

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

TEMA:

**Análisis de la calidad de los servicios del área de terapia respiratoria
del Hospital Dr. Roberto Gilbert E.**

AUTOR:

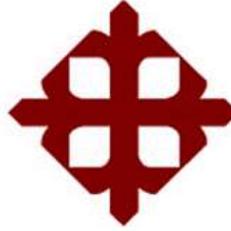
Johan Zein Perea Angulo

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

TUTORA:

Ing. Yanina Bajaña Villagómez, PhD.

**Guayaquil, Ecuador
2023**



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

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por la **Lcdo. Johan Zein Perea Angulo**, como requerimiento parcial para la obtención del Grado Académico de **Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud**

DIRECTORA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Ing. Yanina Bajaan Villagómez, Ph.D.

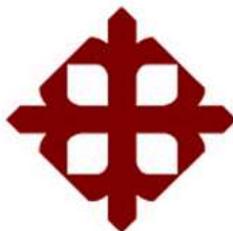
REVISOR

Ing. Christian Ronny Mendoza Villavicencio, Mgs.

DIRECTORA DEL PROGRAMA

Econ. María de los Ángeles Núñez Lapo, Mgs.

Guayaquil, a los 17 días del mes de febrero del año 2023



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

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Johan Zein Perea Angulo

DECLARO QUE:

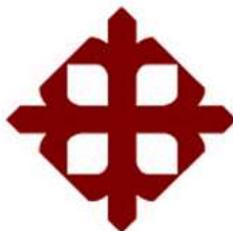
El Proyecto de Investigación **Análisis de la calidad de los servicios del área de terapia respiratoria del Hospital Dr. Roberto Gilbert E.** previa a la obtención del **Grado Académico de Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud**, ha sido desarrollada en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

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

Guayaquil, a los 17 días del mes de febrero del año 2023

EL AUTOR

Johan Zein, Perea Angulo



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

AUTORIZACIÓN

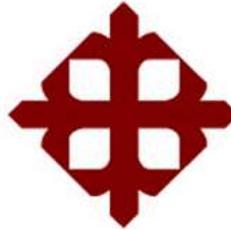
Yo, Perea Angulo, Johan Zein

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del **Proyecto de Investigación previo a la obtención del grado de Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud** titulada: **Análisis de la calidad de los servicios del área de terapia respiratoria del Hospital Dr. Roberto Gilbert E.**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 17 días del mes de febrero del año 2023

EL AUTOR:

Johan Zein, Perea Angulo



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

INFORME DE URKUND

The screenshot displays the URKUND interface with the following details:

- Documento:** [013743403](#)
- Presentado:** 2023-01-30 20:27:45:00
- Presentado por:** [johan.perez@ucsg.edu.ec](#)
- Asesorado:** [maria.lara.ucsg@ucsg.edu.ec](#)
- Mensaje:** JHONATAN PEREZ MAGUILO [\[Ver más el mensaje\]](#)
- Nota:** [N] Ver más el original, se compone de este presente en 1 fuente.

Lista de Fuentes:

Categoría	Entero/número de archivo
UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL	DL3072044
Fuentes alternativas	
Fuentes no usadas	

Archivos de registro:

- Guayaquil Ecuador 2022**
UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO MAESTRIA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD CERTIFICACION
Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por la Dr. Johan Jhon Perez Maguilo, como requisito parcial para la obtención del:
Grado Académico de Magister en Gerencia en Servicios de la Salud
DIRECTOR DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Dr. Juan Zambrano Chano, Mg.
REVISORES:

Nombre, apellido:

Nombre, apellido:
DIRECTORA DEL PROGRAMA

Dr. María de los Ángeles Naranjo López, Mg.
- Guayaquil - Ecuador**
UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO ESCUELA DE GRADUADOS EN SERVICIOS DE LA SALUD
Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por la Mg. VIOLETA ANDES SALTOS como requisito parcial para la obtención del:

Agradecimiento

Agradezco al soporte que me brindó toda mi familia en especial a mi padre Zein Perea y mi madre Betty de Perea, mi tía Elizabeth Ángulo y mi tío Fricson Ángulo que han sido un pilar fundamental en mi formación como profesional.

Perea Angulo Johan Zein

Dedicatoria

Dedico este trabajo a mi padre Zein Perea, mi madre Betty de Perea, mi adorada segunda madre Dra. Elizabeth Angulo Macias, segundo padre Econ. Fricson Angulo Erazo, mi hermano Xavier Perea y mi sobrina Aisha Perea.

Perea Angulo Johan Zein

Índice General

Introducción	1
Antecedentes	2
Problema de Investigación	4
Justificación.....	12
Formulación del problema	13
Preguntas de la investigación	13
Objetivos General.....	14
Objetivos específicos:	14
Capítulo I.....	15
Marco Teórico	15
Terapia Respiratoria	15
Funciones del Terapeuta Respiratorio.....	17
Calidad en Salud.....	24
Modelo de medición de calidad de Longo y Bolir	28
Definiciones y dimensiones de la calidad	30
Dimensiones	32
Técnico-científica.....	32
Humana	33
Confort o entorno	33

Capítulo II	34
Marco Referencial	34
Marco conceptual	42
Marco legal.....	44
Capítulo III	46
Metodología de la investigación.....	46
Tipo de investigación	46
Método de investigación	46
Enfoque de la investigación	46
Alcance de la investigación.....	47
Diseño de la investigación.....	47
Población y muestra	47
Recolección de datos.....	48
Procedimiento análisis de datos	48
Confiabilidad.....	48
Recolección de datos.....	49
Operacionalización de la variable	49
Análisis de resultados.....	50
Estadística descriptiva	50
Capítulo IV	67
Propuesta	67
Justificación.....	67

Objetivo general	68
Objetivos específicos.....	68
Desarrollo de la propuesta.....	69
Capacitación	69
Establecer mapas de procesos	72
Estrategias para mejorar los tiempos de atención	74
Conclusiones	79
Recomendaciones	81
Bibliografía.....	82
Apéndices	92

Índice de Tablas

Tabla 1	Causas de morbilidad respiratoria en Ecuador 2020-2021	9
Tabla 2	Lista de dimensiones modelo Longo y Bolir	29
Tabla 3	Criterios muestra	48
Tabla 4	Estadística de fiabilidad	48
Tabla 5	Operacionalización de la variable	49
Tabla 6	Datos demográficos.....	50
Tabla 7	Estadística descriptiva de las variables	52
Tabla 8	Estadística descriptiva por dimensión.....	65
Tabla 9	Indicadores para analizar el avance de las capacitaciones	69
Tabla 10	Temáticas de capacitación por dimensión	70
Tabla 11	Presupuesto de capacitación.....	71
Tabla 12	Cronograma.....	71
Tabla 13	Estrategias de la propuesta por área a mejorar.....	77

Índice Figuras

Figura 1 Principales causas de defunción en los países de ingresos bajos 2000-2019	5
Figura 2 América Latina y el Caribe (25 países y territorios): promedio en la interrupción de la provisión de servicios esenciales de salud, según modalidad de prestación, 2021	7
Figura 3 América Latina y el Caribe (33 países) y Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE): gasto total, privado y público en salud per cápita, 2018 (dólares americanos en millones)	7
Figura 4 Principales causas de muertes en Ecuador en 2020	9
Figura 5 Camas UCI. Tomado de INEC (2020). Registro Estadístico de Recursos y Actividades de Salud. Instituto Nacional de Estadística y Censos	10
Figura 6 Tasa de camas disponibles (2003-2021)	10
Figura 7 Modelo de calidad en salud	24
Figura 8 Elementos de estructura, proceso y resultado en el diagnóstico y el tratamiento	26
Figura 9 Dimensiones de la calidad	31
Figura 10 Logo	42
Figura 11 Servicios	42
Figura 12 El Doctor muestra prepotencia al dirigirse a usted	53
Figura 13 El Doctor muestra inseguridad y lentitud cuando atiende a su niño (a)	53
Figura 14 El Doctor es indiferente al procedimiento al que será sometido su niño (a)	54
Figura 15 El Doctor le explica la posible complicación del tratamiento que recibe su hijo (a)	54

Figura 16 El Doctor le atiende rápidamente cuando su hijo (a) presenta dolor y otras molestias (llanto).....	55
Figura 17 El Doctor informa oportunamente los procedimientos y tratamientos que se va a realizar a su niño (a)	55
Figura 18 El Doctor le explica en qué consiste el procedimiento y/o tratamiento al que será sometido su hijo (a)	56
Figura 19 Cuando tiene una necesidad para el cuidado de su hijo acude al Doctor, él siempre está presente.....	56
Figura 20 El Doctor emplea palabras difíciles cuando va a explicarle sobre la enfermedad de su hijo (a).....	57
Figura 21 El Doctor se organiza y realiza con rapidez los procedimientos	57
Figura 22 El Doctor le dedica el tiempo necesario para atender a su hijo (a).....	58
Figura 23 El Doctor muestra preocupación por su privacidad.....	58
Figura 24 El Doctor observa las necesidades que su hijo (a) tiene en forma periódica y regular	59
Figura 25 El Doctor al inicio del turno, le saluda cuando ingresa al ambiente de su hijo (a)	59
Figura 26 El Doctor identifica y soluciona los problemas que pudiera presentar su niño (a)	60
Figura 27 El Doctor se dirige a usted y a su hijo (a) con gestos amables.....	60
Figura 28 Durante su estancia en el hospital se siente tranquilo por la atención que le brinda el Doctor a su hijo	61
Figura 29 El Doctor se preocupa por disminuir el ruido y facilitar el descanso	61
Figura 30 El Doctor muestra preocupación para que su hijo descanse.....	62
Figura 31 El Doctor muestra preocupación por la alimentación de sus hijos (a)	62

Figura 32 El Doctor se preocupa que el ambiente donde está su hijo, se encuentre limpio y ordenado	63
Figura 33 El Doctor le llama a su hijo por su nombre al atenderlo	63
Figura 34 El Doctor le permite expresar sus temores y preocupaciones	64
Figura 35 El Doctor permite que usted le haga preguntas	64
Figura 36 Dimensiones por niveles.....	66
Figura 37 Modelo básico de gestión.	73
Figura 38 Modelo ampliado de gestión.....	74
Figura 39 Gestor de información y tareas Taskcade.....	75
Figura 40 Diagrama de Pareto.....	76
Figura 41 Cronograma	78

Resumen

El presente estudio tiene como objetivo Analizar la calidad de los servicios del área de Terapia Respiratoria del Hospital Dr. Roberto Gilbert. Para ello, se realiza una investigación de enfoque cuantitativo y diseño no experimental y corte transaccional. El método de la investigación es deductivo, la muestra de la investigación es de tipo no probabilística y muestreo por conveniencia. El instrumento de medición consta de tres dimensiones: (a) Humana; (b) Técnico y; (c) Confort y tiene un indicador de alfa de Cronbach de 0.85. Los hallazgos demográficos es que la población está distribuida por géneros en 18% Masculino y un 82% Femenino. La edad con más frecuencia de los encuestados está entre el rango de 34 y 42 años con un 57% de la muestra, seguido del rango de 25-33 años con 23%. En cuanto a la persona que se encuentra al cuidado del neonato en el hospital el 77% son Madres y el 12% son Padres y, el 11% tienen algún otro tipo de relación. Las variables mejor valoras son: Cuando hay mucho ruido en el ambiente el Doctor se preocupa por disminuir el ruido y facilitar el descanso, El Doctor muestra preocupación para que su hijo descanse. Los aspectos a mejorar pertenecen a las variables que conforman las dimensiones de Humana y Técnico-Científico. La primera dimensión, según los encuestados valoraron en un 8.3% como “Desfavorable”, un 81.7% como “Medianamente favorable” y, un 10% como “Favorable”; mientras de que la segunda dimensión, según los encuestados valoraron en un 6.7% como “Desfavorable”, un 53.3% como “Medianamente favorable” y, un 40% como “Favorable”. De ahí que, se propone un plan de mejora por medio de estrategias que se pueden emplear para fortalecer los puntos positivos y mejorar los puntos negativos o críticos y permitirá incrementar de forma significativa la eficacia de la oferta presente y cumplir con las necesidades de los pacientes.

Palabras claves: Terapia respiratoria, calidad, salud, atención de la salud

Abstract

The objective of this study is to analyze the quality of services in the Respiratory Therapy area of the Dr. Roberto Gilbert Hospital. To do this, a research with a quantitative approach and non-experimental design and transactional cut is carried out. The research method is deductive, the research sample is non-probabilistic and convenience sampling. The measurement instrument consists of three dimensions: (a) Human; (b) Technical and; (c) Comfort and has a Cronbach's alpha indicator of 0.85. The demographic findings is that the population is distributed by gender in 18% Male and 82% Female. The most frequent age of the respondents is between the range of 34 and 42 years with 57% of the sample, followed by the range of 25-33 years with 23%. As for the person who is caring for the newborn in the hospital, 77% are Mothers and 12% are Fathers, and 11% have some other type of relationship. The best valued variables are: When there is a lot of noise in the environment, the Doctor is concerned with reducing the noise and facilitating rest, The Doctor shows concern for his son to rest. The aspects to be improved belong to the variables that make up the Human and Technical-Scientific dimensions. The first dimension, according to those surveyed, rated 8.3% as "Unfavorable", 81.7% as "Moderately favorable" and 10% as "Favorable"; while the second dimension, according to those surveyed, rated 6.7% as "Unfavorable", 53.3% as "Moderately favorable" and 40% as "Favorable". Hence, an improvement plan is proposed through strategies that can be used to strengthen the positive points and improve the negative or critical points and will significantly increase the effectiveness of the current offer and meet the needs of patients. .

Keywords: Respiratory therapy, quality, Health, health care

Introducción

La Terapia Respiratoria como una rama de la medicina está enfocada en tratar los problemas respiratorios. Debido al aumento de pacientes con patologías pulmonares lo cual es una de las complicaciones más comunes en el sistema intrahospitalario, el área de Terapia Respiratoria ayuda a resolver y tratar cualquier causa ya sea por infección, obstrucción o restricción de los pulmones.

La presente investigación tiene como objetivo analizar la calidad de los servicios del área de Terapia Respiratoria del Hospital Dr. Roberto Gilbert. El servicio de salud hace frente a patologías pulmonares mediante la valoración de historias clínicas de pacientes y recolección de datos para la obtención de información junto a la identificación de incidencias en tratamientos de terapia respiratoria. Actualmente, los profesionales terapistas respiratorios manifiestan impacto ante la cantidad de patologías pulmonares existentes y a las complicaciones con las que pacientes llegan a requerir la atención. A modo de ejemplo, aquellos pacientes cuyo diagnóstico los obliga a estar internados en una unidad de cuidados intensivos (UCI) donde suelen ser intubados, necesariamente requieren de la presencia del terapeuta respiratorio, quien estará obligado a brindar el mejor servicio con calidad, calidez, ética y profesionalismo para reducir tanto el tiempo de estadía del paciente en UCI como la tasa de mortalidad en pacientes que necesitan soporte respiratorio. De ahí que, la investigación se distribuye en los siguientes apartados:

El Capítulo I se aborda la fundamentación teórica basada en calidad del servicio desde la perspectiva de salud en el área de terapia respiratoria y las diferentes áreas hospitalarias relacionadas.

El Capítulo II se desarrolla el marco referencial con estudios empíricos de contexto internacional y nacional a fin de conocer los hallazgos encontrados con relación al concepto de calidad de servicio en áreas de salud dando soporte y guía de cómo abordar la problemática.

El Capítulo III se describe la metodología de investigación y la estrategia de recolección de datos que permita indagar sobre la cuestión y conocer la realidad del objeto de estudio, además se presentarán los resultados de la estadística descriptiva, que permita conocer las percepciones de calidad que tienen los usuarios de dichos servicios médicos.

