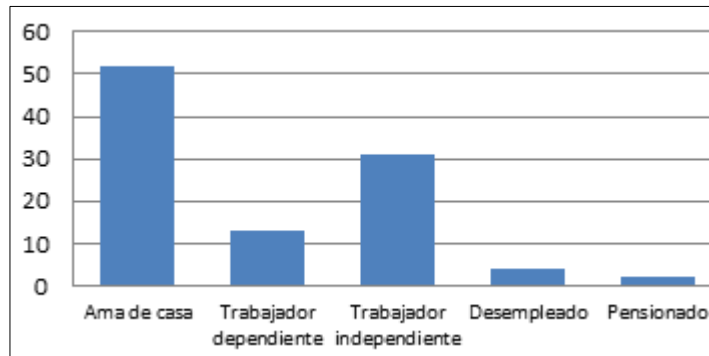


Figura 3. Ocupación



Fuente: autores.

Fuente: autores.

Como se evidencia en la Tabla 6, el sexo femenino se desempeña en su gran mayoría como ama de casa (47,27%), por el contrario, el sexo masculino como trabajador independiente (35,45%); además se puede evidenciar que menos del 6% de la población entrevistada su ocupación es desempleado y pensionado.

Tabla 6. Ocupación según edad y género.

	Ama de casa	Trabajador dependiente	Trabajador independiente	Desempleado	Pensionado	Total general
<b>Entre 65 y 69 años</b>						
Femenino	31	2	2	2		37
Masculino		6	16		1	23
<b>Entre 70 y 75 años</b>						
Femenino	21	1	6	1		29
Masculino		4	15	1	1	21
<b>Total general</b>	<b>52</b>	<b>13</b>	<b>39</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>110</b>

Fuente: autores.

Al indagarse acerca de la afiliación de los entrevistados al Sistema General de Seguridad Social, se aprecia que el 100% se hallan en el régimen subsidiado. Ahora bien a la luz de la relación de los entrevistados con la IPS frente al servicio demandado cumpliendo con los criterios de inclusión y exclusión como se muestra en la Tabla 7., 34 (30,9%) de ellos asistió por consulta de medicina interna, 28

(25,5%) a consulta por medicina familiar, 26 (23,6%) a consulta por ginecología y 22 (20%) a consulta por ortopedia.

Tabla 7. Servicio demandado

Servicio	Frecuencia	Criterios de exclusión	Entrevistados	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Medicina interna	44	10	34	30,9	30,9
Ginecología	48	22	26	23,6	54,5
Ortopedia	60	38	22	20,0	74,5
Medicina familiar	81	53	28	25,5	100,0
<b>Total</b>	<b>233</b>	<b>123</b>	<b>110</b>	<b>100,0</b>	

Fuente: autores

## 8.2. DESCRIPTIVOS DE LOS REACTIVOS DE LA PERCEPCIÓN DEL ADULTO MAYOR DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

La Tabla 8, que a continuación se presenta, muestra los 16 reactivos a través de las cuales se midió la calidad de atención percibida por los adultos mayores que consultaron a la institución. Como se evidencia en la tabla, la mayor parte de las subdivisiones fueron calificadas por encima de 4, en una escala de 1 a 5. Siendo la mejor calificada la Calidad del servicio y la Atención general (Media: 4,1 / Mínimo: 3 – Máximo: 5); reactivo que corresponde a la calificación numérica que el usuario da a la atención recibida.

Tabla 8. Reactivos de la calidad.

Reactivos de la calidad	N	Mínimo	Máximo	Media	Mediana	Desviación estándar
P11. Trámite para ser atendido	110	3	5	3,9	4	0,5
P12. Costo del servicio	0					
P13. Tiempo de espera	110	5	30	10,9	10	4,5
P14. Percepción del tiempo	110	2	5	3,7	4	0,6
P15. Solución a la necesidad	110	1	5	3,9	4	0,6

<b>P16. Respuestas del personal</b>	110	2	5	3,8	4	0,6
<b>P17. Aseo de la institución</b>	110	1	5	3,9	4	0,6
<b>P18. Estado de la planta física</b>	110	1	5	3,9	4	0,6
<b>P19. Muebles y enseres</b>	110	2	5	3,8	4	0,6
<b>P20. Trato de personal asistencial</b>	110	3	5	3,9	4	0,6
<b>P21. Trato de personal administrativo</b>	110	3	5	3,9	4	0,6
<b>P22. Cooperación entre funcionarios</b>	110	2	5	3,8	4	0,7
<b>P23. Capacidad de los profesionales</b>	110	1	5	3,8	4	0,6
<b>P24. Cuidados de salud en casa</b>	110	1	5	3,9	4	0,7
<b>P25. Calidad del servicio</b>	110	3	5	4,1	4	0,4
<b>P26. Atención general</b>	110	3	5	4,1	4	0,5

Fuente: autores.

El trámite para ser atendido como lo muestra la tabla 9, corresponde a la percepción que el usuario tuvo sobre dificultades presentadas para acceder al servicio el día que fue atendido. En general (75,5%) los usuarios consideraron el trámite realizado como sencillo, seguido de ni complicado ni sencillo (18,2%).

Tabla 9. Trámite para ser atendido

<b>P11. Trámite para ser atendido</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>1. Muy complicado</b>	0	0,0	0,0
<b>2. Complicado</b>	0	0,0	0,0
<b>3. Ni complicado ni sencillo</b>	20	18,2	18,2
<b>4. Sencillo</b>	83	75,5	93,6
<b>5. Muy sencillo</b>	7	6,4	100,0
<b>Total</b>	110	100,0	

Fuente: autores.

Frente al Costo del servicio, es decir, sí la persona encuestada tuvo que realizar algún pago para obtener el servicio requerido, el 100% de los encuestados no calificaron la pregunta por no realizar algún pago. Al indagar acerca del tiempo que los usuarios deben esperar desde que llegan a la institución hasta que reciben el servicio solicitado, la Tabla 10 muestra que un 51,8% de los entrevistados



esperaron 10 minutos, otro 19,1% esperaron 5 minutos, 18,2% 15 minutos, 7,3% 20 minutos; mientras que el 3,6% esperaron 6, 13, 14 y 30 minutos.

Tabla 10. Tiempo de espera.

<b>P13. Tiempo de espera</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>5</b>	21	19,1	19,1
<b>6</b>	1	0,9	20,0
<b>10</b>	57	51,8	71,8
<b>13</b>	1	0,9	72,7
<b>14</b>	1	0,9	73,6
<b>15</b>	20	18,2	91,8
<b>20</b>	8	7,3	99,1
<b>30</b>	1	0,9	100,0
<b>Total</b>	110	100,0	

Fuente: autores.

Ante el tiempo en minutos anteriormente indicado, la percepción de los entrevistados fue principalmente corto (58,2%), seguido de ni largo ni corto (33,6%) y muy corto (7,3%), tal como se presenta en la tabla 11.

Tabla 11. Percepción del tiempo

<b>P14. Percepción del tiempo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>1. Muy largo</b>	0	0,0	0,0
<b>2. Largo</b>	1	0,9	0,9
<b>3. Ni largo ni corto</b>	37	33,6	34,5
<b>4. Corto</b>	64	58,2	92,7
<b>5. Muy corto</b>	8	7,3	100,0
<b>Total</b>	110	100,0	

Fuente: autores.

Como se observa en la tabla 12, en el reactivo solución a la necesidad, referida como la percepción que el usuario tiene sobre la solución dada al problema de salud que motivó su llegada a la institución, el 64,5% la consideraron como buena, un 22,7% como ni mala ni buena y un 11,8% como muy buena.