El Capítulo IV se desarrolla una propuesta de mejorar mediante el diseño de estrategia con el objetivo de mejorar la calidad en el servicio.

Antecedentes

“Alrededor del mundo un Terapeuta Respiratorio (TR) es un profesional médico certificado que se especializa en brindar atención médica para sus pulmones. Tienen conocimientos avanzados de equipos de alta tecnología, como ventiladores mecánicos” (Weilacher, 2021, p.20). Y al trabajar en un área de especialización, estos deben colaborar con médicos y enfermeras de otras áreas médicas, por ejemplo: instalaciones médicas, incluidas las salas de emergencia, las salas de maternidad y las oficinas de terapia. La terapia respiratoria tuvo sus inicios como fisioterapia respiratoria, la cual empezó a practicarse en 1915 en Inglaterra tras la primera guerra mundial para atender a las personas afectadas por el temido gas mostaza que abatió en 1915 desencadenando muchas enfermedades respiratorias. Desde entonces el desarrollo del campo académico ha sido espectacular, y hoy en día es la especialidad de fisioterapia que más evidencia científica produce (Lopez, 2019).

La atención respiratoria es una categoría amplia que incluye especialistas clínicos altamente capacitados en un montaje de apoyo mutuo de administradores, gerentes, educadores, científicos y diversas personas de apoyo. Aun así, hay una notable persistencia en algunos casos relacionada con la asignación de tareas de atención al paciente. En su mayor parte, las funciones de estos profesionales han estado en desacuerdo, se han fusionado y también separado a lo largo de diferentes líneas de falla, convergiendo eventualmente en forma de nuevos agregados a lo

largo de los años, también esta área se encarga de la reanimación cardio pulmonar (RCP) y asume responsabilidad por la terapia de oxígeno apropiada (Weilacher, 2021).

En Ecuador en el 2021 el área de terapia respiratoria ha demostrado tener una importante participación intrahospitalaria con el objetivo de mejorar la calidad de vida en pacientes con patologías pulmonares. La Covid-19 si bien todavía es pronto para afirmar con un alto nivel de evidencia científica las posibles consecuencias de la enfermedad sobre la función pulmonar y capacidad funcional de las personas diagnosticada, existen algunos documentos de referencia basados en la opinión de los expertos, así como, evidencias del alto nivel de enfermedades que cursan con una fisiopatología similar y, la necesidad de implementar programas de rehabilitación pulmonar en estos pacientes donde el Terapeuta Respiratorio cumple un papel fundamental (Vásquez Conforme & Anchundia Pico, 2021). En el contexto de la Covid-19 las rehabilitaciones por medio de fisioterapia en la mayoría de los casos siguen siendo a distancia ya que la pandemia no se ha detenido realizándose monitoreo a distancia, este denominado tele rehabilitación, más seguimiento por otros medios electrónicos. Sin embargo, este tipo de seguimiento no parece ser el adecuado, ya que es necesaria la monitorización real o en sitio del paciente por medio del especialista. Hay que acotar que la fisioterapia debe ser individualizada, ya que todos los pacientes no tienen las mismas afecciones (Vásquez Conforme & Anchundia Pico, 2021).

El 10 de octubre de 1986 en la ciudad de Guayaquil, se puso la primera piedra del que sería el nuevo hospital de niños. Gracias al distinguido liderazgo del Dr. Roberto Gilbert Elizalde –en esa época director de la Junta– y con los propios recursos financieros de la institución, el nuevo edificio se terminó de construir en 1999. El nuevo hospital inició su servicio a la comunidad el 17 de enero del 2000 y fue inaugurado oficialmente el 9 de octubre de ese año, rebautizado como “Hospital de Niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde” (Gilbert, 2019).

En el hospital de niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde el área de terapia respiratoria brinda un gran desempeño de atención en su cartera de servicio en las diferentes áreas que son:

- Consulta externa (pediatría- consulta de especialidades).
- Emergencia.
- Hospitalización (unidades críticas), cirugía.
- Servicio de apoyo y diagnóstico terapéutico (Terapia Respiratoria, Laboratorio Clínico, Imágenes Radiológicas, Anatomía Patológica, Terapia de Lenguaje, Terapia física, unidad de Cardiología).

La Clínica de Niños Antonio Pino Ycaza es parte del Hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde, y ofrece atención médica especializada y servicio de primera para personas que deseen un servicio más personalizado para sus hijos. Este funciona con 23 habitaciones privadas y 18 semiprivadas y cuenta con un servicio privado y especializado de terapia respiratorio brindando una atención eficaz para los pacientes.

Problema de Investigación

El mundo afronta magnos retos de salud pública del mandato respiratorio. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) las cuatro principales causas de muerte de origen son: las neumonías, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), la tuberculosis y el cáncer pulmonar. También la OMS (2022) declaró que el covid-19 cobro alrededor de 1.5 millones de vidas y gran parte estas se determinó como causa a enfermedades preexistentes concluyendo un mayor riesgo de muerte en aquellos que tengas afecciones respiratorias, diabetes y cardíacas (ver figura 1).

Por ende, la calidad del servicio puede estar riesgosamente disminuida por la cantidad de pacientes con diferentes patologías pulmonares, el área de Terapia respiratoria dentro de las diferentes áreas en donde brinda su cartera de servicio el cual está rigurosamente sometido a estrés y trabajo bajo presión debido a la gravedad de las enfermedades que los pacientes

presentan incluyendo los que están en estado crítico de las diferentes unidades de cuidados intensivos.

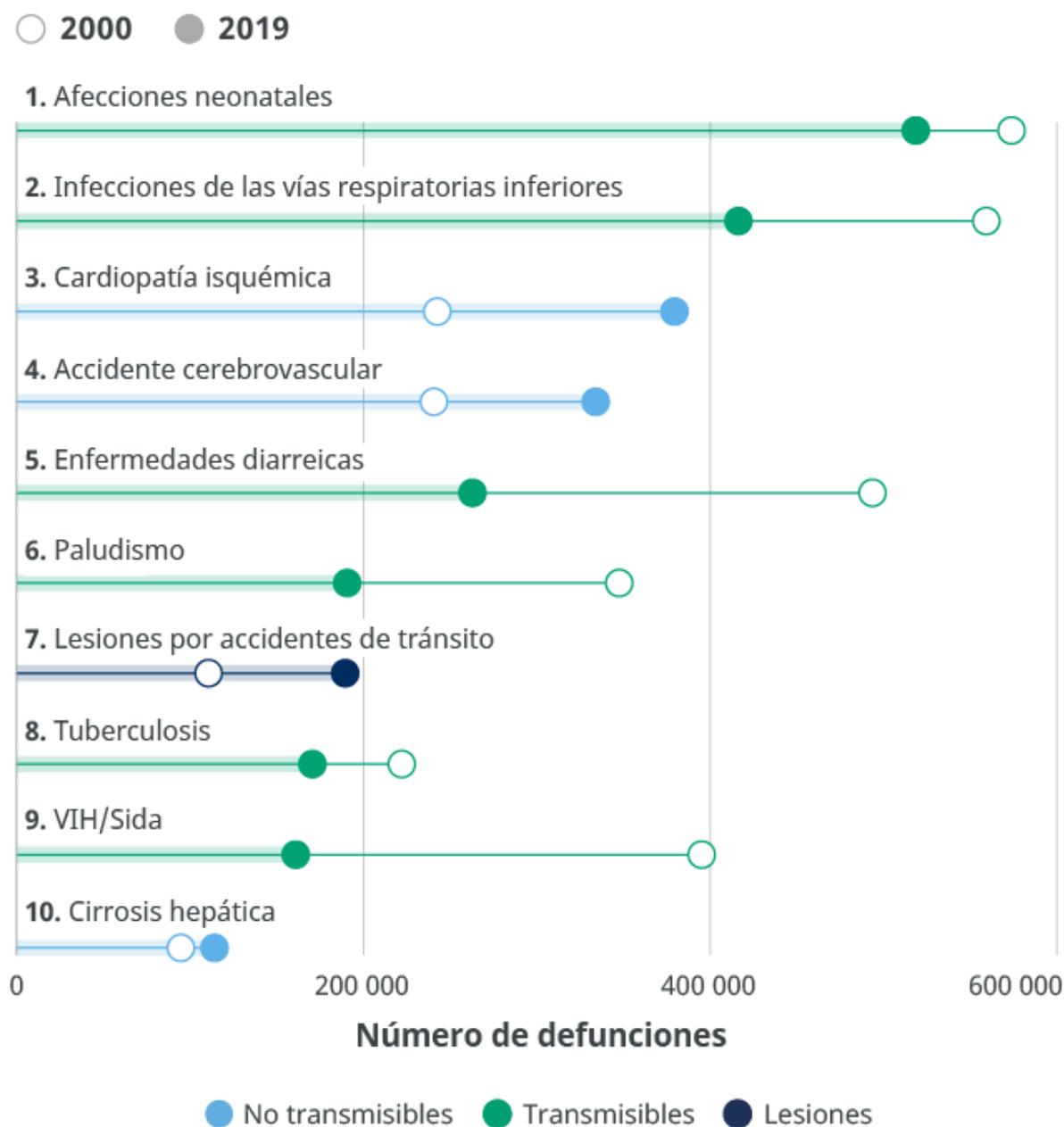


Figura 1 Principales causas de defunción en los países de ingresos bajos 2000-2019

La pandemia por covid19 dio a notar el alto déficit de atención a pacientes y usuarios, debido a la improvisada manera en que se tomaron las decisiones para afrontar la dificultosa llegada del virus corriendo el riesgo de disminuir la calidad del servicio (Laura & Duggan, 2018). De acuerdo con la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2021)

“desde la perspectiva de la salud se observa con preocupación la interrupción de servicios esenciales de salud no relacionados con el coronavirus, lo que impide garantizar el acceso a la salud de las poblaciones” (pág. 3) donde “la estructura institucional de los sistemas de salud se han visto exacerbadas por la pandemia” (pág. 3) en la cual se dio a notar por las largas horas de trabajo, el reemplazo a colegas que resultaron contagiados por el virus, el doblar turnos entre otros contratiempo que improvisadamente se tenía que reponer de la manera más rápida para que la atención a los pacientes sea lo más eficiente posible causando atrasos en la atención de enfermedades distintas al coronavirus (ver figura 2)(CEPAL, 2021).

Entre las causas del problema de gestión que afecta la calidad es la poca inversión en la cartera de salud. Según la CEPAL Ecuador en uno de los países que presenta una baja inversión por debajo de los 1000 millones en gasto de salud tanto en público como privado (ver figura 3) en relación a los países que integran la Organización para la Cooperación y el Desarrollo y Económico (OCDE), que actualmente cuenta con 38 Estados miembros. Entre las principales debilidades se encuentran:

- Equipos de salud insuficientes.
- Escasez de recursos financieros.
- Falta de medidas preventivas (Báscolo, 2021).

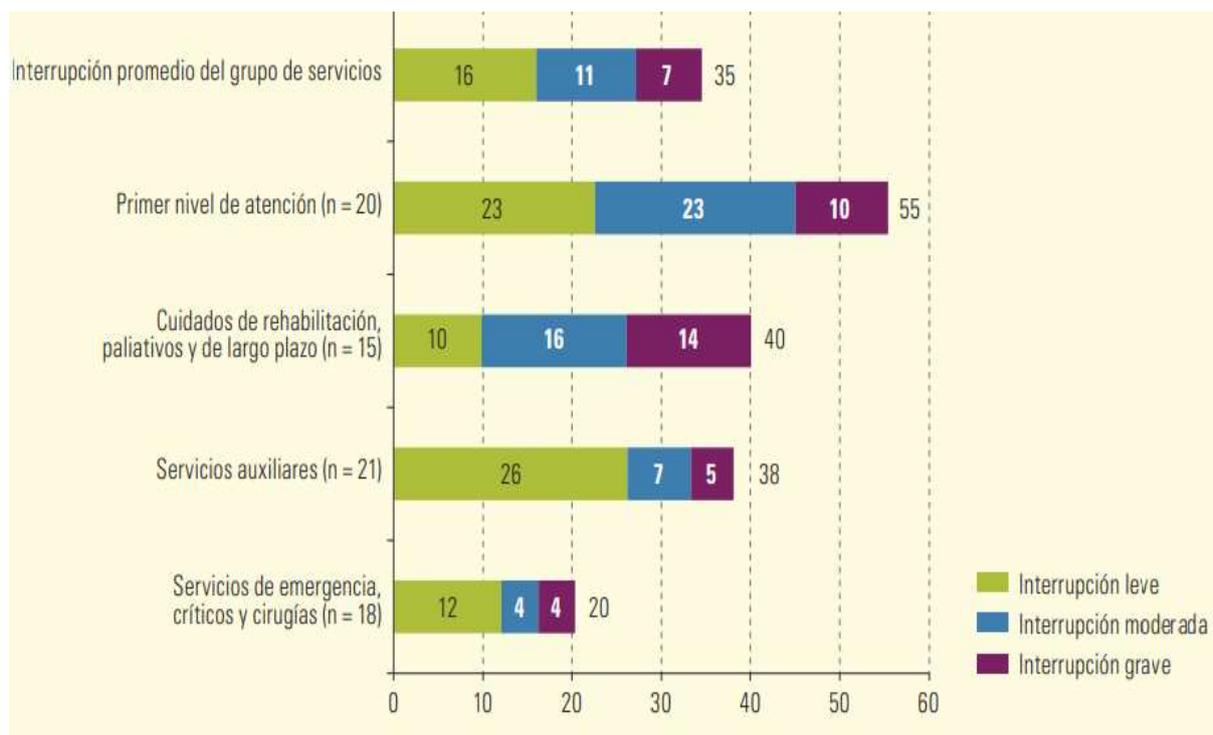


Figura 2 América Latina y el Caribe (25 países y territorios): promedio en la interrupción de la provisión de servicios esenciales de salud, según modalidad de prestación, 2021

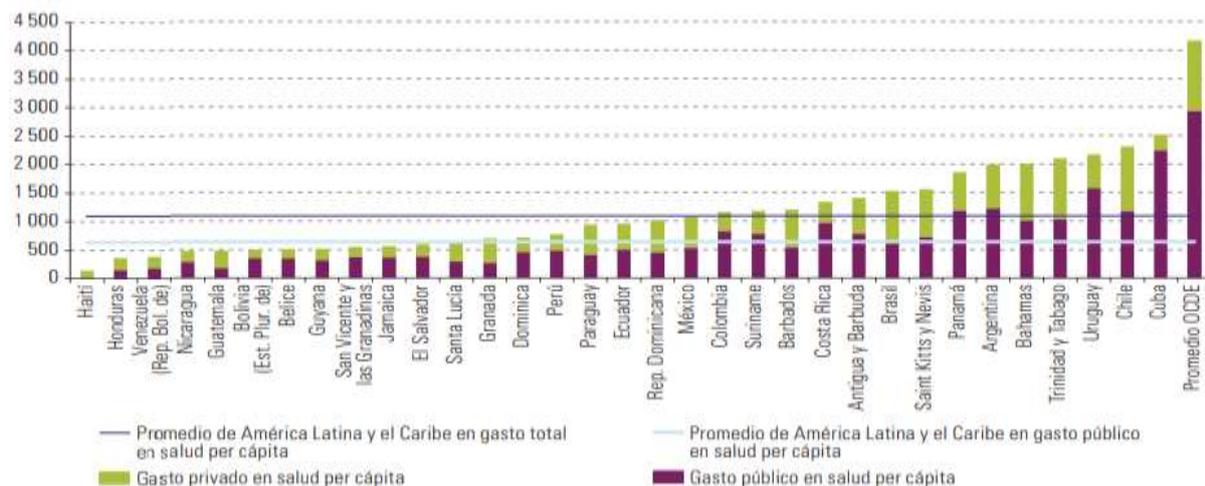


Figura 3 América Latina y el Caribe (33 países) y Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE): gasto total, privado y público en salud per cápita, 2018 (dólares americanos en millones). Tomado de Organización Panamericana de Salud (OPS). Second round of the national pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic: January-March 2021. Interim report 22 April 2021, Ginebra, 2021.