Tabla 12. Solución a la necesidad

<b>P15. Solución a la necesidad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>1. Muy mala</b>	1	0,9	0,9
<b>2. Mala</b>	0	0,0	0,9
<b>3. Ni mala ni buena</b>	25	22,7	23,6
<b>4. Buena</b>	71	64,5	88,2
<b>5. Muy buena</b>	13	11,8	100,0
<b>Total</b>	110	100,0	

Fuente: autores

En lo que respecta a la apreciación que el usuario tiene acerca de las respuestas recibidas ante las inquietudes que tuvo en relación a su situación, su enfermedad, exámenes o procedimientos a realizar, se observó que el 64,5% de los participantes consideraron como apropiadas las respuestas del personal, 26,4% ni inapropiadas ni apropiadas y un 8,2% como muy apropiadas, tal como se presenta en la tabla 13.

Tabla 13. Respuestas del personal

<b>P16. Respuestas del personal</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>1. Muy inapropiadas</b>	0	0,0	0,0
<b>2. Inapropiadas</b>	1	0,9	0,9
<b>3. Ni inapropiadas ni apropiadas</b>	29	26,4	27,3
<b>4. Apropriadas</b>	71	64,5	91,8
<b>5. Muy apropiadas</b>	9	8,2	100,0
<b>Total</b>	110	100,0	

Fuente: autores

Frente al reactivo del aseo de la institución que hace referencia a la apreciación que tiene el usuario acerca del aseo o la limpieza de las instalaciones de la institución, como se evidencia en la tabla 14, en su mayoría con un 75,5% los participantes lo consideraron bueno y un 13,6% ni malo ni bueno, mientras que un 10% consideró el aseo como muy bueno y otro 0,9% como muy malo.

Tabla 14. Aseo de la institución

<b>P17. Aseo de la institución</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>1. Muy malo</b>	1	0,9	0,9
<b>2. Malo</b>	0	0,0	0,9
<b>3. Ni malo ni bueno</b>	15	13,6	14,5
<b>4. Bueno</b>	83	75,5	90,0
<b>5. Muy bueno</b>	11	10,0	100,0
<b>Total</b>	110	100,0	

Fuente: autores

El 72,7% de los usuarios encuestados percibieron el estado físico y visible de las instalaciones del Hospital Santa Rosa de Tenjo como cuidada, 14,5% ni descuidada ni cuidada y 10,9% muy cuidada, como se evidencia en la tabla 15.

Tabla 15. Estado de la planta física

<b>P18. Estado de la planta física</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>1. Muy descuidado</b>	1	0,9	0,9
<b>2. Descuidado</b>	1	0,9	1,8
<b>3. Ni descuidado ni cuidada</b>	16	14,5	16,4
<b>4. Cuidado</b>	80	72,7	89,1
<b>5. Muy cuidada</b>	12	10,9	100,0
<b>Total</b>	110	100,0	

Fuente: autores

La mayoría de los usuarios (65,5%) del Hospital Santa Rosa de Tenjo y participantes del presente trabajo, percibieron como cómoda la dotación de la institución en cuanto a salas de espera, sillas, camas y camillas, si las vio o las uso. Por otro lado en menor proporción (0,9%) la percibió como incómodas, como se evidencia en la tabla 16.

Tabla 16. Muebles y enseres

<b>P19. Muebles y enseres</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>1. Muy incómodas</b>	0	0,0	0,0
<b>2. Incómodas</b>	1	0,9	0,9
<b>3. Ni incómodas ni cómodas</b>	30	27,3	28,2
<b>4. Cómodas</b>	72	65,5	93,6
<b>5. Muy cómodas</b>	7	6,4	100,0
<b>Total</b>	110	100,0	

Fuente: autores

Como se presenta en la tabla 17 que se encuentra a continuación, la apreciación de los participantes sobre el trato recibido de médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud del personal fue de bueno para un 60%, seguido de ni malo ni bueno para un 22,7% y muy bueno para un 17,3%.

Tabla 17. Trato de personal asistencial

<b>P20. Trato de personal asistencial</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>1. Muy malo</b>	0	0,0	0,0
<b>2. Malo</b>	0	0,0	0,0
<b>3. Ni malo ni bueno</b>	25	22,7	22,7
<b>4. Bueno</b>	66	60,0	82,7
<b>5. Muy bueno</b>	19	17,3	100,0
<b>Total</b>	110	100,0	

Fuente: autores

Mientras tanto, ante el trato del personal administrativo como porteros, cajeros y auxiliares, como se puede observar en la tabla 18, la apreciación para la mayoría de los participantes (65,5%) fue buena, seguido de ni mala ni buena (24,5%). En menor medida un 10%, muy bueno.

Tabla 18. Trato de personal administrativo

<b>P21. Trato de personal administrativo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>1. Muy malo</b>	0	0,0	0,0
<b>2. Malo</b>	0	0,0	0,0
<b>3. Ni malo ni bueno</b>	27	24,5	24,5
<b>4. Bueno</b>	72	65,5	90,0
<b>5. Muy bueno</b>	11	10,0	100,0
<b>Total</b>	110	100,0	

Fuente: autores

La calificación de la reactivo de la cooperación entre funcionarios, la cual indica la coordinación entre el personal de la institución o entre instituciones, fue buena para más de la mitad de los participantes (59,1%). Entre tanto para un 28,2% que corresponde a 31 personas la percepción sobre la cooperación fue ni mala ni buena y para un 10,9% fue muy buena, como se observa en la tabla 19.

Tabla 19. Cooperación entre funcionarios

<b>P22. Cooperación entre funcionarios</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>1. Muy mala</b>	0	0,0	0,0
<b>2. Mala</b>	2	1,8	1,8
<b>3. Ni mala ni buena</b>	31	28,2	30,0
<b>4. Buena</b>	65	59,1	89,1
<b>5. Muy buena</b>	12	10,9	100,0
<b>Total</b>	110	100,0	

Fuente: autores

El 70,9% de los participantes afirmaron que los profesionales de la IPS tienen una alta capacidad para solucionar el problema que motivó la demanda de la atención en salud. Un 20,9% la percibió como ni baja ni alta y un 5,5% como muy alta, como se evidencia en la tabla 20.

Tabla 20. Capacidad de los profesionales

<b>P23. Capacidad de los profesionales</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>1. Muy baja</b>	1	0,9	0,9
<b>2. Baja</b>	2	1,8	2,7
<b>3. Ni baja ni alta</b>	23	20,9	23,6
<b>4. Alta</b>	78	70,9	94,5
<b>5. Muy alta</b>	6	5,5	100,0
<b>Total</b>	110	100,0	

Fuente: autores

Como se evidencia en la tabla 21, se observa que el 69,1% de los participantes percibió como suficiente las indicaciones que recibió respecto a los cuidados de su salud en casa, y con menor porcentaje insuficiente y muy insuficiente con 2,7 y 0,9% respectivamente.

Tabla 21. Cuidado de salud en casa

<b>P24. Cuidados de salud en casa</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>1. Muy insuficiente</b>	1	0,9	0,9
<b>2. Insuficiente</b>	3	2,7	3,6
<b>3. Ni insuficiente ni suficiente</b>	15	13,6	17,3
<b>4. Suficiente</b>	76	69,1	86,4
<b>5. Muy suficiente</b>	15	13,6	100,0
<b>Total</b>	110	100,0	

Fuente: autores

En cuanto a la calificación dada por los participantes a la calidad del servicio, como se muestra en la tabla 22, ante la posibilidad de asignar valores entre 1 y 5, el 81,8% de los participantes le otorgaron 4, un 14,5% una calificación de 5 y un 3,6% lo valoró como 3. Mientras un 3,6% la calificaron como 3 y ninguna calificación como 1 y 2.

Tabla 22. Calidad del servicio

<b>P25. Calidad del servicio</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>1. Uno</b>	0	0,0	0,0
<b>2. Dos</b>	0	0,0	0,0
<b>3. Tres</b>	4	3,6	3,6
<b>4. Cuatro</b>	90	81,8	85,5
<b>5. Cinco</b>	16	14,5	100,0
<b>Total</b>	110	100,0	

Fuente: autores

A la pregunta acerca del grado de satisfacción global del usuario con el servicio recibido, los participantes en general (79,1%) indicaron sentirse satisfechos. De esta totalidad de 110 (100%) participantes el 13,6% y el 7,3% señalaron sentirse muy satisfecho y ni insatisfechos ni satisfechos, respectivamente, como se observa en la tabla 23.

Tabla 23. Atención general

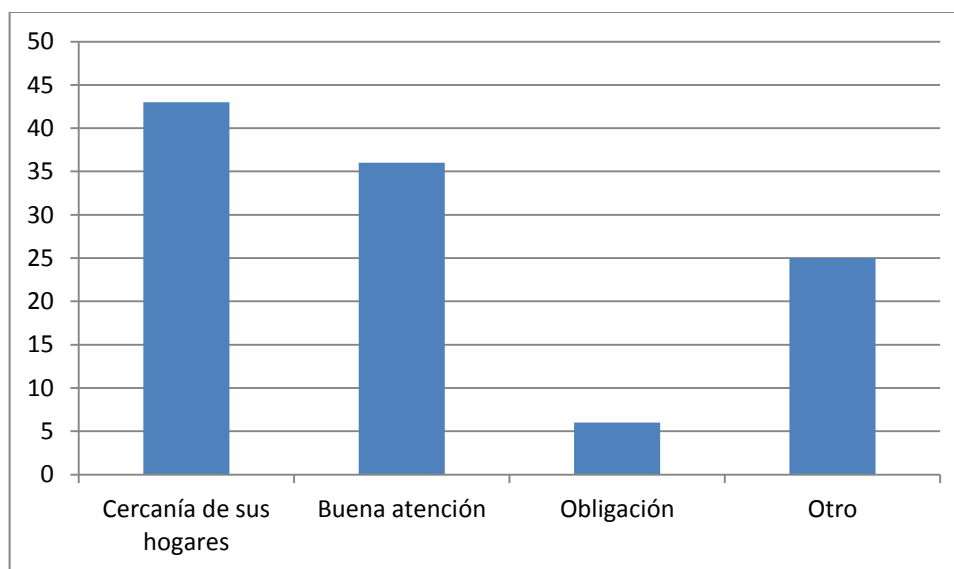
<b>P26. Atención general</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>1. Muy insatisfecho</b>	0	0,0	0,0
<b>2. Insatisfecho</b>	0	0,0	0,0
<b>3. Ni insatisfecho ni satisfecho</b>	8	7,3	7,3
<b>4. Satisfecho</b>	87	79,1	86,4
<b>5. Muy satisfecho</b>	15	13,6	100,0
<b>Total</b>	110	100,0	

Fuente: autores

Ante la pregunta sobre adherencia a la IPS de si volvería a la Institución, el 100% de los participantes contestó de manera afirmativa.

Como se observa en la figura 4, el argumento más frecuente sobre el cual se fundamenta en volver a la institución fue la cercanía de sus hogares y la buena atención por parte del personal médico con un porcentaje de 39,1 y 32,7% respectivamente.

Figura 4. Comentarios



Fuente: autores.

Ahora bien, en cuanto al reactivo de recomendaciones, donde el entrevistado manifiesta las mejoras que debe tener la institución, se evidenciaron muchas expresiones como “nada, todo está bien”, “no”, “ninguna”, el cual revela en gran medida una ausencia de apreciaciones frente a las recomendaciones de la institución. Otras respuestas que si precisaron recomendaciones de los entrevistados se centran en dos cosas. El primero es la falta de personal especializado de otros servicios y el segundo está dirigido a la terminología utilizada durante la consulta, no es muy clara para los pacientes.

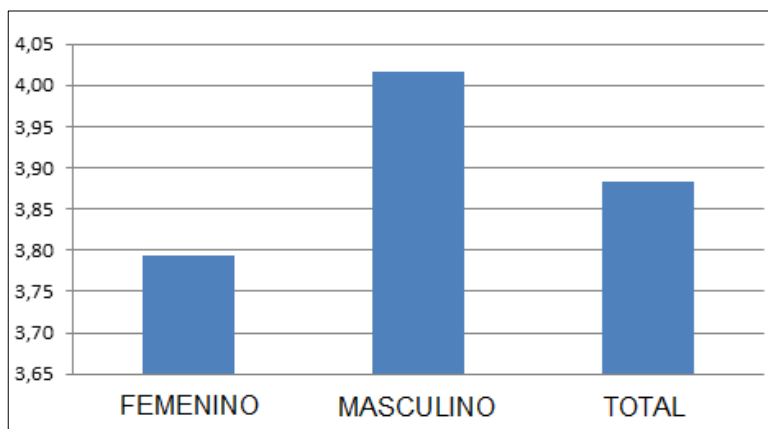
Con todo lo anterior, y teniendo en cuenta la tabla 3, el nivel de percepción que poseen los adultos mayores con respecto a la calidad de atención de la salud



durante la consulta externa de los servicios de medicina especializada durante los periodos de junio y julio del presente año, se obtuvo un valor de 3,88 que hace referencia a una percepción del total de la población como buena.

La Figura 5 muestra que el nivel de percepción mejor calificada fue por parte del sexo masculino con una calificación de 4,02, mientras que el sexo femenino tuvo una calificación de 3,79. Las calificaciones obtenidas por ambos sexos según la Tabla 3 se interpretan como un nivel de percepción buena.

Figura 5. Nivel de percepción según sexo



Fuente: autores.

Como se evidencia en la tabla 24, el sexo femenino que labora como trabajador dependiente dio la mejor calificación al igual que el sexo masculino pensionado con un puntaje de 3,95 y 4,18 respectivamente. La menor calificación fue por parte de los entrevistados que referían tener otra ocupación tanto para el sexo femenino como el masculino. El reactivo mejor y menor calificado y fue la calidad del servicio y la percepción del tiempo respectivamente.

Tabla 24. Nivel de percepción según sexo y ocupación

Reactivos	FEMENINO					Total F	MASCULINO					Total M	Total general
	AdC	TD	TI	D	Otra		TD	TI	D	P	Otra		
Trámite para ser atendido	3,83	4,00	4,14	3,33	4,00	3,85	3,90	3,92	4,00	4,50	3,86	3,93	3,88
Percepción del tiempo	3,60	3,67	3,86	3,67	3,00	3,62	3,50	3,96	4,00	4,50	3,86	3,86	3,72
Solución a la necesidad	3,85	3,67	3,43	4,33	3,00	3,80	3,70	4,08	4,00	4,00	3,86	3,95	3,86
Respuestas del personal	3,71	4,33	3,71	4,00	3,00	3,74	3,80	3,92	4,00	4,00	3,86	3,89	3,80
Aseo de la institución	3,90	4,00	3,57	4,00	3,00	3,86	4,10	4,04	4,00	4,50	3,86	4,05	3,94
Estado de la planta física	3,87	4,00	3,57	3,67	4,00	3,83	4,00	4,04	4,00	4,50	4,00	4,05	3,92
Muebles y enseres	3,65	4,33	3,86	3,67	4,00	3,71	3,80	3,92	4,00	3,50	3,86	3,86	3,77
Trato de personal asistencial	3,81	4,33	3,86	4,00	3,00	3,83	4,20	4,13	4,00	4,50	3,86	4,11	3,95
Trato de personal administrativo	3,73	4,33	4,00	3,67	3,00	3,77	4,00	4,00	4,00	3,50	4,00	3,98	3,85
Cooperación entre funcionarios	3,65	4,67	3,86	3,00	3,00	3,68	4,20	3,92	4,00	3,50	3,86	3,95	3,79
Capacidad de los profesionales	3,65	3,33	3,86	4,00	4,00	3,68	4,00	3,96	4,00	4,00	3,71	3,93	3,78
Cuidados de salud en casa	3,73	2,67	4,00	3,67	4,00	3,71	4,60	4,13	4,00	4,50	4,00	4,23	3,92
Calidad del servicio	4,04	4,00	4,00	4,33	4,00	4,05	4,40	4,17	4,00	4,50	4,00	4,20	4,11
Atención general	3,98	4,00	3,71	4,00	4,00	3,95	4,50	4,17	4,00	4,50	4,00	4,23	4,06
<b>Total</b>	<b>3,79</b>	<b>3,95</b>	<b>3,82</b>	<b>3,81</b>	<b>3,50</b>	<b>3,79</b>	<b>4,05</b>	<b>4,02</b>	<b>4,00</b>	<b>4,18</b>	<b>3,90</b>	<b>4,02</b>	<b>3,88</b>

F: femenino. M: masculino. AdC: Ama de casa. TD: trabajador dependiente. TI: trabajador independiente. D: desempleado. P: pensionado.