Contexto sanitario internacional manifestado también en Ecuador. Durante lo pandemia del COVID-19 se evidencia una alta demanda de los servicios de salud afectando la calidad del servicio prestado ya que mayoría de los diagnósticos están asociados a los problemas respiratorios requiriendo la atención de los especialistas en terapia respiratoria.

Como se muestra en la Figura 4, según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC, 2020) las principales causas de muertes asociadas a problemas respiratorios con: COVID-19, virus identificado (13.4%), COVID-19, virus no identificado (7.2%); Influenza y neumonía (6%) y para el periodo 2020-2021 se registraron una variación incremental del 17.1% en COVID-19, virus identificado y no identificado alcanzado un total de 64.491 muertes y, -35% en Neumonía (ver tabla 1).

Dichos argumentos relacionados con las causas del problema que también es el déficit en la eficiencia de los tratamientos del área de terapia respiratoria y la disponibilidad de cama UCI, misma que según el INEC (2022) muestra un crecimiento ante el requerimiento de tratamientos pasando de 857 camas en 2016 a 1983 camas en 2021 (ver figura 5), y que pese al aumento de cama se registra baja tasa de disponibilidad por 1000 habitantes tanto en sector

privado con una tasa de 0.54 camas como en el público con una tasa de 1.31 camas (ver figura 6) y donde las causas de la disminución de atención se deben al:

- cierre de la atención médica en consulta externa;
- las restricciones de movilidad impuestas en los meses de confinamiento de movilidad y;
- las decisiones de los usuarios de postergar la atención de salud congestionando luego el sistema de salud (OIT, 2021, pág. 2).

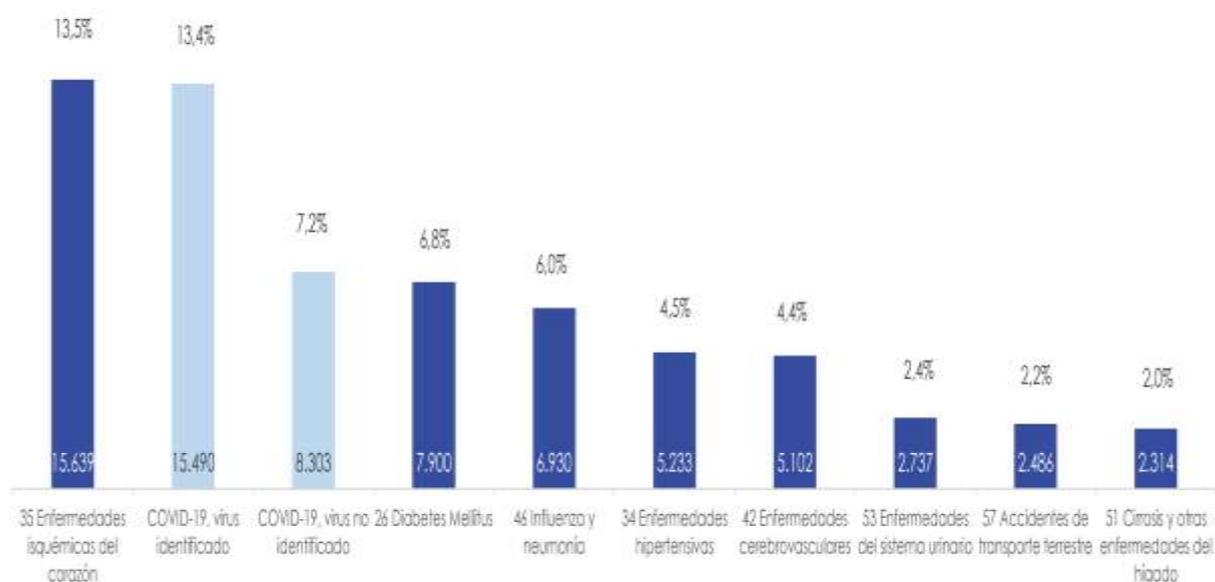


Figura 4 Principales causas de muertes en Ecuador en 2020. Tomado INEC (2020). *Principales causas de muerte en Ecuador*. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Recuperado de https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Defunciones_Generales_2020/2021-06-10_Principales_resultados_EDG_2020_final.pdf

Tabla 1
Causas de morbilidad respiratoria en Ecuador 2020-2021

Causas de morbilidad	2020	2021
COVID-19 virus identificado y no identificado	55.076	64.491
Neumonía	15.490	10.227

Nota: Adaptado de INEC (2020). *Registro Estadístico de Recursos y Actividades de Salud*. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Recuperado de https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Recursos_Actividades_de_Salud/RAS_2019/Principales_resultado_RAS_2019.pdf

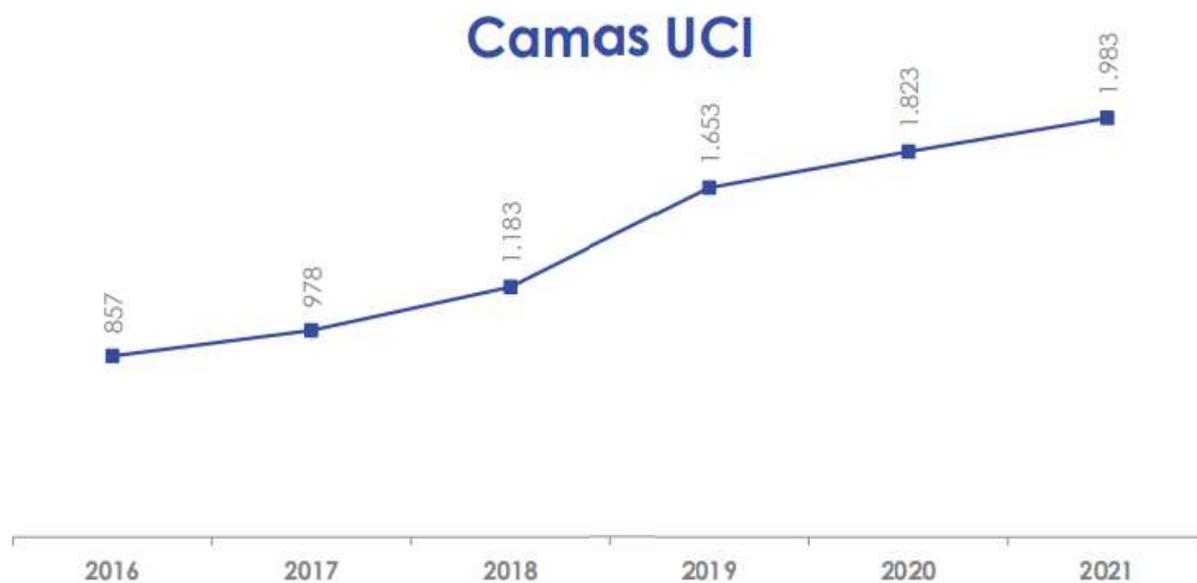


Figura 5 Camas UCI. Tomado de INEC (2020). *Registro Estadístico de Recursos y Actividades de Salud*. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Recuperado de https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Recursos_Actividades_de_Salud/RAS_2019/Principales_resultado_RAS_2019.pdf

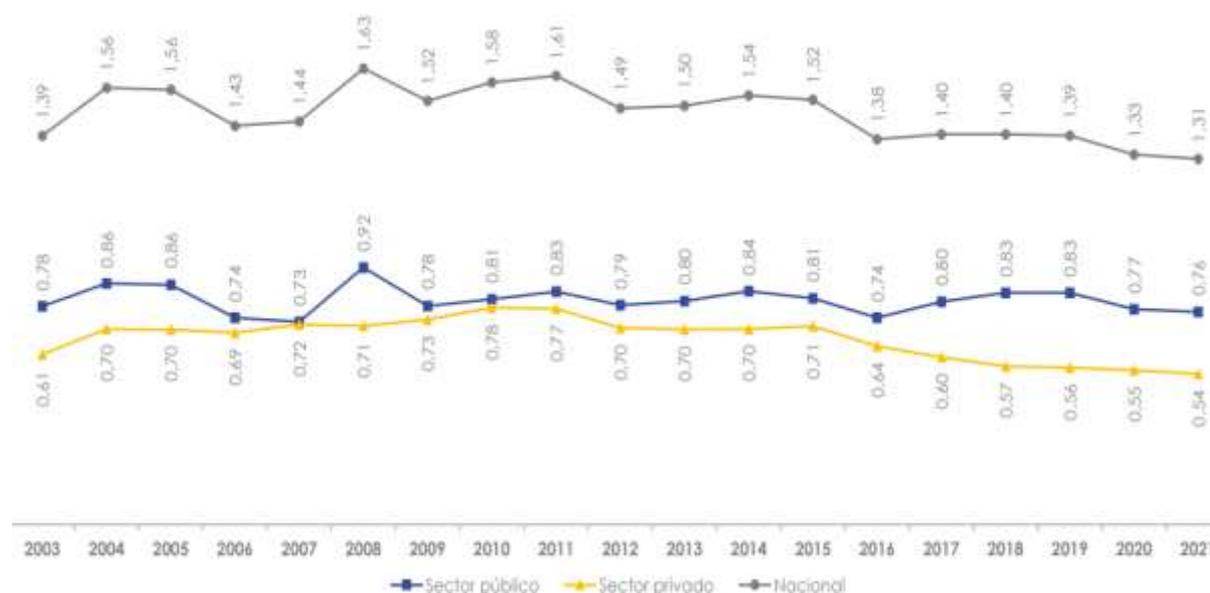


Figura 6 Tasa de camas disponibles (2003-2021). Tomado de INEC (2020). *Registro Estadístico de Recursos y Actividades de Salud*. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Recuperado de https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Recursos_Actividades_de_Salud/RAS_2019/Principales_resultado_RAS_2019.pdf

Se concluye que la problemática está relacionada, por una parte, al contexto del COVID-19 debido a la saturación y desgaste de recursos humanos manifestados durante la crisis sanitaria y la pandemia y; por otra, a la disminución de la atención durante la pandemia ocasionando en la actualidad congestiónamiento y afectando la calidad de atención.

Justificación

Una de las necesidades más convenientes que se presenta actualmente para mejorar los servicios de terapia respiratoria es recopilar información de pacientes con diferentes patologías y complicaciones pulmonares que serán valoradas desde el ingreso hospitalario según su diagnóstico, verificando la prestación de servicio del área de terapia respiratoria a pacientes que presenten múltiples problemas cardiorrespiratorios tales como:

La falta de oxígeno, dificultad para respirar, infecciones pulmonares, obstrucción respiratoria entre otras, lo cual es muy relevante en estos pacientes que requieren más tiempo en la estadía intrahospitalaria, por lo que el departamento de Terapia Respiratoria y las múltiples áreas del hospital de niños Dr. Roberto Gilbert E. ayudará a resolver dichos problemas y brindará la mejor calidad de servicio para reducir el tiempo intrahospitalario.

Esta investigación es importante porque va a servir para comentar, desarrollar y apoyar como referente metodológico y ayudar a futuros investigadores a darles pautas a posteriores investigaciones, por lo cual con los resultados se espera una mejoría total en la calidad de servicio del área de terapia respiratoria.

Entre los principales métodos para mejorar la calidad de servicio se recomienda optimizar la utilización de los equipos tecnológicos con los que cuenta el personal del área en los diferentes departamentos para que de esa manera con profesionalismo y ética brindar la mejor atención a los pacientes.

Las enfermedades del sistema respiratorio representan una de las primeras causas de atención médica en todo el mundo, tanto en la consulta ambulatoria como en la internación, y se encuentran entre las primeras causas de mortalidad. Estas enfermedades afectan a toda la población, pero fundamentalmente, a los menores de 5 años y a las personas de 65 años y más. La Fisioterapia Respiratoria ha demostrado ser una gran aliada del tratamiento médico para el

control y estabilización de las enfermedades del sistema respiratorio, controlando los síntomas, evitando ingresos y mejorando la calidad de vida de quienes la padecen.

Asimismo, el estudio busca la aplicación del saber aprendido durante periodo académico de la maestría Gerencia en Servicio de Salud en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil (UCSG) mediante la praxis relacionada entre los profesional, académico y social a la objetivación del objeto de estudio y su contexto. Del mismo modo, mitigar las problemáticas a fin de mejorar la calidad del servicio prestado del Hospital por medio de un plan de acción. También este trabajo servirá como referencias para otros estudios.

En cuanto al campo investigativo, el estudio responde a la línea de exploración, en relación con los objetivos de la maestría Gerencia en Servicio de Salud en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil en “cumplir con la participación como conductor de los procesos de modernización y su reforma a nivel empresarial, sectorial e institucional orientados a conseguir igualdad con capacidad y eficacia” (UCSG, 2022, pág. 1). En cuanto a línea de investigación: Calidad de atención de salud.

Formulación del problema

¿Cuál es el nivel la calidad de atención de salud en el servicio del área de Terapia Respiratoria en el Hospital de niños Dr. Roberto Gilbert E.?

Preguntas de la investigación

¿Cuáles referentes teóricos sobre la calidad de atención desde la perspectiva de salud permitirán conocer la problemática?

¿Cuáles estudios empíricos internacionales o nacionales permitirán conocer el abordaje metodológico de la problemática?

¿Cuál es la situación actual del Hospital de niños Dr. Roberto Gilbert E.?

¿Qué acciones mitigarán las afecciones de la calidad de atención en los pacientes del Hospital de niños Dr. Roberto Gilbert E.?

Objetivos General

Analizar la calidad de los servicios del área de Terapia Respiratoria del Hospital Dr. Roberto Gilbert con el fin de diseñar un modelo de gestión para optimizar la calidad en los servicios médicos que actualmente ofrece la unidad de Terapia Respiratoria.

Objetivos específicos:

- Realizar un marco teórico sobre los conceptos de calidad desde la perspectiva de la salud que permitan abordar en la problemática.
- Desarrollar un marco referencial por medio de los referentes empíricos internacionales y nacionales a fin de conocer la metodología, factores que envuelven a fenómeno.
- Establecer la metodología de investigación y estrategia de recolección de datos que permitan el conocer el nivel de calidad del servicio del área de terapia respiratoria del Hospital de niños Dr. Roberto Gilbert E.
- Diseñar un modelo de gestión como propuesta para optimizar la calidad de servicio del área de Terapia Respiratoria en relación con procedimientos terapéuticos en patologías pulmonares del Hospital de niños Dr. Roberto Gilbert E.

Capítulo I

Marco Teórico

En este capítulo se abordará conceptos y fundamentos basados en la calidad del servicio de terapia respiratoria en general y enfocado en el departamento de terapeutas respiratorios del hospital de niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde, empezando por definiciones de la Terapia Respiratoria en general, sobre las diferentes áreas en donde labora el Terapeuta Respiratorio, los diferentes servicios a domicilio que oferta el Terapeuta Respiratorio, también se hablará de temas sobre la calidad en salud y el porqué de su importancia. Otro tema que se estudiará en este capítulo son las diferentes dimensiones a usar en temas de calidad en salud.

Terapia Respiratoria

La terapia respiratoria requiere conocimientos no sólo del sistema pulmonar, sino también del sistema cardíaco y los riñones. Todos estos sistemas de órganos trabajan juntos para que el cuerpo funcione correctamente. Los terapeutas respiratorios trabajan para diagnosticar problemas y dispensar remedios a sus pacientes y cuando los pacientes tienen dificultad para respirar debido a una enfermedad, enfermedad pulmonar o trauma, los terapeutas respiratorios los ayudan a respirar, esto puede implicar oxígeno suplementario o ventilación mecánica (Correa, 2020).

De acuerdo con López (2019) La terapia respiratoria permite principalmente la eliminación de la mucosa, es decir, la eliminación de la mucosa de los pulmones y los bronquios, con el fin de mejorar el trabajo de los músculos respiratorios y, por lo tanto, la condición, si no se utiliza en una etapa avanzada. Sin exacerbaciones, sin hospitalizaciones, todo con buen trato. La terapia respiratoria mejora la función respiratoria y mejora la saturación de oxígeno al aumentar el índice de oxígeno, reducir la dificultad para respirar y, en última instancia, tiene un impacto directo en los pacientes, aumentando su confianza y autoestima y mejorando su calidad de vida.

Según Gómez, Martínez, Fuentes, Paz, Novoa & Jiménez (2021) está indicado para recién nacidos, niños, adultos y ancianos con trastornos respiratorios que se manifiestan por secreción excesiva, disnea, tos, ansiedad o tendencia a la depresión que afecta el área respiratoria. Está indicado para enfermedades como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), asma, bronquiolitis o fibrosis quística, pacientes con trastornos neuromusculares, parálisis cerebral, escoliosis, pacientes pre y postoperatorios e incluso cáncer. Según López, García, Saborido, Pérez, Baña & Couce (2014) se describe mejor como la evaluación y el tratamiento de pacientes con disfunción tanto aguda como crónica del sistema cardiopulmonar, deben tener un amplio conocimiento de la fisiopatología del sistema cardiopulmonar y los complejos procedimientos necesarios para diagnosticar y tratar adecuadamente a los pacientes, desde los más jóvenes hasta los más ancianos.

De acuerdo con García (1988) es una profesión relacionada con la salud que se enfoca en el cuidado y manejo respiratorio del paciente. Esto podría desempeñar un papel importante en la mejora de los resultados de las personas con la enfermedad. Estas enfermedades incluyen asma, neumonía y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Según Silio, Matamala, & Pacheco,(1998) basándose en los resultados de estas pruebas, los Terapistas Respiratorios pueden establecer un plan de tratamiento que consiste en terapias específicas, medicamentos e hitos para medir su progreso. Durante el tratamiento, se le vigilará de cerca al paciente para evaluar su reacción a la medicación y a la terapia, y todos los resultados se registrarán en su ficha de paciente. El Terapeuta Respiratorio también realizará ajustes en su plan de tratamiento cuando sea necesario y como vaya evolucionando o progresando el paciente. Dependiendo de la naturaleza de sus problemas respiratorios o pulmonares, es posible que necesite utilizar ciertos equipos para mejorar su función respiratoria. Por ejemplo, para proporcionar alivio a los pacientes con asma, EPOC o fibrosis quística, un Terapistas Respiratorios puede utilizar un nebulizador para administrar la medicación en forma de inhalatoria. En el caso de los

nebulizadores, este humo es una forma más rápida de reducir la inflamación bronquial en los pulmones con un fármaco eficaz. Los pacientes con problemas respiratorios más graves pueden necesitar ser ingresados en un hospital y conectados a un ventilador o respirador artificial, el cual es un dispositivo mecánico que "respira" por ellos.

Según Raimondi (2007) aparte del equipo respiratorio, algunos pacientes pueden necesitar fisioterapia especial para mejorar su respiración y para no acumular secreciones que pueden causar cultivo de bacterias dentro de los pulmones desencadenando neumonías, pulmonías, bronconeumonías etc. Los pacientes con fibrosis quística o neumonía pueden beneficiarse de ciertas formas de fisioterapia. La fisioterapia relacionada con la respiración suele consistir en varios procedimientos por lo cual uno de ellos es en percutir la zona del pecho y la parte superior de la espalda del paciente la cual consiste en golpear con la palma cóncava en la superficie para aflojar y desalojar la mucosidad que obstruye los pulmones y los bronquios, ayudando al paciente a expectorarla en forma de flema.

De acuerdo con Princeton (2019) la terapia respiratoria también puede consistir en que nuestros Terapistas Respiratorios les enseñen diferentes técnicas para la buena respiración y ejercicios respiratorios que fortalezcan los músculos implicados en la respiración o aumenten su capacidad pulmonar. Por ejemplo, sentarse recto y respirar despacio puede proporcionar cierto alivio en un ataque de asma, ejercicios de respiración costal que consiste en inhalar profundo y levantar los brazos para levantar más las costillas y profundizar la entrada de aire.

Funciones del Terapeuta Respiratorio

De acuerdo con (2007) hay habilidades específicas que se requieren para convertirse en un terapeuta o terapeuta respiratorio. Uno de ellos es ser capaz de prestar atención a los detalles. Esto significa que un terapeuta debe ser capaz de notar incluso los detalles más pequeños en su paciente, ya que esto es lo que determina si la terapia es útil para el paciente o no. Dado que las historias clínicas de los pacientes son lo que se necesita para determinar el tipo de medicación

que se debe tomar, un terapeuta debe poder determinar cualquier pequeño detalle que pueda afectar al paciente a partir de sus historias clínicas. Un terapeuta también debe tener muy buenas habilidades de comunicación.

Martínez, Maturana, Riquelme, Bustos, Cortés, Godoy & Pettinelli (2020) un buen terapeuta respiratorio también debe ser capaz de razonar lo suficientemente rápido sobre sus pies, ya que esto podría significar la diferencia entre la vida y la muerte para un paciente. Deben ser capaces de decir lo que cualquier medicamento que prescriban significará para el paciente. En cuanto a la educación, un terapeuta respiratorio debe tener título de asociado y licenciatura en el campo. También deben haber sido internados en hospitales o centros donde se requieran sus habilidades. Esto es para asegurar que el terapeuta tenga un amplio conocimiento de los procedimientos incluidos en la terapia respiratoria. La educación también es útil para diagnosticar a los pacientes y determinar qué tipo de procedimientos son adecuados para ellos. Un terapeuta respiratorio tiene que tener ciertos atributos si quiere ayudar a los pacientes. Primero, el terapeuta debe tener paciencia. Esta es una herramienta útil cuando se trata de pacientes, ya que el proceso de recuperación puede ser lento y, a su vez, frustrante para el paciente.

Según Villena (2011) el terapeuta debe ser capaz de calmar al paciente y mostrarles que deben ver los resultados pronto. Aparte de eso, el terapeuta debe asegurarse de que tienen una actitud generalmente amable hacia sus pacientes. Esto es lo que guiará al paciente a confiar en el terapeuta y hacer el progreso de la curación mucho más rápido. También es importante que el terapeuta cree confianza con los pacientes para ayudarlos a recuperarse.

Según Gallardo (2020) los deberes y responsabilidades de los terapeutas respiratorios incluyen ayudar a las personas con problemas respiratorios en los hospitales, especialmente en las unidades de cuidados intensivos y las unidades de cuidados intensivos de los hospitales. Los terapeutas ayudan a los pacientes con problemas respiratorios con ejercicios para mejorar su

capacidad respiratoria todos los días y garantizar un desarrollo positivo. Además de esto, el médico también debe verificar que el equipo proporcionado al paciente sea correcto desde el punto de vista del diagnóstico. Durante la terapia en curso, es función del terapeuta respiratorio documentar el progreso y guiar los cambios necesarios en los medicamentos de un paciente determinado o cualquier ayuda respiratoria útil, como los inhaladores.

Según Patiño (2021) pueden incluir tratamiento para enfermedades cardíacas y pulmonares, infecciones o virus como cáncer de pulmón, asma, enfisema, bronquitis y neumonía. También pueden brindar atención básica a pacientes traumatizados. También pueden ocurrir en entornos hospitalarios agudos, incluidos los departamentos de emergencia, las unidades de cuidados intensivos, las unidades de cuidados intensivos neonatales o pediátricos o los laboratorios de diagnóstico pulmonar.

Según González (2017) el Terapeuta Respiratorio puede realizar las siguientes labores por medio de un protocolo aprobado o bajo la prescripción de un médico especialista:

- Evaluación y monitoreo de efectos de la terapia respiratoria en el paciente.
- Monitoreo y análisis fisiológico respiratorio.
- Ventilación mecánica con la debida calibración del dispositivo antes de su utilización, ajuste de modos y parámetros ventilatorios, prevención y tratamiento de complicaciones concernientes con el ventilador.
- Revisión hemodinámica del paciente.
- Trabajar junto al médico especialista en el área de cuidados intensivos, incluyendo la intubación endotraqueal, la traqueotomía.
- Manejo de la vía aérea artificial incluyendo manejo de la posición del tubo endotraqueal, manejo del balón o globo del tubo endotraqueal, temperatura y humedad de la vía aérea artificial, extubación de pacientes.
- Oxigenoterapia.

- Uso de gases medicinales como la terapia de inhalación.
- Tratamiento de la atomización.
- Fisioterapia torácica.
- Ejercicios de recuperación respiratoria, incluidas técnicas de respiración controlada y entrenamiento de músculos respiratorios.
- Colaborar en la realización de catéter venoso central y catéter arterial.
- Realizar Broncoscopia.
- Prueba de la función pulmonar.
- Recogida de especímenes de esputo.
- Análisis del metabolismo de los gases.
- Análisis de gasometría arterial.
- Transporte intrahospitalario/extrahospitalario de pacientes sometidos a ventilación mecánica.
- Participar en la reanimación cardiopulmonar (RCP) y dominar el uso de respiradores simples y complejos, uso de desfibriladores eléctricos.
- Tratamiento con cámara de oxigenación hiperbárica.
- Vigilancia de trastornos y apnea del sueño.

Según Garzón, Gómez, Montoya, & Trejos (2002) Evaluar a los pacientes sobre sus condiciones clínicas.

- Realización de una amplia gama de pruebas de diagnósticas en el laboratorio.
- Consultar con médicos para desarrollar planes de tratamiento bajo prescripción médica.
- Educar a los pacientes sobre cómo utilizar varios equipos de respiratorios, como ventiladores invasivos y no invasivos

- Evaluar la evolución de los pacientes y realizar los arreglos necesarios en los planes de tratamiento.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) para tratar las enfermedades respiratorias crónicas, los servicios médicos y organizaciones de salud pública ofrecen servicios de Terapia Respiratoria que comprenden una variedad de intervenciones relacionadas con el manejo de las vías respiratorias y el mantenimiento de la salud pulmonar. Ejemplos de estos tratamientos incluyen la oxigenoterapia, la ventilación, el cuidado de la traqueotomía gestión de la medicación y enseñanza de técnicas de uso de inhaladores. Los servicios de terapia respiratoria suelen requerir visitas a domicilio para que los para que los técnicos instalen el equipo médico y controlen al paciente (Arias, Murillas, Mejía, & Rincón, 2020).

En base a los buenos resultados de estos programas, en 2015 el Ministerio de Salud de Chile creó el programa AVNIA para la ventilación no invasiva de pacientes adultos. Gracias a este programa, las intervenciones pueden ser parcial o totalmente reembolsadas por el gobierno dependiendo de la elegibilidad del paciente (Ministerio de Salud de Chile, 2013). Los estudios también demuestran que su presencia aumenta el cumplimiento de la medicación y otras recomendaciones médicas (Prado & Salinas, 2011). Sin embargo, su implicación suele ser tan agotadora que muchos cuidadores informales acaban experimentando un deterioro de la calidad de vida. En algunos casos, incluso provocan un aumento del estrés y la depresión (Risso, 2016).

Según Naranjo & Cruz (2021) la atención domiciliaria es el abastecimiento de equipos y servicios en las residencias de clientes y familias que requieren rehabilitación para sus diferentes patologías respiratorias ya sean agudas o crónicas. La atención domiciliaria puede incluir residencial, atención comunitaria y cuidados paliativos. Por lo general, la misión de proporcionar atención domiciliaria a clientes con enfermedades respiratorias es mejorar la supervivencia, disminuir la morbilidad, fomentar la independencia y la autogestión, y mejorar la calidad de vida. Según Naranjo (2020) Para los pacientes con insuficiencia respiratoria en

etapa terminal, la atención se centra en el control del dolor y el bienestar psicológico para que la muerte sea lo más cómoda posible. Y comodidad psicológica, haciendo la muerte lo más cómoda posible. En general, el objetivo de los servicios de atención domiciliaria es reducir los costos totales de atención médica, principalmente acortando las estadías hospitalarias de atención aguda. De acuerdo con Chacón, Sibaja, Dávila, Gutiérrez, Gutiérrez & Rocha (2022) el grupo de pacientes con enfermedades respiratorias que con mayor frecuencia que requieren servicios de atención sanitaria a domicilio son las personas con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Los estudios muestran que los pacientes con esclerodermia que reciben oxigenoterapia domiciliaria requieren servicios de atención domiciliaria. Tradicionalmente, los servicios de atención domiciliaria de terapeutas respiratorios consistían principalmente en oxigenoterapia y atención de las vías respiratorias/traqueostomía (Clarke, 2016).

Los hospitales son lugares de atención sanitaria muy caros, y un objetivo importante de los programas de atención domiciliaria es reducir el número de pacientes hospitalizados de hospitalización y de ingresos en centros de cuidados intensivos. Los estudios de intervención y los ensayos de control aleatorios han informado de una reducción de los días totales de hospitalización con los modelos de atención domiciliaria cuando se trata a pacientes con enfermedades respiratorias, excepto en el caso de los que reciben tratamiento para el cáncer de pulmón (Aguirre, Enríquez, Miramontes, Hernández, Marroquín & Herrera, 2018).

Según la OMS (2020) existe una reducción de la enfermedad respiratoria que afectaban a pacientes. Aunque los resultados son dispares a la hora de determinar la reducción de las hospitalizaciones y la duración de las estancias hospitalarias, la mayoría de los casos mostraron una reducción de la duración de la estancia hospitalaria. Aunque los aspectos positivos de la terapia respiratoria en un entorno de atención domiciliaria de atención domiciliaria parecen

obvios, aún no hay datos suficientes que demuestren la eficacia de la atención domiciliar sea útil o incluso rentable.

Según Egea, Chiner, Salvador, González, Lujan & Mediano (2020) Las desventajas de la atención domiciliar pueden no estar muy extendidas, pero existen y ciertamente vale la pena mencionarlas. Según Clarke (2016) La atención domiciliar incluye una gama de servicios y profesionales complejos. Los pacientes y las familias también son miembros importantes del equipo de atención médica y deben tenerse en cuenta al desarrollar un plan de atención para pacientes tratados fuera del hospital. Además de los cuidados proporcionados por el Terapeuta Respiratorio, el paciente puede recibir cuidados adicionales a través del *Home Care* o cuidado domiciliar. Se recomienda el acceso a la asistencia inmediata para cualquier persona que requiera ventilación artificial las 24 horas o sea totalmente dependiente en sus actividades de la vida diaria. Un personal profesional en Terapia Respiratoria para poder realizar de manera más eficaz los tratamientos y lograr un trabajo con calidad de servicio más que todo para el beneficio del paciente (Bayliss, 2010).

La tecnología es el principal factor que cambiará la cara de asistencia domiciliar en los próximos años (Weimer, 2015). Si bien el papel fundamental de la tecnología en la expansión de la atención domiciliar ha sido ampliamente reconocido, existe también una dimensión de "alto contacto" que da a la atención domiciliar un atractivo único. El término alto contacto se desarrolló a principios de los años 70 para describir la sensibilidad innata del profesional sanitario-necesaria para atender en casa al paciente dependiente de la tecnología. La calidad de la atención domiciliar debe ser siempre iniciada con ética y profesionalismo, que se caracteriza por el contacto directo, la cual este tipo de tratamiento ofrece una ventaja única, reconocible por todas las personas. El reconocimiento del valor terapéutico del hogar se pone de manifiesto por el aumento de la concienciación y la demanda de los servicios de atención domiciliar de alto nivel, aunque ciertamente incluye la prestación de los servicios

médicos y sociales necesarios para tratar la enfermedad, aprovecha al máximo la importancia del hogar para la rehabilitación y tiene como objetivo mantener el bienestar en la mayor medida posible.