Fuente: autores.

### 8.3. PERCEPCIÓN DEL ADULTO MAYOR DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD EN CADA SERVICIO ESPECIALIZADO

#### 8.3.1. Caracterización de la población del adulto mayor según servicio demandado

Como se muestra en la tabla 25, se puede evidenciar que el 100% de la población que acudió al servicio de ginecología y el 41,17% que acudió al servicio de medicina interna se desempeñan como ama de casa, con respecto al servicio de medicina familiar un 46,42% de la población total el sexo masculino se desempeña como trabajador independiente, los entrevistados que asistieron al servicio de ortopedia ninguno se respondió como ocupación ser pensionado ni desempleado, y se evidencio en mayor proporción con un 54,54% ser trabajadores independientes.

Tabla 25. Caracterización de la población según servicios demandados

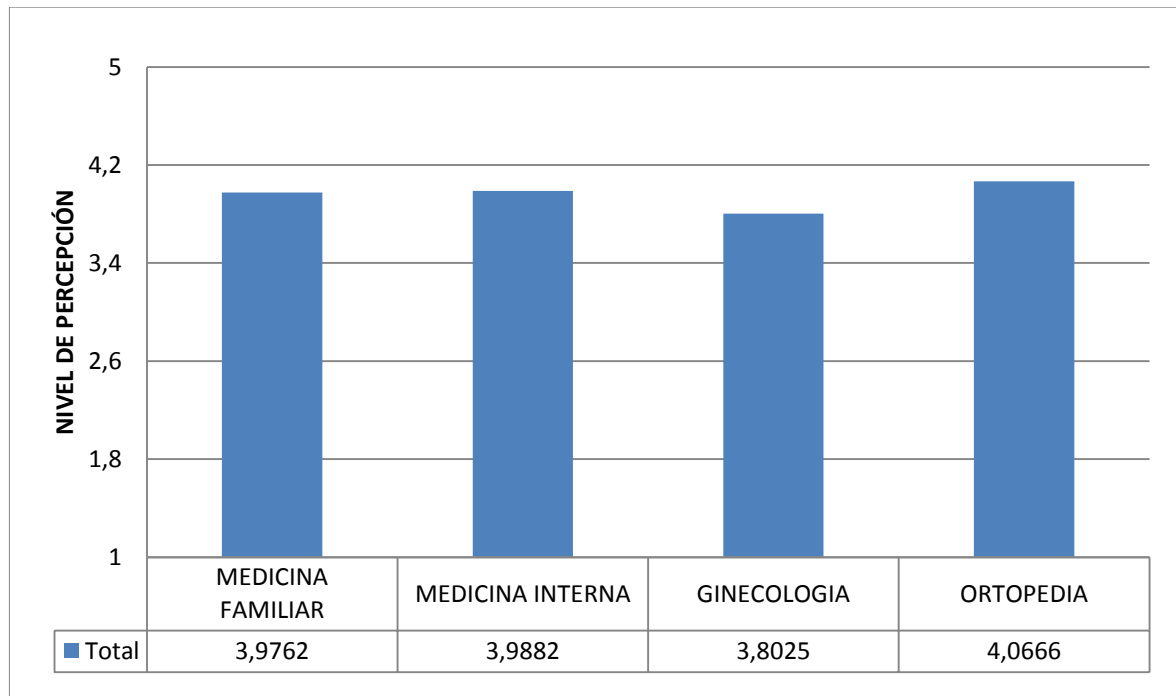
SERVICIO DEMANDADO	Ama de casa	Desempleado	Pensionado	Trabajador dependiente	Trabajador independiente	Total general
<b>Ginecología</b>	<b>25</b>					<b>26</b>
Femenino	25				1	26
<b>Medicina familiar</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>14</b>	<b>28</b>
Femenino	6	2		2	1	11
Masculino		1	2	1	13	17
<b>Medicina interna</b>	<b>14</b>	<b>1</b>		<b>7</b>	<b>12</b>	<b>34</b>
Femenino	14	1				15
Masculino				7	12	19
<b>Ortopedia</b>	<b>7</b>			<b>3</b>	<b>12</b>	<b>22</b>
Femenino	7			1	6	14
Masculino				2	6	8
<b>Total general</b>	<b>52</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>13</b>	<b>39</b>	<b>110</b>

Fuente: autores.

8.3.2. Descriptivos de los reactivos de la percepción del adulto mayor de la calidad de la atención en salud según servicio especializado demandado

Como se muestra en la Figura 6, el nivel de percepción de cada servicio se encuentra en el rango calificable como bueno, siendo el servicio de ortopedia el mejor calificado con 4,06 y el menor calificado el servicio de ginecología con 3,80.

Figura 6. Percepción según servicio demandado



Fuente: autores.

Como se puede observar en la tabla 26, los entrevistados que consultaron a las diferentes especialidades del Hospital Santa Rosa de Tenjo califican el nivel de percepción en su mayoría como buena y no existe ninguna calificación como excelente, pésima y mala. Se evidencia que la población que asistió al servicio de ginecología ninguno lo califico como muy buena.

Tabla 26. Nivel de percepción según servicio demandado

SERVICIO DEMANDADO	POBLACIÓN	%
<b>GINECOLOGÍA</b>	<b>26</b>	<b>100</b>
Regular	1	3,8
Buena	25	96,1
<b>MEDICINA FAMILIAR</b>	<b>28</b>	<b>100</b>
Regular	3	10,7
Buena	20	71,42
Muy buena	5	17,85
<b>MEDICINA INTERNA</b>	<b>34</b>	<b>100</b>
Regular	1	2,94
Buena	24	70,58
Muy buena	9	26,47
<b>ORTOPEDIA</b>	<b>22</b>	<b>100</b>
Regular	1	4,54
Buena	14	63,63
Muy buena	7	31,81
<b>Total general</b>	<b>110</b>	<b>100</b>

Fuente: autores.

#### 8.4. NIVEL DE PERCEPCIÓN SEGÚN ESTUDIOS REALIZADOS EN EL AÑO 2008 VS 2105

Como se evidencia en la tabla 25, los servicios ofrecidos por las IPS generan en la población calificaciones en su mayoría superiores de 3,4; el estudio realizado en el año 2008 se evidenció una calificación predominante como muy buena (45,93), mientras que el estudio realizado actualmente generó una calificación mayormente como buena (75,45).

Tabla 27. Nivel de percepción según año 2008 vs 2015

INTERVALO DE CALIFICACIÓN ASIGNADA A LA CALIDAD DEL SERVICIO RECIBIDO	ESTUDIOS			
	Cabrera G. - Bello L. - Londoño J. Antioquia. Medellín, Colombia. gcabrera@guajiros.udea.edu.co, teoriasymodelos@hotmail.com Agosto 2008		Espitia H.- Sáenz H. Cundinamarca. Tenjo, Colombia hespitia@udca.edu.co hsaenz@udca.edu.co Julio 2015	
	N	%	N	%
<b>PESIMA</b> 1 - 1,7	12	0,30	0	0,00
<b>MALA</b> 1,8 - 2,5	20	0,50	0	0,00
<b>REGULAR</b> 2,6 - 3,3	135	3,36	6	5,45
<b>BUENA</b> 3,4 - 4,1	995	24,75	83	75,45
<b>MUY BUENA</b> 4,2 - 4,9	1847	45,93	21	19,09
<b>EXCELENTE</b> 5	1012	25,17	0	0,00
<b>TOTAL</b>	4021	100	110	100

Fuente: autores.

## 9. DISCUSIÓN

La ESE Hospital Santa Rosa de Tenjo se encuentra ubicado, en el municipio de Tenjo Cundinamarca, que hace parte del área metropolitana de Bogotá desde el censo DANE 2005. Por ser un hospital de Nivel I, tiene como prioridad la prestación de servicios de salud enfocados hacia el desarrollo y/o fomento de la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud.

Así pues, como está estipulado en la misión del hospital, presta servicios de salud con énfasis en la atención del paciente de baja complejidad, destinado su esfuerzo en la satisfacción del cliente en pro del bienestar comunitario tanto a nivel local como regional.

Con el ánimo de evaluar la percepción en satisfacción de atención en salud en el Hospital Santa Rosa de Tenjo, hay que partir de una línea base, la cual es requerida para evaluar los procesos que se llevan a cabo en toda la institución; así como las características en pro del mejoramiento en la calidad de atención. Para ello, desde el año 1995, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), está al tanto recogiendo anualmente datos de cada país con el único fin de mejorar el impacto de los programas de salud así como de salud pública. Cada país tiene por obligación actualizar el perfil social de salud y compararlo con otro para determinar si existen o no avances que ayuden al mejoramiento continuo de la salud.

A nivel nacional, existen métodos de evaluación que miden el impacto inicial de intervenciones sociales sobre cada una de las IPS existentes a nivel regional. El Departamento Nacional de Planeación (DNP) realiza análisis basados en la evidencia acerca del impacto que tiene el SGSSS en Colombia, para esto, utiliza encuestas de calidad en salud, que son evaluadas por un conjunto de personas entrenadas con el propósito de dar establecer si el proceso que tenían instaurado en su IPS es completamente adecuado o por el contrario es insuficiente a la hora de construcción y validación.

Por tal motivo, al transcurso de los años, se han realizado varias evaluaciones operativas realizadas por el sistema de garantía de calidad de las IPS Colombianas; arrojando datos en cuanto a satisfacción de calidad en salud, se han realizado bajo plena supervisión de la entidad correspondiente.

Para ser más precisos, en el año 2001 se realiza la segunda medición de un proyecto denominado Municipios Centinela, pertenecientes al programa de Sistemas Municipales de Salud (PSMS), se trató de un estudio donde median resultados de todos los procesos que la reforma del SGSSS dejó en ese entonces; la metodología de dicho estudio consistió en un seguimiento exhaustivo de procesos, que finalizaban con resultados y efectos adversos en la reforma, y lo extrapolaban con el mejoramiento de sistemas en salud, teniendo en cuenta características propias de servicios de salud como lo son la equidad, eficiencia, eficacia y calidad.

Con lo anterior, se parte de la idea de medir por un lado los cambios presentados en indicadores de salud y por el otro la satisfacción del usuario mediante encuestas.

Así pues, en el años 2008, se realiza un estudio titulado: “*Quality as perceived by people using hospitals in the Colombian health service network restructuring programme*”; que traducido al español relata: “Calidad percibida por usuarios de hospitales del programa de reestructuración de redes de servicios de salud de Colombia”. Realizado por la Facultad Nacional de Salud Pública “Héctor Abad Gómez” de la universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.

Dicho estudio, tuvo como objetivo establecer una línea base de la calidad percibida por usuarios de hospitales en un programa de reestructuración, rediseño y modernización de servicios de salud en Colombia. Para ello, utilizaron el instrumento validado para medir Percepción de Calidad Según Usuarios de Servicios de Salud (PECASUSS), donde se entrevistaron cara a cara 4021 usuarios pertenecientes al programa y se evidencio que con una edad media de 38 años, siendo prevalente con un 70% el sexo femenino y un 30% sexo masculino, con afiliación al régimen subsidiado el 55% pertenecían al estrato uno, valoraron mayoritariamente como bueno o muy bueno el nivel de 16 aspectos evaluados perceptibles como “calidad en los servicios”, en una escala de 1,0 otorgado el título de pésimo y un 5,0 como excelente se obtuvo una calificación de 3,98% con una desviación estándar (DE:0,8).

Es decir, que la calidad percibida por los usuarios de los hospitales fue buena en general, y que además se tuvieron en cuenta aspectos como el trato humanizado por parte de las personas que prestan el servicio de salud y que además en este estudio, fue la sub-dimensión que mejor valoración obtuvo.

Respecto al estudio realizado por Espitia S. Harry y Sáenz R. Héctor, pertenecientes a la Facultad de Ciencias de la Salud, programa de medicina



humana de la Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A en el año 2015, se evidencia que de los 110 participantes enfrentados de igual manera (cara a cara), y tomando el instrumento validado PECASUSS, se da a establecer que de toda la población el 60% son pertenecientes al sexo femenino y 40% masculino, que los sujetos de estudio de la IPS Hospital Santa Rosa de Tenjo, con edades entre los 65 y 75 años (Media: 68,92 y Desviación Estándar: 2,96), se encuentran satisfechos con el servicio recibido, los participantes en general (79,1%) indicaron sentirse satisfechos. De esta totalidad de 110 (100%) participantes el 13,6% señalaron sentirse muy satisfecho.

Entonces, respecto a esta última experiencia descrita, y las otras anteriormente expresadas, se evidencia que existe una calificación adecuada y satisfecha por parte de las personas que acuden al servicio de salud en cuanto a la prestación de servicios y que además la catalogan como buena, sobrepasando las categorías de regular o mala, se puede además establecer que los servicios ofrecidos por la IPS caben dentro del vocablo de satisfacción así como de calidad. Es decir, existe plena relación entre los servicios recibidos y la percepción de calidad de los mismos.

No obstante y como se describe al inicio del presente trabajo, la percepción del usuario frente a los servicios ofrecidos por la IPS, es indistintamente variable, y puede estar asociado a problemas en la atención, como lo son los descritos, ya sea la solicitud de una cita, la entrega de un medicamento, la entrega de un examen de laboratorio o la atención de una urgencia.

Por tal motivo, la percepción de calidad podría ser más objetiva si se tomaran los mismos pacientes antes de y después de los cambios realizados, ya que de esta manera, se puede apreciar y comparar como era el servicio antes y como es ahora, es decir el encuestado podrá diferenciar que tan bueno es el servicio ahora ya que tiene una base de referencia de comparación.

Al analizar los resultados obtenidos, por medio de la aplicación de la metodología propuesta, se evidencio que existe un trato humanizado con el paciente que acude a los servicios ofrecidos por el Hospital Santa Rosa de Tenjo y que los resultados pueden estar favorecidos por el cumplimiento de las metas o expectativas a la hora de atención.

## 10. CONCLUSIONES

1. La percepción de calidad de atención percibida por el adulto mayor en servicios de medicina especializada del Hospital Santa Rosa de Tenjo durante los meses junio y julio del año 2015 fue buena en general.
2. Los adultos mayores que acudieron a la consulta de medicina especializada del Hospital Santa Rosa de Tenjo durante los meses junio y julio del año 2015 están dados principalmente por el sexo femenino, con edades promedio de 68 años y que habitan en el municipio de Tenjo.
3. Los aspectos que más influyen en la insatisfacción de calidad de atención durante la consulta de los servicios de medicina especializada del Hospital Santa Rosa de Tenjo, son la demora en las citas con los especialistas y la demora en la atención
4. La especialidad con mejores resultados de percepción calidad de atención entre los servicios de medicina especializada del Hospital Santa Rosa de Tenjo durante los meses junio y julio del año 2015 fue el servicio de Ortopedia, seguido por el servicio de Medicina Interna.
5. La generación de estudios de este tipo dentro de las políticas del Sistema Obligatorio de la garantía de Calidad en Salud, permiten el mejoramiento continuo de las instituciones que prestan servicios de salud y centran su objetivo no solo en los criterios de eficacia eficiencia , efectividad, sino además en la Satisfacción del Usuario y el cumplimiento de sus objetivos.