Calidad en Salud

El concepto de calidad es polisémico, su origen talin es qualitus y, hace referencia al grupo de cualidades inherentes a una persona o bien, por ello resalta como tal la cualidad, caterogíra, excelencia (Llinás, 2006). En el mismo sentido, García (1987) definió la calidad como un conjunto o todo de cualidades. Aproximaciones de calidad como atributo distintivo de las cosas o personas, siendo una dimensión constitutiva de la calidad. De acuerdo con Deming (1990) calidad tiene un componente subjetivo y es cambiante de cada persona que al valorar. Según Llinás (2010) “el concepto de calidad en salud es general, abstracto, tiene un doble carácter, objetivo y subjetivo, y múltiples dimensiones” (pág. 144). Además, señaló que desde la perspectiva de la salud la calidad por: cobertura, atención en salud y, promoción y prevención (ver figura 7).

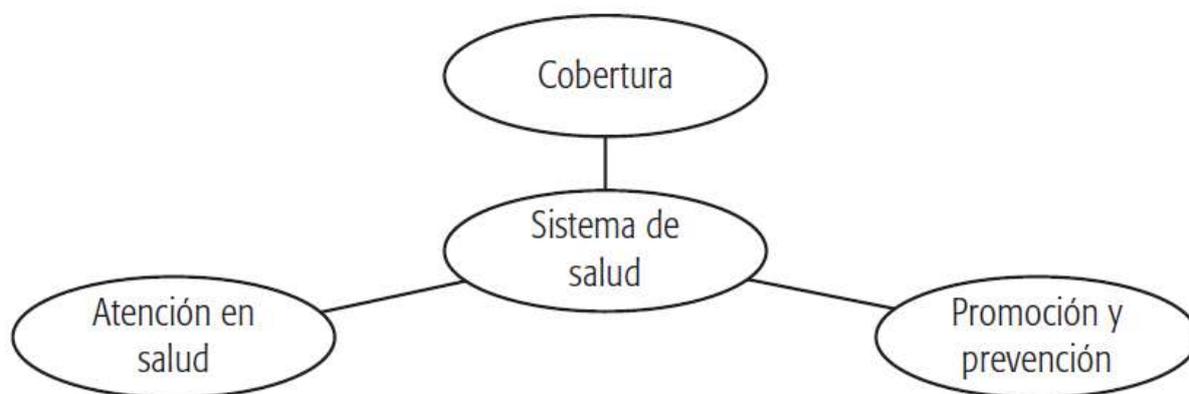


Figura 7 Modelo de calidad en salud. Tomado de Llinás, A. (2010). Evaluación de la calidad de la atención en salud, un primer paso para la Reforma del Sistema. Revista Salud Uninorte Barranquilla, 26 (1), 143-154.

Esta definición de calidad es autoritaria, pero sigue siendo extensa debido a que el tema de calidad en salud es altamente importante. Se debería ver esto como una sección que

proporciona una dirección general hacia la que se debe dirigir la asistencia sanitaria con el fin de mantener siempre en mente el tema de calidad para mejor los servicios ya sean intrahospitalarios o extrahospitalarios. Es importante señalar que los proyectos que aportan en la mejora de la calidad no requieren necesariamente resultados claros en cada contorno, más bien como un requisito, deben referirse a uno de ellos. Lo que es importante, tampoco se debe avanzar un dominio a expensas de otro debido a que cada proyecto basado en calidad de servicio debe aportar algo innovador y nuevo para su aplicación.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2003) publicó *Guías e instrumentos para evaluar la calidad de la atención*, en el que estableció que la calidad depende del compromiso laboral de los profesionales de la salud, así como el funcionamiento del sistema organización, también se consideran los procesos y disponibilidad de los recursos para llevar a cada las tareas. La medición de resultados en base a la legislación es necesaria para validar y orientar a las prácticas para que sean seguras y proporcionen protección y apoyo al consumidor de servicios de salud.

Mejorar la calidad de la salud es una meta importante que no es fácil de lograr en ningún hospital o institución, pero cabe señalar que se puede lograr con una buena fuerza laboral, por lo que es importante mantener al personal de enfermería informado y siempre debe actualizarse. Se deben implementar nuevos procesos para alcanzar las metas esperadas de una buena calidad de servicio. Los sistemas y marcos de certificación brindan una forma visible de medir los resultados, por lo que es importante identificar errores y brechas, impulsar mejoras y trabajar para optimizar el enfoque de los servicios. A decir de Donabedian (1992) publicó un modelo de elementos y procesos vigilantes de la calidad de atención (ver figura 8).

Elementos de estructura, proceso y resultado en el diagnóstico y el tratamiento

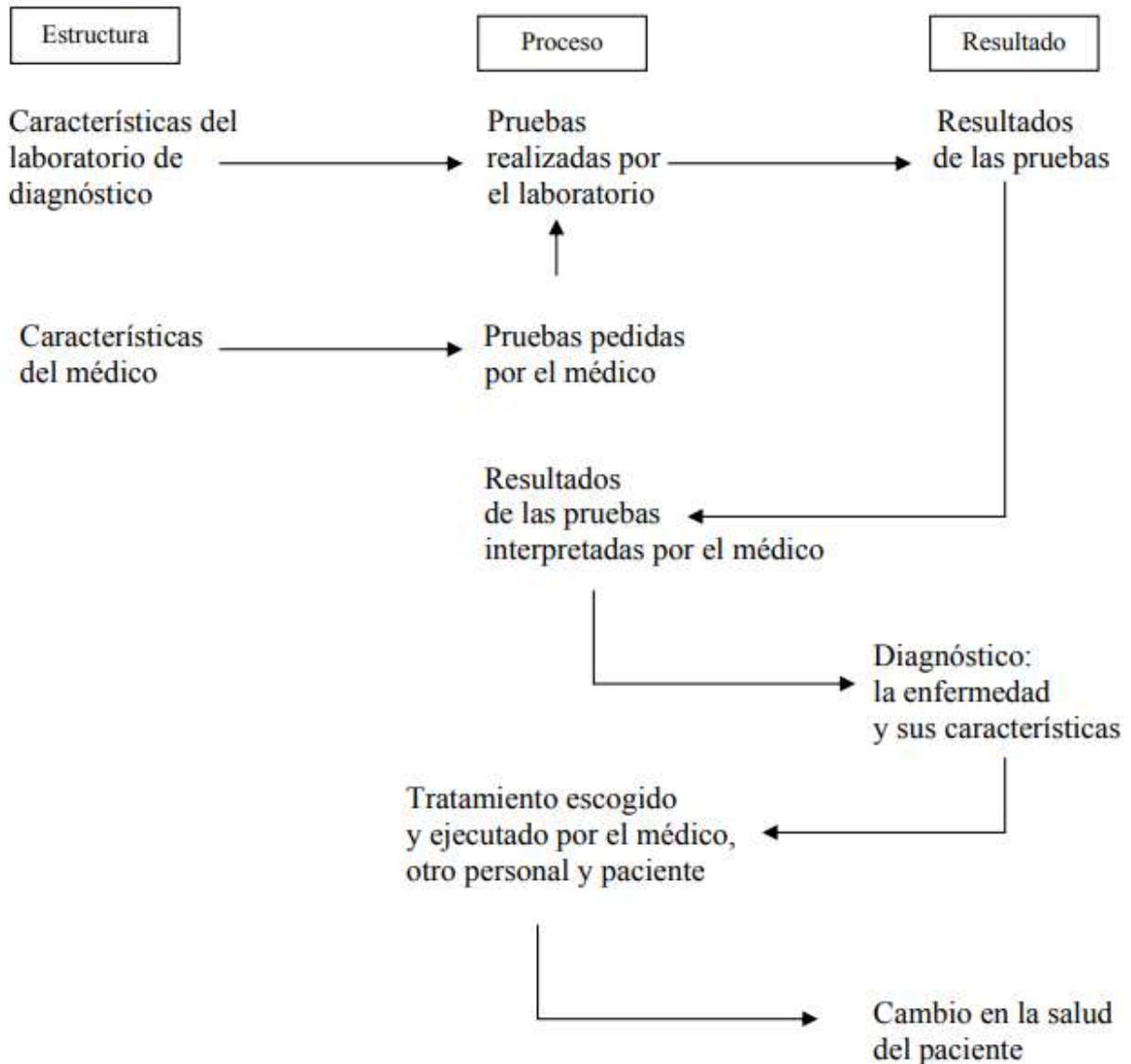


Figura 8 Elementos de estructura, proceso y resultado en el diagnóstico y el tratamiento. Tomado de Donabedian. (1992). *The role of outcomes in quality assessment and assurance*. Quality Review Bulletin, p. 358

La calidad y la precisión de los datos siempre son esenciales para usar la información para medir el rendimiento y planificar y brindar servicios de calidad. En el contexto de la medición de calidad siempre es necesario contar con personal suficientemente capacitado antes

de implementar un nuevo modelo para evitar una calidad de servicio insuficiente. Esto significa que una mayor experiencia y mayores recursos por sí solos no producen la atención médica de alta calidad que las poblaciones y las personas esperan con razón. La forma en que se organizan los servicios de atención se ha vuelto muy importante. El gasto en atención médica en los países industrializados se ha duplicado en los últimos 30 años, pero los países que más gastan no son necesariamente los que lo hacen mejor. (OMS, 2022).

Según la OMS (2022) calidad de atención debe ser: eficiencia, oportuno, integrado y equitativo. Además, esta debe buscar la mejora de resultado en términos de la salud a partir de profesionales calificados. Una de las limitantes es la fragmentación de sus sistemas de prestación de servicios de salud para poder adoptar una perspectiva de sistemas y orientarlos hacia la entrega y mejora de la calidad, son fundamentales para avanzar y cumplir con las expectativas tanto de la población como de los trabajadores de la salud.

Además, el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) de la Naciones Unidas (NU, 2022) en los países de bajos ingresos también requerirá una perspectiva organizada del todo el sistema. Hoy en día se reconoce ampliamente que muchos países de bajos ingresos tendrán dificultades sustanciales para lograr los ODM. La falta de inversión financiera suficiente, la fragmentación de la prestación de servicios de salud y la mala calidad por lo cual se consideran obstáculos claves para la implementación exitosa de los programas de salud (OPS, 2022). En el pasado reciente, ha habido un fuerte aumento en el desarrollo internacional, ayuda que se organiza con frecuencia a través de programas específicos de enfermedades en organizaciones internacionales o mediante la creación de nuevas alianzas y asociaciones de salud mundial. En la actualidad, existen más de 70 asociaciones sanitarias mundiales (OMS, 2020).

A lo largo de muchas décadas se ha acumulado en todo el mundo una gran cantidad de conocimientos y experiencia en la mejora de la calidad de la asistencia sanitaria.

A pesar de esta experiencia, los formuladores de políticas en países de ingresos altos, medianos y bajos a menudo se enfrentan a la pregunta de qué estrategias de calidad complementen e integren iniciativas estratégicas existentes tendrán el mayor impacto en los resultados de sus políticas. Sistema de salud. Estas pautas promueven un enfoque en la calidad del sistema de salud y capacitan a los planificadores y responsables de la formulación de políticas para que tomen decisiones estratégicas informadas para promover la mejora de la calidad.

Actualmente, hay dos argumentos principales para centrarse en la calidad del sistema de salud. Cuando los sistemas de salud están bien desarrollados y cuentan con los recursos necesarios, hay pruebas sólidas de que la calidad sigue siendo un problema grave, con un desempeño deficiente y una amplia variación en los niveles de atención dentro y entre los sistemas de salud.

Como los sistemas de salud, especialmente en los países en desarrollo, deben mejorar el uso de los recursos y ampliar la cobertura de la población, el proceso de mejora y expansión debe basarse en una estrategia local de calidad, medios fuertes, para nuevas inversiones para lograr los mejores resultados posibles.

Modelo de medición de calidad de Longo y Bolir

Este modelo contempla dos dimensiones: (a) atención técnica y, (b) atención interpersonal. La primera, se enfoca en los cambios de los pacientes tales como: físicos, psicológicos y mentales, además buscar, por medio de los datos descriptivos, la medición de diversas variables como fallas y anomalías en los tratamientos. La segunda dimensión enfatiza la satisfacción del paciente (ver tabla 2).

Tabla 2
 Lista de dimensiones modelo Longo y Bolir

Categoría	Especificaciones
Atención técnica	
Mortalidad por enfermedades, anomalías, procedimientos y población específica	<ul style="list-style-type: none"> • Mortalidad infantil • Mortalidad materna • Mortalidad por sexo y edad
Mortalidad, morbilidad e incapacidad prevenibles	<ul style="list-style-type: none"> • Casis centinelas (por ejemplo, muerte en el hospital luego de intervención de bajo riesgo)
Medición de resultados enfermedades anomalías específicas	<ul style="list-style-type: none"> • Presión sanguínea en los hipertensos durante el tratamiento • Glucosa en los diabéticos tratados con insulina, dietas o terapia hipoglicémica
Presencia de anomalías que representan fallas de tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Infecciones controladas en el hospital • Complicaciones postoperativas
Complicaciones durante o después de la terapia	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios físicos • Cambios mentales • Cambios psicológicos
Cambios en el estado funcional	<ul style="list-style-type: none"> • Acceso • Conveniencia • Asistencia económica
Atención interpersonal	<ul style="list-style-type: none"> •
Paciente insatisfecho con la atención	<ul style="list-style-type: none"> • Control de dolor • Bienestar • Nivel de energía
Mala adaptación a enfermedades crónicas	

Nota: Tomado de Longo, D. & Bolir D. (1991). *Quantitative Methods in Quality Management*. Chicago: American Hospital Association

Según Zurita (1997) los factores que influyen en la calidad de la salud son:

Estructura

- Médico
- Edificio
- Consultorio

Proceso

- Interacción entre el paciente y los servicios de salud
- Proveedores del servicio

Definiciones y dimensiones de la calidad

Según Zurita (1997) las dimensiones de la calidad son: técnica, interpersonal y comodidades (ver figura 9). Y se mide bajo los siguientes criterios:

Técnica

- Auditorias de expedientes
- Observación de procesos de atención
- Incidentes o accidentes
- Justificación de procedimientos
- Medición de utilización de recursos.

Interpersonal

- Satisfacción del proveedor (médico)
- Satisfacción del paciente

Comodidades

- Preferencias de los pacientes
- Relación médico-paciente
- Amenidades
- Accesibilidad (Zuñiga, 2019, pág. 12).

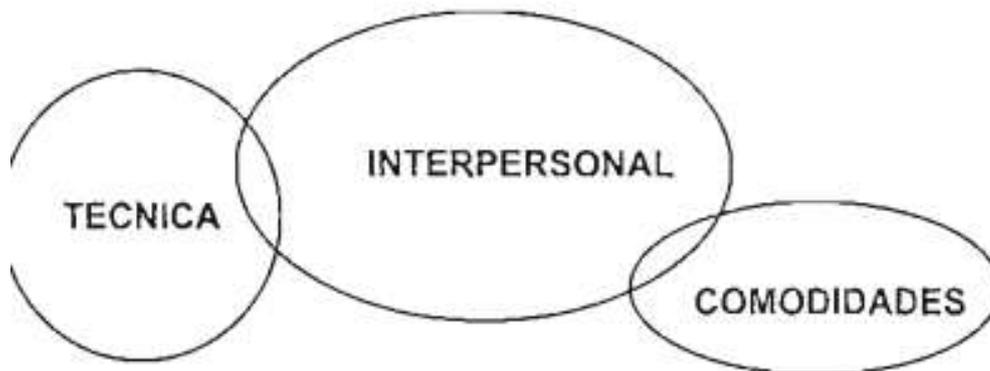


Figura 9 Dimensiones de la calidad. Tomado de Zurita. (1997). Calidad de la atención. *Anuales de la Facultad de Medicina*, 58 (1), p. 9-13

Cada iniciativa que se toma para mejorar la calidad y los resultados en los sistemas de salud tiene como su punto de partida una cierta comprensión de lo que se entiende por calidad. Sin esta comprensión, sería imposible diseñar las intervenciones y medidas utilizadas para mejorar los resultados. Hay muchas definiciones de calidad que se utilizan tanto en relación con la atención de la salud como sistemas de salud, y en otros ámbitos de actividad. También existe un lenguaje de calidad, con sus propios términos de uso frecuente.