## 11.RECOMENDACIONES

1. Se debe fortalecer el vínculo existente entre la institución y los pacientes, para cumplir con las metas propuestas en la visión del Hospital Santa Rosa de Tenjo, contemplando un desarrollo integral de la calidad en cada especialidad.
2. Se deben crear mecanismos más fuertes para detectar necesidades de los usuarios frente a los servicios ofertados por el Hospital Santa Rosa de Tenjo, así como integrar los lineamientos de calidad de las expectativas de los usuarios.
3. Continuar con los comités de calidad y gestión creados y mejorarlos mediante un plan de seguimiento activo, evaluando las mejoras y/o cambios en los procesos tanto asistenciales y científicos así como corporativos
4. Se debe fomentar la creación de nuevas estrategias para describir los procesos realizados así como los responsables de cada una de las áreas detectadas como débiles dentro de la Institución.
5. Adecuar los horarios de atención, así como la planificación de agendas con especialistas más próximas, para evitar la no adherencia institucional.
6. Es necesario reforzar la cultura de la medición entre el personal de salud asistencial y administrativo con el fin de lograr la satisfacción total de los pacientes y del personal prestador del servicio logrando con ello la mejoría de la calidad de vida y el manejo integral a los adultos mayores y en general a toda la población.
7. Se deben continuar realizando este tipo de estudios a nivel local, regional y nacional con el fin de poder comparar y lograr estándares que permitan evidenciar la prestación de servicios de salud con calidad y que además generen una sana competencia entre las Instituciones de Salud.

## BIBLIOGRAFÍA

- 
- <sup>1</sup> Naciones Unidas [Internet]. Ejecución del Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento y actividades conexas. 1990. [Citado 07 nov 2014]. Disponible en: <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/45/106>
- <sup>2</sup> Naciones Unidas [Internet]. Principios de las Naciones Unidas para las Personas de Edad. 1991. [Citado 07 nov 2014]. Disponible en: <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/46/91>
- <sup>3</sup> Naciones Unidas [Internet]. Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. 2002. [Citado 07 nov 2014]. Disponible en: <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/CONF.197/9>
- <sup>4</sup> Organización Mundial en Salud; Organización Panamericana en Salud [Internet]. Plan de acción sobre la salud de las personas mayores incluido el envejecimiento activo y saludable. 2007. [Citado 07 nov 2014]. Disponible en: [http://www.mayoressaludables.org/sites/default/files/plan\\_de\\_accio\\_n\\_sobre\\_la\\_salud.pdf](http://www.mayoressaludables.org/sites/default/files/plan_de_accio_n_sobre_la_salud.pdf)
- <sup>5</sup> Naciones Unidas [Internet]. Seguimiento de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. 2011. [Citado 07 nov 2014]. Disponible en: <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/66/173>
- <sup>6</sup> García M., Gonzáles C., Gutiérrez L. Generalidades. Geriátría para el médico familiar. Ed El manual moderno. 2012.
- <sup>7</sup> Organización Mundial de la Salud – OMS [Internet]. Preguntas más frecuentes. 1946. [Citado 07 nov 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
- <sup>8</sup> Menéndez J, Guevara A, Arcial N, León EM, Marín C, Alfonso JC. Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Pública. 2005; 17(5/6):353-61
- <sup>9</sup> Durán A., Valderrama L., Uribe A., Gonzáles A., Molina J. [Internet]. Enfermedad crónica en adultos mayores. Univ. Méd. Bogotá, Colombia, 2010; 51(1):16-28.
- <sup>10</sup> Organización Mundial de la Salud [Internet]. Sistemas de salud. 2015. [Citado 08 nov 2014]. Disponible en: [http://www.who.int/topics/health\\_systems/es/](http://www.who.int/topics/health_systems/es/)
- <sup>11</sup> Organización Mundial de la Salud [Internet]. ¿Qué es un sistema de salud? 2015. [Citado 08 nov 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/28/es/>

- 
- <sup>12</sup> Congreso de la República [Internet]. Ley 1251 de 2008. 2008. [Citado 08 nov 2014]. Disponible en: [http://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley\\_1251\\_2008.htm](http://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_1251_2008.htm)
- <sup>13</sup> Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud [Internet]. Perfil de los sistemas de salud, Colombia. 2009. [Citado 08 nov 2014]. Disponible en: [http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Perfil\\_Sistema\\_Salud-Colombia\\_2009.pdf?ua=1](http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Perfil_Sistema_Salud-Colombia_2009.pdf?ua=1)
- <sup>14</sup> Ruelas M., Pelcastre B., Reyes H. Maltrato institucional hacia el adulto mayor: percepciones del prestador de servicios de salud y de los ancianos. *Salud Publica Mex* 2014;56:631-637.
- <sup>15</sup> Rodríguez R. Salud y personas mayores, la discriminación sanitaria del mayor. Madrid: Academia de Medicina de Cantabria, 2004:7-68.
- <sup>16</sup> Ministerio de salud [Internet]. Proyecto Plan Multidisciplinario para la Modernización de la Educación, Capacitación y Entrenamiento en Salud. Colombia. 2002. [Citado 08 nov 2014]. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/RESUMEN%20EJECUTIVO.pdf>
- <sup>17</sup> Hospital Santa Rosa de Tenjo [Internet]. Misión. Colombia. 2015. [Citado 30 mar 2015]. Disponible en: <http://esehospitalsantarosadetenjo.gov.co/shortcodes.html#carousel>
- <sup>18</sup> Real Academia Española [Internet]. Percepción. Madrid, España. 2015. [Citado 08 ene 2015]. Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/?val=percepci%C3%B3n>
- <sup>19</sup> Bower T. El mundo perceptivo del niño. 3a ed. Madrid: Ediciones Morata; 1984.
- <sup>20</sup> Warren H. Diccionario de psicología. 2a ed. México D.F.: Fondo de Cultura Económica; 1993.
- <sup>21</sup> García F. Vejez, envejecimiento y sociedad en España, siglos XVI-XXI. 3a ed. Cuenca: Ediciones Universidad de Castilla La Mancha. 2005.
- <sup>22</sup> Alonso L., Ríos A., Caro S., Maldonado A., Campo L., Quiñonez D., Zapata Y. Percepción del envejecimiento y bienestar que tienen los adultos mayores del Hogar Geriátrico San Camilo de la ciudad de Barranquilla (Colombia). *Salud Uninorte. Barranquilla (Col.)* 2010; 26 (2): 250-259
- <sup>23</sup> Real Academia Española [Internet]. Calidad. Madrid, España. 2015. [Citado 13 ene 2015]. Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/srv/search?key=calidad>

- 
- <sup>24</sup> Secretaría Central de ISO [Internet]. Sistemas de gestión de la calidad: Fundamentos y vocabulario. Ginebra, Suiza. 2005. [Citado 13 ene 2015]. Disponible en: [http://www.uco.es/sae/archivo/normativa/ISO\\_9000\\_2005.pdf](http://www.uco.es/sae/archivo/normativa/ISO_9000_2005.pdf)
- <sup>25</sup> Rubio S. “Glosario de Economía de la Salud”. Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción (PALTEX) de la Organización Panamericana de la Salud. España. 1995.
- <sup>26</sup> Instituto Nacional de la Administración Pública [Internet]. La medición de la calidad y la satisfacción del ciudadano - usuario de servicios públicos privatizados. Buenos Aires, Argentina. 1998. [Citado 13 ene 2015]. Disponible en: [http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4\\_uibd.nsf/93B121E6639027E905257BDD0078F1BB/\\$FILE/MEDICI.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/93B121E6639027E905257BDD0078F1BB/$FILE/MEDICI.pdf)
- <sup>27</sup> Gilmore, C., de Morales H. Manual de Gerencia de la Calidad. Organización Panamericana de la Salud. Fundación W.K. Kellog, 1996.
- <sup>28</sup> Corte Constitucional, Republica de Colombia. Sentencia C-713/09. 2009. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2009/C-713-09.htm>
- <sup>29</sup> Otero M.J., Otero I.J. [Internet]. ¿Qué es la calidad en salud?. Lima, Perú. 2002. [Citado 13 ene 2015]. Disponible en: [www.sld.cu/galerias/doc/sitios/infodir/que\\_es\\_calidad\\_en\\_salud.doc](http://www.sld.cu/galerias/doc/sitios/infodir/que_es_calidad_en_salud.doc)
- <sup>30</sup> Kerguelén C. [Internet]. Calidad en salud en Colombia. Bogotá, Colombia. 2008. [Citado 13 ene 2015]. Disponible en: [www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/CALIDAD%20EN%20SALUD%20EN%20COLOMBIA.pdf](http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/CALIDAD%20EN%20SALUD%20EN%20COLOMBIA.pdf)
- <sup>31</sup> Organización Mundial de la Salud. [Internet]. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014. 2014. [Citado 20 ene 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/world-health-statistics-2014/es/>
- <sup>32</sup> Profamilia [Internet]. Encuesta Nacional de Demografía y Salud – ENDS. Colombia. 2009. [Citado 20 ene 2015]. Disponible en: <http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/images/stories/PDF-capitulos/Capitulo-17.pdf>
- <sup>33</sup> Ministerio de Salud [Internet]. Diagnostico preliminar sobre personas mayores, Dependencia y servicios sociales en Colombia. Colombia. 2005. [Citado 27 ene 2015]. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Documents/Situacion%20Actual%20de%20las%20Personas%20adultas%20mayores.pdf>

- 
- <sup>34</sup> Departamento Administrativo Nacional de Estadística [Internet]. Censo general 2005, población adulta mayor. Colombia. 2005. [Citado 27 ene 2015]. [https://www.dane.gov.co/censo/files/presentaciones/poblacion\\_adulto\\_mayor.pdf](https://www.dane.gov.co/censo/files/presentaciones/poblacion_adulto_mayor.pdf)
- <sup>35</sup> Organización Mundial de la Salud. Programa Envejecimiento y Ciclo Vital. Envejecimiento activo: un marco político. Revista Especial. Geriátrica de Gerontología; 37 (supl.2): 74-105.
- <sup>36</sup> Labiano M. [Internet]. Introducción a la psicología de la salud, Universidad Nacional de San Luis. Argentina. 2002. [Citado 27 ene 2015]. Disponible en: <http://nursecareplan.blogspot.com/2008/03/nursing-theories-and-conceptual.html>
- <sup>37</sup> Real Academia Española [Internet]. Satisfacción. Madrid, España. 2015. [Citado 27 ene 2015]. Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/srv/search?id=PR86p7lwWDXX2aVJHdLh>
- <sup>38</sup> Hernández P. La importancia de la satisfacción del usuario. Documentación de las Ciencias de la Información. México: 2011; vol. 34, 349-368

## 13. ANEXOS

### Anexo A. Instrumento de aplicación

<b>PERCEPCIÓN DEL ADULTO MAYOR SOBRE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN LOS SERVICIO DE MEDICINA ESPECIALIZADA DEL HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO DURANTE LOS MESES JUNIO Y JULIO DEL AÑO 2015</b>						
		<b>INSTRUMENTO: Percepción de Calidad Según Usuarios de Servicios de Salud – PECASUSS ©</b> <small>Ministerio de la Protección Social - República de Colombia</small>				
<b>1. IPS</b>						
<b>2. Nivel de atención</b>						
1. Nivel I	2. Nivel II	3. Nivel III	4. Nivel IV			
<b>3. Municipio</b>						
<b>4. Servicio demandado</b>						
1. Consulta general	2. Consulta especializada	3. Hospitalización				
<b>5. Afiliación al SGSSS</b>						
1. Contributivo	2. Subsidiado	3. Sin afiliación				
<b>6. Sexo.</b>						
1. Masculino	2. Femenino					
<b>7. Edad del usuario o informante, según.</b>						
<b>8. Educación</b>						
1. Ninguno	2. Primario	3. Secundario	4. Técnico-tecnológico	5. Profesional	6. Postgrado	
<b>9. Ocupación.</b>						
1. Ama de casa	2. Estudiante	3. Trabajador dependiente	4. Trabajador independiente	5. Desempleado	6. Pensionado	7. otra
<b>10. Estrato.</b>						
1. Uno	2. Dos	3. Tres	4. Cuatro	5. Cinco	6. Seis	7. Sin estratificación
<i>Para cada pregunta escoja sólo una respuesta.</i>						
<b>11. El trámite que hizo para ser atendido(a), hoy o el día que ingresó a la institución, le pareció:</b>						
1. Muy complicado	2. Complicado	3. Ni complicado ni sencillo	4. Sencillo	5. Muy sencillo		
<b>12. Si tuvo que pagar algo para ser atendido(a), este pago le pareció: (si no tuvo que pagar, pase a la 13).</b>						
1. Muy caro	2. Caro	3. Ni caro ni barato	4. Barato	5. Muy barato		
<b>13. El tiempo desde que llegó a consulta externa, a cumplir una cita, hasta que lo(a) atendieron fue de: <i>en min.</i></b>						
<b>14. Este tiempo que tuvo que esperar hasta que lo(a) atendieron, le pareció:</b>						
1. Muy largo	2. Largo	3. Ni largo ni corto	4. Corto	5. Muy corto		
<b>15. La solución que le dieron a la necesidad de salud por la que consultó esta institución u hospital le pareció:</b>						
1. Muy mala	2. Mala	3. Ni mala ni buena	4. Buena	5. Muy buena		
<b>16. Las respuestas del personal de la institución ante sus inquietudes o preguntas le parecieron:</b>						
1. Muy inapropiadas	2. Inapropiadas	3. Ni inapropiadas ni apropiadas	4. Apropriadas	5. Muy apropiadas		
<b>17. El aseo de la institución le pareció:</b>						
1. Muy malo	2. Malo	3. Ni malo ni bueno	4. Bueno	5. Muy bueno		
<b>18. La planta física o sea el edificio de la institución le pareció:</b>						
1. Muy descuidado	2. Descuidado	3. Ni descuidado ni cuidado	4. Cuidado	5. Muy cuidado		
<b>19. Las salas de espera, la sillería, las camas y camillas, si las vió o las usó, le parecieron:</b>						
1. Muy incómodas	2. Incómodas	3. Ni incómodas ni cómodas	4. Cómodas	5. Muy cómodas		
<b>20. El trato que recibió de médicos, enfermeras y otros profesionales de salud le pareció:</b>						
1. Muy malo	2. Malo	3. Ni malo ni bueno	4. Bueno	5. Muy bueno		
<b>21. El trato que le dieron porteros, cajeros, auxiliares y otro personal administrativo le pareció:</b>						
1. Muy malo	2. Malo	3. Ni malo ni bueno	4. Bueno	5. Muy bueno		
<b>22. La cooperación entre funcionarios de la institución (o de instituciones) ante su necesidad de atención fue:</b>						
1. Muy mala	2. Mala	3. Ni mala ni buena	4. Buena	5. Muy buena		
<b>23. La capacidad de los profesionales para solucionar su necesidad de salud le pareció:</b>						
1. Muy baja	2. Baja	3. Ni baja ni alta	4. Alta	5. Muy alta		
<b>24. La orientación que recibió en la institución para efectuar cuidados de su salud en casa le pareció:</b>						
1. Muy insuficiente	2. Insuficiente	3. Ni insuficiente ni suficiente	4. Suficiente	5. Muy suficiente		
<b>25. Desde cero (pésimo) hasta cinco (excelente), con cuanto calificaría la calidad del servicio recibido?</b>						
1. Uno	2. Dos	3. Tres	4. Cuatro	5. Cinco		
<b>26. La atención recibida en la institución lo dejó en general?</b>						
1. Muy insatisfecho	2. Insatisfecho	3. Ni insatisfecho ni satisfecho	4. Satisfecho	5. Muy satisfecho		
<b>27. Volvería al hospital?: <i>Marque</i></b>						
1. Si	2. No					
<b>28. Por qué?: <i>Anote</i></b>						
<b>29. Que debe mejorar el hospital?: <i>Anote</i></b>						