Para los propósitos de este documento, se necesita una definición de trabajo para caracterizar la calidad en la atención de salud y los sistemas de salud. Sin una definición de trabajo así, el proceso de selección de nuevas intervenciones y la construcción de estrategias para la calidad mejora se vería seriamente afectada.

Se debe centrar en los sistemas de salud en su conjunto y en la calidad de los resultados que producen. Por esta razón, la definición de trabajo debe tomar una perspectiva de todo el sistema y reflejar una preocupación por los resultados logrados para tanto a usuarios individuales del servicio como a comunidades enteras. Un sistema de salud debe buscar realizar mejoras en seis áreas o dimensiones de calidad, que se nombran y describen a continuación. Estas dimensiones requieren que la atención de la salud sea:

Eficaz, brindando atención médica que se adhiere a una base de evidencia y da mejores resultados de salud para las personas y las comunidades, en necesidad;

Eficiente, brindando atención médica de una manera que maximiza el uso de recursos y evita el desperdicio;

Accesible, brindando atención médica que sea oportuna, geográficamente razonable, y se brindan en un entorno donde las habilidades y los recursos son apropiados para las necesidades médicas;

Aceptable, centrada en el paciente, brindando atención médica que tiene en cuenta las preferencias y aspiraciones de los usuarios individuales del servicio y la cultura de sus comunidades;

Equitativo, brindando atención médica que no varíe en calidad debido a características personales como género, raza, etnia, ubicación geográfica o nivel socioeconómico;

Seguro, brindando atención médica que minimiza los riesgos y daños a los usuarios del servicio (Bengoa, 2016).

Dimensiones

Técnico-científica

Según Donobedian (1966) hace referencia al conocimiento técnico de salud y el nivel del mismo que deben tener el personal de salud, esto implica el saber sobre el uso de equipos de salud. Esta dimensión busca maximizar el beneficio de salud al mismo tiempo que reduce riesgos potenciales en términos de tiempo, efectividad de normas y tratamientos. De ahí que, las características de esta dimensión son:

Efectividad, hace referencia al resultado obtenido sobre la salud del paciente.

Eficacia, se refiere a los logros alcanzados por la ejecución de procesos y normas.

Eficiencia, considera el uso adecuado de los recursos en relación a los resultados.

Continuidad, valora la variabilidad y consistencia del servicio.

Seguridad, se refiere al nivel de confianza y seguridad de los procesos y estructura orientados a la mitigar riesgos.

Integralidad, hace referencia al servicio de salud recibido por el paciente de forma completa al nivel de condición requerida.

Humana

De acuerdo con Donadebian (1966) la dimensión humana converge en los valores y es dependiente de la cultura local. Aspectos como la moral y la costumbre influyen en la forma de relacionar, que relación al área de salud, médico-paciente. Variables como la comunicación, trato, dignidad, responsabilidad, estilos transaccionales, actitud, y, participación son elementos del fortalecimiento de las relaciones interpersonales y se debe considerar importante puesto que considera:

El respeto a los derechos humano;

Comunicación efectiva;

Interés sobre necesidad demandas;

Empatía y amabilidad;

Ética.

Confort o entorno

Según Donadebian (1966) esta dimensión hace énfasis a la comodidad dado por el nivel de los recursos habilitantes y destinados para el cuidado de la salud de los pacientes. Las particularidades de la prestación del servicio tienen relación en una calidad de atención de salud, confortable, deseable y agradable. También el entorno contempla la señalización y limpieza y facilidad de acceso.

Capítulo II

Marco Referencial

El presente acápite aborda estudios empíricos tanto internacionales como nacionales permitiendo conocer las diferentes metodologías y procedimiento de recolección sobre el fenómeno en cuestión. Además, se desarrolla el marco conceptual y marco legal.

Contexto internacional

En un estudio realizado por Roldán, Vargas, Giraldo, Valencia, García & Salamanca, (2001) con el objetivo de evaluar la calidad de los servicios de nutrición y dietética, fisioterapia, terapia respiratoria y fonoaudiología. La investigación es de enfoque cuantitativo y de alcance descriptivo exploratorio, la muestra fue conformada por seis hospitales públicos de una provincia del país Colombia durante un periodo de ocho meses en 1999 y 2000. El instrumento de medición fue el modelo DOPRI, el cual evalúa: contexto, oferta, demanda, satisfacción, procesos, resultados y satisfacción, entre una escala Likert de 4 puntos siendo el mayor (4 óptimo) y el menor (0 ausencia). Las conclusiones del estudio permitieron determinar una situación negativa de la calidad en cuanto al funcionamiento y organización, desconocimiento de procedimientos por parte de los profesionales. En cuanto al servicio de fisioterapia reflejó un resultado satisfactorio en los seis hospitales pese que la valoración sobre los procesos es negativa, de la igual manera, se evidencia en el servicio de terapia respiratoria un resultado insatisfactorio. La evaluación general de la calidad es deficiente.

McGlym, Asch, Adams, Keeseey, Hicks, Decristofaro & Kerr (2003) realizaron un estudio con el objetivo de evaluar la calidad de la atención médica brindada a los adultos en los Estados Unidos. La metodología del estudio es enfoque cualitativo; la muestra estuvo compuesta por adultos mayores distribuidos entre 12 Estados del país. Utilizando encuestas telefónicas de marcación aleatoria de dígitos, los participantes pasaron a una entrevista telefónica sobre su historial de salud y que proporcionaran una lista de todos los proveedores

de atención médica individuales o institucionales que habían visto (atención) durante los dos años anteriores. El instrumento de medición constó de indicadores de calidad utilizados del sistema de herramientas de evaluación de calidad de RAND. Entre los resultados que se obtuvieron fue que los participantes recibieron el 54.9% de la atención recomendada. Existe poca diferencia entre la proporción de atención preventiva recomendada brindada (54.9%), la proporción de atención aguda recomendada brindada (53.5%) y la proporción de atención recomendada brindada para afecciones crónicas (56.1%). Entre las diferentes funciones médicas, la adhesión a los procesos involucrados en la atención osciló entre el 52.2% para la detección y el 58.5% para la atención de seguimiento. La calidad varió sustancialmente según la afección médica particular, desde el 78.7% de la atención recomendada para la catarata senil hasta el 10.5% de la atención recomendada para la dependencia del alcohol. La conclusión del estudio determinó un incumplimiento de los procesos de recomendación para la atención médica afectando la calidad y salud de los pacientes.

Ramírez, Nájera, & Nigenda (1998) llevaron a cabo un estudio denominado *Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios* con el objetivo de “describir la percepción de la calidad de la atención percibida por los usuarios en servicios ambulatorios de salud en México y analizar su relación algunas características predisponentes y habilitadora de la población usuaria” (pág. 1). La metodología del estudio formó parte de la Encuesta Nacional de Salud y la población constó de 3324 personas encuestados. Las dimensiones del estudio consideraron tres niveles: (a) percepción general de la calidad; (b) cambios en el estado de salud; y, (c) motivo de no retorno; para ello se contó una escala Likert de 5 puntos desde “Muy Buena” hasta “Muy Mala”. Entre los hallazgos encontrados se determinó que la calidad de atención fue buena en un 81.2% y mala en un 18.8%. Factores como el “Trato personal” y “Mejoría en la salud” tienen incidencia en la percepción de la calidad; mientras “Tiempo de espera”, “Deficiencia de acciones” indican en una mala

calidad de atención. Los participantes consideran que calidad se debe a la accesibilidad en un 15.7%, del resultado esperado en un 21.3%, estructura organizacional en un 18% y del proceso del servicio de atención en un 44.8%. Entre los motivos de no retorno fue que no recibieron una buena atención (18.2%) y el tiempo de espera muy largo (11.8%). Se concluyó en implementar procesos y mecanismo de mejora continua de calidad.

Mundo, Espinola, Chávez, Castañon, & León de (2004) realizaron un estudio de enfoque cuantitativo y alcance descriptivo titulado *Calidad en la atención en un servicio de terapia respiratoria*, el mismo que tuvo como objetivo “investigar la calidad de atención en un área de terapia respiratoria” (pág. 1). El objeto de estudio fue el área de terapia respiratoria de un hospital de 3er nivel en México. La muestra fue conformada por 61 participantes entre pacientes y familiares. Entre los hallazgos se determinó sobre el tiempo de atención que sólo el 46% de la muestra recibió atención en los primeros 15 minutos, 49% en menos de 30 minutos, 4% en menos de 75 min. La mayoría concuerdan que tanto la espera como el trato fue adecuado y solo el 13% considera lo contrario o inadecuada. Se concluyó como adecuada la calidad de atención.

Aproximaciones referenciales de la terapia respiratoria

La terapia respiratoria referencialmente se originó en los Estados Unidos y tiene una historia de más de 50 años. Existen más de 100,000 profesionales de terapia respiratoria en los Estados Unidos, ubicados en varios hospitales, diferentes instituciones médicas y comunidades, familias y compañías de dispositivos médicos. Algunos países y regiones desarrollados de América del Norte y Asia básicamente han seguido el modelo estadounidense y han formado un equipo de terapeutas respiratorios profesionales, pero esta industria en China apenas ha comenzado a despegar. En el año de 1994, el Hospital Shao Yifu en la provincia de Zhejiang tomó la iniciativa de acuerdo con el modelo estadounidense. Se estableció un departamento de terapia respiratoria el cual se fue ampliado significativamente; en 1997, el West China Medical

College de la Universidad de Sichuan abrió una especialización en terapia respiratoria de acuerdo con el modelo educativo estadounidense para la terapia respiratoria (Netingbag, 2021).

La creación oficial de la Asociación Americana de Atención Respiratoria (AARC) en 1947 marcó el inicio del establecimiento de la disciplina de la terapia respiratoria, y la creación de la Junta Nacional de Atención Respiratoria (NBRC), en 1956 marcó el establecimiento gradual de la práctica de tratamiento respiratorio en estandarización. El establecimiento oficial del Comité Conjunto Americano de Revisión de la Educación en Terapia Respiratoria (JCRTE) en 1970 trabajó por el mejoramiento gradual del sistema educativo estadounidense en terapia respiratoria. En 1964, Canadá creó la Sociedad Canadiense de Terapistas Respiratorios (CSRT) después de los Estados Unidos. Algunos hospitales de Taiwán han establecido departamentos de terapia respiratoria desde 1973 y fundaron la sociedad de terapia respiratoria en 1990. Son regiones con organizaciones asiáticas más completas, sistemas de sonido y desarrollo de temas maduros. Además, Singapur, Filipinas y algunos países de América Central han establecido básicamente disciplinas de terapia respiratoria de conformidad con el modelo americano.

En 1997, la Facultad de Medicina Clínica de la Universidad Médica de China Occidental (ahora la Facultad de Medicina Clínica de la Universidad de Sichuan de China Occidental), una institución clave dependiente dirigida por el Ministerio de Salud, fue promovida por el Dr. Sawyer, y asistida por asistencia respiratoria de expertos en educación como la Universidad de Loma Linda en Estados Unidos la cual es una gran institución de amplias especialidades estableció un laboratorio profesional en abril de 1996 de acuerdo con el modelo de enseñanza de terapia respiratoria estadounidense (Netingbag, 2021). En 1997, el Ministerio de Salud aprobó el establecimiento de una especialización en terapia respiratoria debido a la necesidad de dicho personal de salud con el fin de ofertar nueva cartera de servicio especializada en tratamientos respiratorios. En el mismo año, inscribió a un estudiante de pregrado de 5 años en terapia respiratoria y fue asignado a hospitales de primera clase, incluido el Peking Union

Medical College Hospital. Respiratorio o UCI. Para formar un verdadero terapeuta respiratorio, El West China Medical Center de la Universidad de Sichuan ha matriculado a estudiantes de pregrado de cuatro años desde 2000 y ha obtenido una licenciatura en ciencias después de graduarse. La Universidad de Sichuan es también la única universidad en China que ofrece terapia respiratoria (Netingbag, 2021).

Todos los especialistas profesionales en Terapia Respiratoria han causado un gran honor para los sistemas de salud debido a su gran ayuda y aportación en la recuperación de pacientes ya sean hospitalizados o tratados en casa. El personal de Terapia Respiratoria es eficiente frente a patologías pulmonares debido a que labora físicamente con el paciente obteniendo resultados más rápidos y significativos, es por esa razón que a nivel mundial han ganado amplio campo laboral en diferentes áreas tales como Neonatales, Pediátricas, Adultas y Geriátricas, incluso en pacientes con diferentes malformaciones que les dificulta una buena respiración.

Es importante tener en cuenta que en todas partes del mundo el Terapeuta Respiratorio no siempre tendrá el mismo cargo intrahospitalario, esto dependerá de las políticas de contratación.

En el país asiático el problema en la reunión de intercambio, Li Jie, un terapeuta respiratorio, combinado con un cuestionario a gran escala completado en China, hizo un informe sobre "El estado actual de la terapia respiratoria China" el cual fue una gran presentación para dar a tomar en cuenta dicha profesión, se presentó el desarrollo de la profesión de la terapia respiratoria domiciliar y el actual estado del trabajo de terapia respiratoria en una unidad de cuidados intensivos. Se señala que el trabajo de terapia respiratoria carece de un estándar unificado. La unidad de cuidados intensivos ya sea neonatal, pediátrica, adulta o coronaria exige una gran demanda de experiencia y capacitación en terapia respiratoria. Sin embargo, existen cuellos de botella que limitan su desarrollo, como la falta de una licencia de terapeuta respiratorio, y muchas operaciones clínicas de terapia respiratoria no se pueden

cobrar. La respuesta positiva de los Estados Unidos, en particular la profesora Janet M. Boehm, ex presidenta de la Asociación Estadounidense de Terapia Respiratoria (AARC), presentó muchas soluciones prácticas basadas en sus muchos años de experiencia en desarrollo profesional. Además, sobre el tema de cómo trabajan los terapeutas respiratorios en el Hospital Chaoyang de Beijing, Luo Zujin presentó en detalle los proyectos de trabajo clínico, las tareas de investigación y docencia completadas, varios artículos publicados, etc. Entre los que destacan los terapeutas respiratorios, también presentaron a sus homólogos en Estados Unidos cómo se hicieron cargo del trabajo del personal médico existente, estandarizaron y ampliaron su trabajo, y cómo coordinar la división del trabajo. Su experiencia fue reconocida y apreciada por sus compañeros (Netingbag, 2021). Como disciplina especializada en tecnología médica, la especialidad de la terapia respiratoria se incluyó oficialmente en el Catálogo Especial de Colegios Generales y Universidades del Ministerio de Educación en muchos países incluyendo Ecuador. La terapia respiratoria se convertirá en uno de los temas más emocionantes de las escuelas de medicina en el futuro. La terapia respiratoria se mejorará a un nuevo nivel en todo el mundo.

Perspectiva laboral para Terapeuta Respiratorios en Estados Unidos

En 2016, había un número estimado de 10,800 puestos de trabajo en los Estados Unidos para Técnico en terapia respiratoria. Hay poco o ningún crecimiento en las oportunidades laborales para Técnico de Terapia Respiratoria. Número previsto de trabajos para técnicos de terapia respiratoria en EE. UU. Los Estados con mayor crecimiento laboral para Técnico en Terapia Respiratoria son Maryland, Texas y Nebraska. (HealthcareDegreeSearch, 2021).