## Anexo B. Formato de respuestas del instrumento

PERCEPCIÓN DEL ADULTO MAYOR SOBRE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA EN EL HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO DURANTE EL MES JUNIO DEL AÑO 2015						
		<b>INSTRUMENTO: Percepción de Calidad Según Usuarios de Servicios de Salud – PECASUSS ©</b> <i>Ministerio de la Protección Social - República de Colombia</i>				
Anote toda situación o información que le parezca o que conozca que pueda tener un efecto positivo o negativo en el volumen de la demanda de servicios o en la percepción de la calidad de servicios prestados por la institución.						
Díe al usuario y/o informante el mayor agradecimiento posible por el tiempo y colaboración con la encuesta realizada.						
<b>RESPUESTAS, impresa tanto por el frente como por el reverso de la hoja</b>					Fecha: __/__/__ dd mm aa	
Pte. ____	Pte. ____	Pte. ____	Pte. ____	Pte. ____	Pte. ____	Pte. ____
1. IPS: <u>Hospital Santa Rosa de Tenjo</u>			2. Nivel: <u>1</u>		3. Municipio: <u>Tenjo, Cundinamarca</u>	
4. ____	4. ____	4. ____	4. ____	4. ____	4. ____	4. ____
5. ____	5. ____	5. ____	5. ____	5. ____	5. ____	5. ____
6. ____	6. ____	6. ____	6. ____	6. ____	6. ____	6. ____
7. ____	7. ____	7. ____	7. ____	7. ____	7. ____	7. ____
8. ____	8. ____	8. ____	8. ____	8. ____	8. ____	8. ____
9. ____	9. ____	9. ____	9. ____	9. ____	9. ____	9. ____
10. ____	10. ____	10. ____	10. ____	10. ____	10. ____	10. ____
11. ____	11. ____	11. ____	11. ____	11. ____	11. ____	11. ____
12. ____	12. ____	12. ____	12. ____	12. ____	12. ____	12. ____
13. ____	13. ____	13. ____	13. ____	13. ____	13. ____	13. ____
14. ____	14. ____	14. ____	14. ____	14. ____	14. ____	14. ____
15. ____	15. ____	15. ____	15. ____	15. ____	15. ____	15. ____
16. ____	16. ____	16. ____	16. ____	16. ____	16. ____	16. ____
17. ____	17. ____	17. ____	17. ____	17. ____	17. ____	17. ____
18. ____	18. ____	18. ____	18. ____	18. ____	18. ____	18. ____
19. ____	19. ____	19. ____	19. ____	19. ____	19. ____	19. ____
20. ____	20. ____	20. ____	20. ____	20. ____	20. ____	20. ____
21. ____	21. ____	21. ____	21. ____	21. ____	21. ____	21. ____
22. ____	22. ____	22. ____	22. ____	22. ____	22. ____	22. ____
23. ____	23. ____	23. ____	23. ____	23. ____	23. ____	23. ____
24. ____	24. ____	24. ____	24. ____	24. ____	24. ____	24. ____
25. ____	25. ____	25. ____	25. ____	25. ____	25. ____	25. ____
26. ____	26. ____	26. ____	26. ____	26. ____	26. ____	26. ____
27. ____	27. ____	27. ____	27. ____	27. ____	27. ____	27. ____
28. Usuario _____						
Usuario _____						
Usuario _____						
Usuario _____						
Usuario _____						
Usuario _____						
29. Usuario _____						
Usuario _____						
Usuario _____						
Usuario _____						
Usuario _____						
Usuario _____						

## Anexo C. Consentimiento informado



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS  
APLICADAS Y AMBIENTALES  
**U.D.C.A**

Encuesta de Percepción de Calidad  
Según Usuarios de Servicios de Salud  
- PECASSUS en el Hospital Santa  
Rosa de Tenjo



**HOSPITAL**  
Santa Rosa de Tenjo

### PERCEPCIÓN DEL ADULTO MAYOR SOBRE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA ESPECIALIZADA DEL HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO DURANTE LOS MESES JUNIO Y JULIO DEL AÑO 2015

#### Consentimiento informado

Sr. (Sra., Srta.): .....

El propósito de este documento es entregarle toda la información necesaria para que Ud. pueda decidir libremente si desea participar en la investigación que se le ha explicado verbalmente, y que a continuación se describe en forma resumida:

Al respecto, expongo que:

He sido informado/a sobre el estudio a desarrollar y las eventuales molestias, incomodidades que la realización de la encuesta implica, previamente a su aplicación y con la descripción necesaria para conocerlas en un nivel suficiente.

He sido también informado/a en forma previa a la aplicación, que los procesos que se realicen, no implican un costo que yo deba asumir. Mi participación en el procedimiento no involucra un costo económico alguno que yo deba solventar (hacerme cargo).

Junto a ello he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera éstos produzcan.

Estoy en pleno conocimiento que la información obtenida con la actividad en la cual participaré, será absolutamente confidencial, y que no aparecerá mi nombre ni mis datos personales en libros, revistas y otros medios de publicidad derivadas de la investigación ya descrita.

Sé que la decisión de participar en esta investigación, es absolutamente voluntaria. Si no deseo participar en ella o, una vez iniciada la investigación, no deseo proseguir colaborando, puedo hacerlo sin problemas. En ambos casos, se me asegura que mi negativa no implicará ninguna consecuencia negativa para mí.

Adicionalmente, los investigadores responsables (**Harry Espitia Sanabria y Héctor Andrés Sáenz Ramírez**) han manifestado su voluntad en orden a aclarar cualquier duda que me surja sobre mi participación en la actividad realizada. Para ello, se me informa que el domicilio para estos efectos es la UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES - UDCA ubicado en la Calle 222 #55-37, Bogotá, Cundinamarca tel:(1) 6684700 facultad de ciencias de la salud, programa de medicina, en el período comprendido en la investigación y hasta 6 meses después de concluida ésta.

He leído el documento, entiendo las declaraciones contenidas en él y la necesidad de hacer constar mi consentimiento, para lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Yo, .....Cédula de identidad o pasaporte mayor de edad con domicilio en ..... Consiento en participar en la investigación denominada: **PERCEPCIÓN DEL ADULTO MAYOR SOBRE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA ESPECIALIZADA DEL HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO DURANTE LOS MESES JUNIO Y JULIO DEL AÑO 2015**

y autorizo a los investigadores responsables del proyecto y/o a quienes éste designe como sus colaboradores directos y cuya identidad consta al pie del presente documento, para realizar el (los) procedimiento (s) requerido (s) por el proyecto de investigación descrito.

Fecha: ...../...../.....

Hora: .....

Firma de la persona que consiente: .....

Investigador responsable: .....

Nombre

Firma

Co-investigador 1 : .....

Nombre

Firma

Co-investigador 2 : .....

Nombre

Firma