Contexto Nacional

Zuñiga (2019) realizó un estudio con el objetivo de “caracterizar las condiciones de trabajo, la carga laboral y la disponibilidad de insumos, como elementos vinculantes al cumplimiento de estas medidas en la UCI del Hospital Luis Vernaza” (pág. 28). La metodología

del estudio fue de enfoque mixto y alcance descriptivo y corte transversal, el periodo de recolección de información fue de un trimestre del 2019 y la muestra estuvo compuesta por 93 empleados de diferentes con actividades relacionadas al área de UCI del Hospital, a quienes se les aplicó una encuesta donde la valoración fue escala Likert de 10 puntos siendo 10 “Muy alto” y 1 “Muy bajo”. Entre los principales hallazgos se determinó que las problemáticas se concentraban en su mayoría en la sobre carga asistencial, falta de capacitación y poca expertis de trabajadores de UCI.

Onofre (2014) realizó un estudio con el objetivo de “establecer la calidad del servicio que recibe el usuario en el área de emergencia del Hospital León Becerra Camacho del cantón Milagro” (pág. 5). La metodología del estudio fue de enfoque cuantitativo y enfoque descriptivo, la muestra estaba conformada por 358 pacientes atendidos en el año 2013, a quienes se les aplicó una encuesta. Entre los principales hallazgos se determinó que en un 34.92% valoran de “Muy Bueno” la calidad de atención y un 12.57% lo valoran de “Regular”, los aspectos menos valorados están: “Comodidad de los cubículos” (40.78%) y “Señalización extrahospitalaria” (31.28%); y, los aspectos mejores valorados son: “Información a familiares” (32.12%), “Apariencia personal” (32.40%). Se concluyó que la calidad de atención es satisfactoria.

Chamorro & Falconí (2017) realizaron un estudio con el objetivo de “determinar la calidad de los cuidados de enfermería en niños con neumonía atendidos en el Hospital del Niño Dr. Francisco de Icaza Bustamante” (pág. 9). El estudio fue de enfoque cuantitativo de alcance descriptivo, la muestra fue de 30 personas y estaba compuesta por personas de titulación Lic. en enfermería del Hospital a quienes se les aplicó una encuesta estructurada. Entre los principales hallazgos se encuentran que los factores que afectan la calidad son la falta de información y documentación, así como, un 53% no aplicó los procedimientos de atención de diagnóstico, el 67% manifestó no recibir capacitación.

García (2021) realizó un estudio con el objetivo de “evaluar la calidad en el proceso de atención a usuarios con hipertensión arterial en el Centro de Salud San Rafael” (pág. 22). Para ello, se estableció como metodología un estudio de enfoque cuantitativo y alcance descriptivo y corte transversal, la muestra estaba conformada por 31 pacientes a quienes se les aplicó una encuesta estructurada. Entre los principales hallazgos se determinó que la dimensión Infraestructura fue valorada en su mayoría como “Excelente”; dimensión Confiabilidad fue valorado en su mayoría como “Muy buena”, las dimensiones con menor valoración son: Capacidad de respuesta y Calificación del personal de salud. Se concluyó como “Muy Buena” la calidad de atención de salud.

Caracterización del Hospital Dr. Roberto Gilbert

El Hospital es una organización sin fines de lucro cuya correspondencia es la Junta de Beneficencia de Guayaquil (véase el logo institucional en la figura 10). El servicio de salud está enfocado en niños del Ecuador y cuenta con profesionales en diversas disciplinas. Actualmente, cuenta con nómina de 1278 médicos y tiene una capacidad censal de 385 camas.

El Hospital Dr. Roberto Gilbert establecido en 2000 paso por varios cambios antes de convertirse en lo que es hoy. En 1888 se da inicio por parte de Junta de Beneficia y el Gobierno Autónomo Municipal para entrar en funcionamiento el Hospital Civil. Luego para 1894 contaba con una maternidad y 1942 se edificó el Hospital Gineco-obstétrico Enrique C. Sotomayor. En 1948 fue inaugurada la Maternidad Enrique Sotomayor.

Misión

“Somos una organización de salud pediátrica, que brinda servicios médicos integrales con calidad y calidez a todos los que lo requieren” (Hospital de Niños Dr. Roberto Gilberto E., 2022, pág. 1).

Visión

“Somos en el 2018 el referente latinoamericano en atención integral de salud pediátrica”

(Hospital de Niños Dr. Roberto Gilberto E., 2022, pág. 1)



Figura 10 Logo. Tomado de Hospital del Niños Dr. Roberto Gilberto E., 2022. *Nuestro Hospital*. Recuperado de <https://hospitalrobertogilbert.med.ec/>

Consulta externa (consulta médica)

- Pediatría
- Consulta de especialidad

Emergencia

Hospitalización

- Unidades Críticas

Servicio de diagnóstico, apoyo y terapia

- Laboratorio clínico
- Anatomía patológica
- Exámenes de diagnóstico
- Terapia de lenguaje

Cirugía

Figura 11 Servicios. Adaptado de Hospital del Niños Dr. Roberto Gilberto E., 2022. *Servicios*. Recuperado de <https://www.hospitalrobertogilbert.med.ec/>

Marco conceptual

Asistencia sanitaria: grupo de servicios brindados a los pacientes por medio de centros de atención o personal médico en función de mejorar la salud (RANM, 2022).

Atención al Paciente: hace referencia a la gestión en que involucra al paciente, desde la información hasta reclamos recibido tanto por el paciente como de los familiares (Clínica Universidad de Navarra, 2022).

Atención médica: se refiere al proceso terapéutico derivada de la atención que brinda el personal de salud durante el diagnóstico y proceso de recuperación de la salud del paciente (Ramírez, Nájera, & Nigenda, 1998, pág. 144).

Calidad en salud: “propiedad de la atención médica ser obtenida en diversos grados, obtener mayores beneficios con menores riesgos para el usuario en función con menores disponibles” (Donabedian, 1969).

Camas de cuidado intensivos: “son recursos hospitalarios para vigilancia y monitoreo continuo y especializado de pacientes en estado grave o terminal” (INEC, 2022, pág. 5).

Diagnóstico: se refiere a identificar por medio de revisión cualitativa o cuantitativa una enfermedad, síndrome o trastorno (RANM, 2022, pág. 1).

Egreso hospitalario: hace referencia al cumplimiento del tratamiento terapéutico y la salida del hospital o casa de salud donde se encontraba un paciente hospitalizado (INEC, 2022).

Medidas de bioseguridad: hace referencia al conjunto de medidas de seguridad contemplando conductas directrices a adoptar a fin reducir riesgos tanto para los pacientes como para los profesionales de salud (Zuñiga, 2019).

Morbilidad: se refiere a todas las enfermedades atendidas por médicos o nivel hospitalario (INEC, 2022).

Mortalidad: referencial al total de muertes de una población medida a partir de criterios de tiempo y tipos de enfermedad (RANM, 2022).

Neumonía: “inflamación del parénquima pulmonar de etiología infecciosa, ya sea vírica, bacteriana, micótica o parasitaria” (RANM, 2022, pág. 1).

Paciente hospitalizado: persona que requiere de atención y es necesario la estadía en el establecimiento de salud (INEC, 2022).

Terapeuta respiratorio: profesional encargado del diagnóstico, evaluación e intervención para el tratamiento curativo de problemas respiratorios (Parrales, 2021, pág. 4).

Tratamiento: es el conjunto de directrices y medidas, físicas, médica, quirúrgicas orientadas al tratamiento curativo de las enfermedades (RANM, 2022).

Unidad de cuidados intensivos: “unidad hospitalaria que presta cuidados intensivos a pacientes en estado crítico” (RANM, 2022, pág. 1).

Marco legal

Las siguientes leyes y políticas son el marco normativo que envuelve a la propuesta de investigación, así considerando tanto las que envuelven al objetivo de estudio como las del Estado.

Constitución del Ecuador

La Constitución de la República del Ecuador tipifica en sus leyes la calidad de garantista de derechos. Enunciado que alcanza al campo de la salud tal como se señala en el art. 3 mencionando que la calidad de derecho de goce y acceso sin ningún tipo de discriminación a la salud para todos los ciudadanos. Asimismo, se tipifica en el art. 32 la vinculación de este derecho y la realización de otros derechos tales como: educación, trabajo, alimentación... donde la participación del Estado se caracteriza por su rol inherente al cumplimiento (Constitución de la República del Ecuador , 2008).

Ley de Salud

La Ley Orgánica de Salud con base en la Constitución del Ecuador y resguardando la salud como derecho establece para su cumplimiento en el art. 1 sobre el derecho a la salud y el acceso en todos los niveles que el sistema de salud constituye, este será sin ningún tipo de discriminación. De igual forma, tipifica en su art. 4 que el ente regulador del sistema será el

Ministerio de Salud, el cual, planifica y gestiona todas las acciones sanitarias y administrativas bajo la responsabilidad de control de las disposiciones. Además, en el art. 7 aclara que el derecho de salud debe ser de calidad, permanente y equitativo. (Ley Orgánica de Salud, 2006).

Plan de Creación de Oportunidades

El Plan de Creación de Oportunidades representa las directrices políticas del plan de gobierno. En cuanto a la salud, el plan se ocupa en su eje social resaltando que la salud es un derecho para todos sin excepción y propone como estrategia de mejora políticas públicas como generar oportunidades en igualdad buscando garantizar una buena calidad de vida, donde la salud es de calidad e integral bajo la política de “innovar el sistema de salud pública para asegurar servicios de calidad con eficacia y transparencia” (Secretaría Nacional de Planificación, 2021, pág. 66).

Capítulo III

Metodología de la investigación

El presente capítulo describe la metodología de investigación seleccionada a fin abordar a profundidad la investigación, para ello, se determina que el método cuantitativo y un diseño descriptivo permitirá conocer los distintos factores que envuelven a la problemática por medio de la identificación de las causas en el análisis de calidad. Asimismo, se diseña una estrategia de recolección de información mediante la selección de técnicas y herramientas de recopilación de datos para luego ser analizados.

Tipo de investigación

Método de investigación

Al ser una investigación de enfoque cuantitativo y diseño no experimental y corte transaccional. El método de la investigación es deductivo, puesto que el proceso de la investigación es secuencial y probatorio (Monje, 2011). Según Hernández, Fernández y Baptista (2010) el enfoque cuantitativo “utiliza la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin establecer pautas de comportamiento y probar teorías” (p. 4).

Enfoque de la investigación

El enfoque de la presente investigación es cuantitativo. Según Monje (2011) este tipo de enfoque se basa en el positivismo y la realidad objetiva de lo estudiado, toma de referencias hechos reales que deberán ser descritos de la manera más objetiva posible. Este tipo de enfoque permitirá indagar sobre la problemática y abordarla desde un estudio objetivo, esto es, sin intervención del investigador, asimismo, procura la estandarización en los instrumentos de estudio reduciendo sesgos de la investigación.

Alcance de la investigación

El alcance de la investigación es de tipo descriptiva. Según Hernández et. al (2010) este tipo de alcance “busca especificar propiedades y características importantes de cualquier fenómeno que se analice, describe tendencias” (p. 92). En el mismo sentido, Monje (2011) consideró que este tipo de investigación toma como base los datos recolectados para ser analizados desde los rasgos, características o atributos de la realidad o problema planteado. Para ello, emplea el análisis estadístico, ya que, permitirá describir el comportamiento y la identificación de la variable relacionada al fenómeno estudiado.

Diseño de la investigación

El diseño de la investigación es de tipo no experimental-transeccional, que a decir de Hernández et al. (2010) son “estudios que se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en ellos que sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural” (p. 152).

Población y muestra

“La muestra es sobre la cual se habrá de recolectar los datos, que necesariamente sea estadísticamente representativo del universo” (Hernández et al., 2010, p. 384). La población de la investigación está compuesta por Madres y Padres de los niños hospitalizadas en área de terapia respiratoria del Hospital Dr. Roberto Gilbert E.

La muestra de la investigación es de tipo no probabilística y muestreo por conveniencia, según Hernández et al. (2010) este tipo de muestra dirigida o “subgrupo de la población en la que la elección de los elementos no depende de la probabilidad, si no de las características de la investigación” (p. 176). En promedio se registran aproximadamente 70 pacientes neonatos acorde con los criterios de inclusión mencionados en la Tabla 3

Criterio de inclusión y exclusión

Tabla 3
Criterios muestra

Criterio	Concepto
	Padre y/o Madres de neonatos hospitalizados
Inclusión	Padre y/o Madres de neonatos con más de 1 día de hospitalización. Padre y/o Madres que acepten participación voluntaria.
Exclusión	Padre y/o Madres menores a 18 años Padre y/o Madres de neonatos fallecidos

Recolección de datos

Para la recolección de información se empleó un instrumento de medición de la calidad de Chávez (2015), el mismo que está compuesto por 24 preguntas divididas por tres dimensiones: (a) Humana; (b) Técnico y; (c) Confort; la escala de medición de Likert de tres puntos.

Procedimiento análisis de datos

Los datos recolectados fueron procesados en los programas Microsoft Excel y SPSS 24 y el método estadístico fue estadística descriptiva, permitiendo ordenar y generar gráficos sobre el fenómeno estudiado para posterior ser analizados.

Confiabilidad

El instrumento de medición a aplicar tiene un indicador de alfa de Cronbach de 0.85, siendo un nivel de “muy alta” sobre las variables analizadas, calculadas a partir de las encuestas realizadas en la presente investigación (ver tabla 4).

Tabla 4
Estadística de fiabilidad

<i>Estadísticas de fiabilidad</i>	
Alfa de Cronbach	N de elementos
.858	24

Recolección de datos

El tiempo de recolección de datos se realizó durante los meses de enero y febrero del 2022.

Operacionalización de la variable

Tabla 5

Operacionalización de la variable

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicador	Escala	Valor	Autor
Percepción de la calidad de atención brindada por los doctores del área de Terapia Respiratoria	Conjunto de información y conocimiento percibido por medio de los sentidos y experiencia sobre la calidad de atención en la aplicación de conocimientos técnicos en la relación de beneficios y riesgos valorados en términos de salud. (Donabedian, 1966)	Humana	<ul style="list-style-type: none"> • Empatía, confianza • Respeto, trato amable • Información oportuna • Comunicación efectiva 	Ordinal	Favorable (Si) Medianamente favorable (A veces) Desfavorable (No)	(Chávez, 2015)
		Técnico-científico	<ul style="list-style-type: none"> • Habilidad • Conocimiento • Tiempo • Seguridad 	Ordinal		
		Confort	<ul style="list-style-type: none"> • Limpieza de los ambientes • Privacidad • Descanso • Alimentación 	Ordinal		

Análisis de resultados

Estadística descriptiva

A continuación, se detalla los resultados encontrados en la investigación.

Tabla 6
Datos demográficos

Categoría		Recuento	% de N
Género	Femenino	49	82%
	Masculino	11	18%
Estado Civil	Casado	42	70%
	Soltero	18	30%
Edad	18-24	5	8%
	25-33	14	23%
	34-42	34	57%
	43-51	7	12%
	52-60	0	0%
Grado de escolaridad	Sin estudios	12	20%
	Primario	6	10%
	Secundaria	28	47%
	Bachillerato	14	23%
	Universitario	0	0%
	Masterado	0	0%
Situación ocupacional	Desempleado	4	7%
	Hogar	32	53%
	Empleado	8	13%
	Jubilado	3	5%
	Estudiante	13	22%
¿Cuál es su parentesco con el bebé?	Padre	7	12%
	Madre	46	77%
	Otro	7	11%

El procesamiento de información mediante el programa utilizado muestra los siguientes resultados demográficos sobre la muestra.

Los encuestados se encuentran distribuidos por géneros en un 18% Masculino y un 82% Femenino, los mismos que su mayoría en un 70% están casados y un 30% están solteros. La mayor frecuencia de edad de los encuestados está entre el rango de 34 y 42 años con un 57% de la muestra, seguido del rango de 25-33 años con 23%.

Los encuestados registraron que en su mayoría con un 47% tienen un nivel de escolaridad de Secundaria, seguido de Bachillerato con 23% y el 20% está sin estudios. Asimismo, sobre su situación ocupacional el 53% de los encuestado no están empleados y son Hogar o realizan actividades en el hogar, mientras que 22% son estudiantes, el 13% sí tiene empleo y, 5% son jubilados.

En cuanto a la persona que se encuentra al cuidado del neonato en el hospital y al determinar su relación entre ambos, el 77% son Madres y el 12% son Padres y, el 11% tienen algún otro tipo de relación.

Tabla 7
Estadística descriptiva de las variables

Estadísticos descriptivos			Media	Desv. estándar
	D11	El Doctor le explica en qué consiste el procedimiento y/o tratamiento al que será sometido su hijo (a)	2.22	0.804
	D12	El Doctor le explica la posible complicación del tratamiento que recibe su hijo (a)	1.88	0.825
	D13	El Doctor identifica y soluciona los problemas que pudiera presentar su niño (a)	2.75	0.600
	D14	El Doctor se organiza y realiza con rapidez los procedimientos	2.33	0.837
Técnico interpersonal	D15	El Doctor le atiende rápidamente cuando su hijo (a) presenta dolor y otras molestias (llanto)	2.10	0.630
	D16	El Doctor le dedica el tiempo necesario para atender a su hijo (a)	2.43	0.621
	D17	Cuando tiene una necesidad para el cuidado de su hijo acude al Doctor, él siempre está presente	2.28	0.739
	D18	El Doctor muestra inseguridad y lentitud cuando atiende a su niño (a)	1.13	0.503
	D19	El Doctor informa oportunamente los procedimientos y tratamientos que se va a realizar a su niño (a)	2.15	0.709
	H1	El Doctor emplea palabras difíciles cuando va a explicarle sobre la enfermedad de su hijo (a)	2.32	0.892
	H2	El Doctor permite que usted le haga preguntas	2.87	0.503
	H3	El Doctor le permite expresar sus temores y preocupaciones	2.87	0.503
	H4	El Doctor observa las necesidades que su hijo (a) tiene en forma periódica y regular	2.55	0.622
Humana	H5	El Doctor es indiferente al procedimiento al que será sometido su niño (a)	1.37	0.486
	H6	El Doctor le llama a su hijo por su nombre al atenderlo	2.87	0.503
	H7	El Doctor al inicio del turno, le saluda cuando ingresa al ambiente de su hijo (a)	2.62	0.613
	H8	El Doctor muestra prepotencia al dirigirse a usted	1.07	0.252
	H9	El Doctor se dirige a usted y a su hijo (a) con gestos amables	2.80	0.546
	C1	El Doctor muestra preocupación por su privacidad	2.55	0.649
	C2	Cuando hay mucho ruido en el ambiente el Doctor se preocupa por disminuir el ruido y facilitar el descanso	2.87	0.468
Confort	C3	El Doctor muestra preocupación para que su hijo descanse	2.87	0.468
	C4	El Doctor muestra preocupación por la alimentación de sus hijo (a)	2.87	0.468
	C5	El Doctor se preocupa que el ambiente donde está su hijo, se encuentre limpio y ordenado	2.87	0.468
	C6	Durante su estancia en el hospital se siente tranquilo por la atención que le brinda el Doctor a su hijo	2.83	0.457

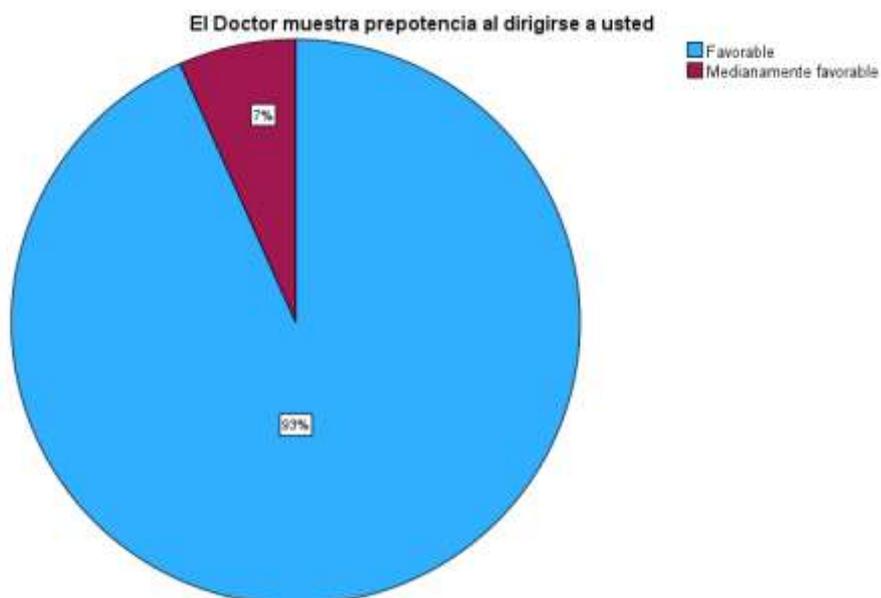


Figura 12 El Doctor muestra prepotencia al dirigirse a usted

Sobre si El Doctor muestra prepotencia al dirigirse a usted. Los encuestados califican en un 7% de “Medianamente favorable y 93% calificación de “Favorable”.

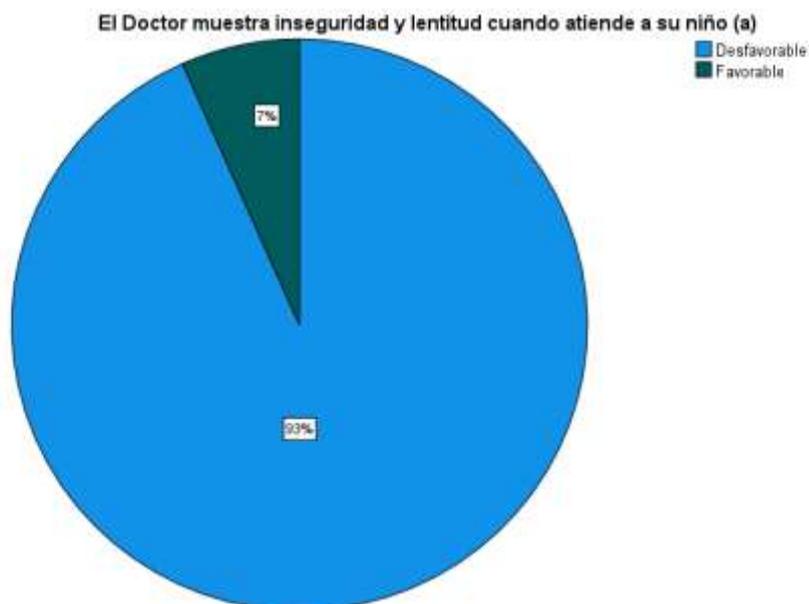


Figura 13 El Doctor muestra inseguridad y lentitud cuando atiende a su niño (a)

Sobre si El Doctor muestra inseguridad y lentitud cuando atiende a su niño (a). Los encuestados califican en un 93% de “Desfavorable” y 7% recibiendo calificación de “Favorable”.

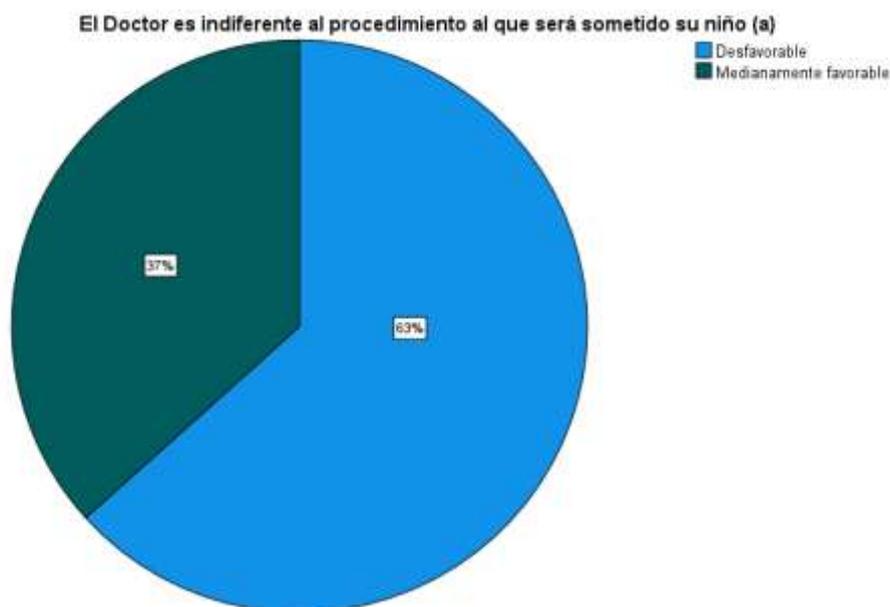


Figura 14 El Doctor es indiferente al procedimiento al que será sometido su niño (a)

Sobre si El Doctor es indiferente al procedimiento al que será sometido su niño (a). Los encuestados califican en un 63% de “Desfavorable” y 37% de “Medianamente favorable”. No recibiendo ninguna calificación de “Favorable”.

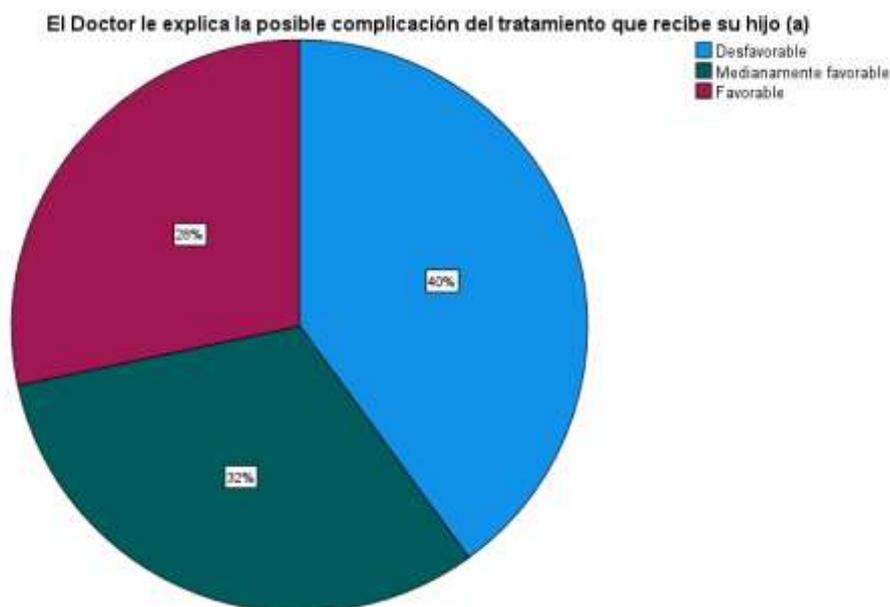


Figura 15 El Doctor le explica la posible complicación del tratamiento que recibe su hijo (a)

Sobre si El Doctor le explica la posible complicación del tratamiento que recibe su hijo (a). Los encuestados valoran en un 40% de “Desfavorable” y 32% de “Medianamente favorable” y un 28% como “Favorable”.

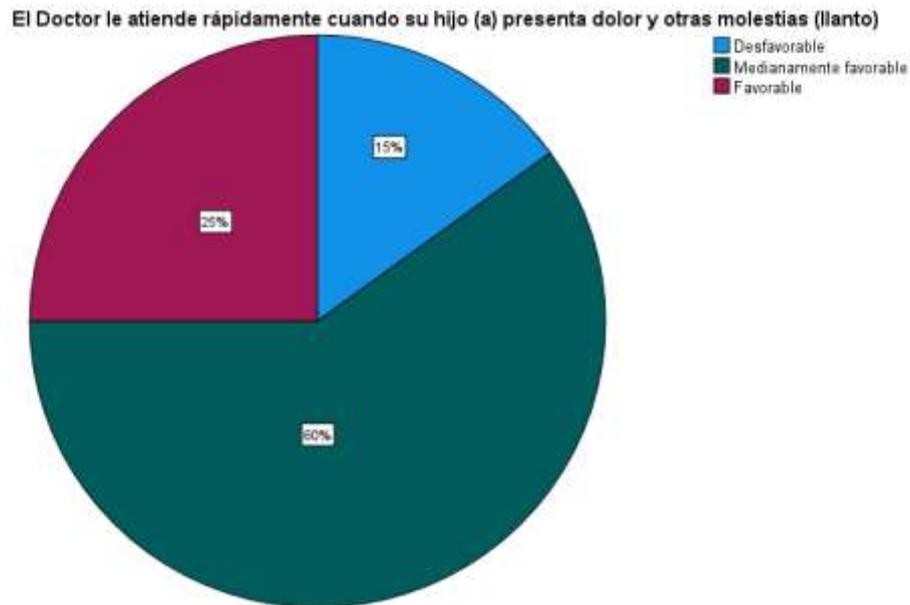


Figura 16 El Doctor le atiende rápidamente cuando su hijo (a) presenta dolor y otras molestias (llanto)

Sobre si El Doctor le atiende rápidamente cuando su hijo (a) presenta dolor y otras molestias (llanto). Los encuestados valoran en un 15% de “Desfavorable” y 25% de “Medianamente favorable” y un 60% como “Favorable”.

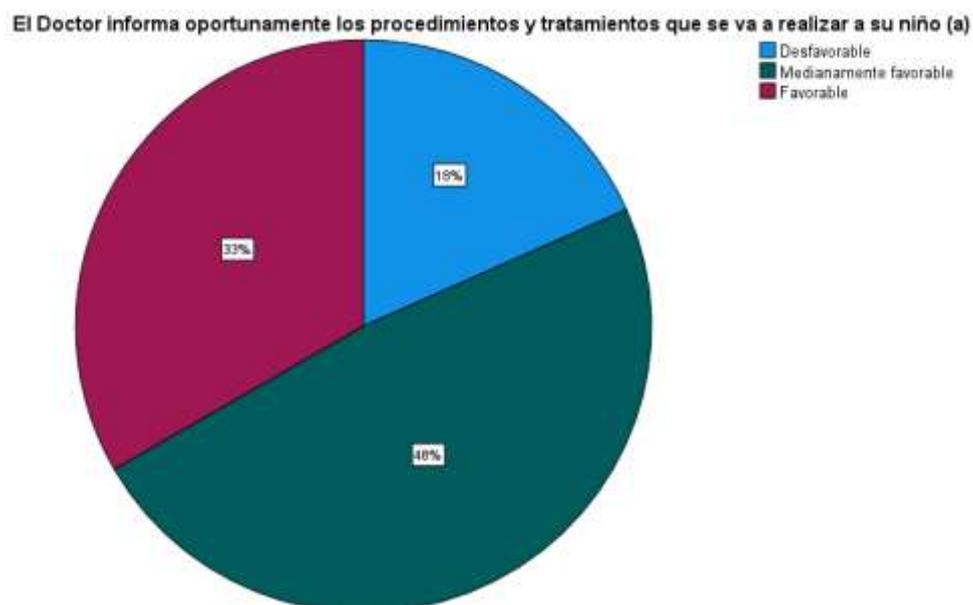


Figura 17 El Doctor informa oportunamente los procedimientos y tratamientos que se va a realizar a su niño (a)

Sobre si El Doctor informa oportunamente los procedimientos y tratamientos que se va a realizar a su niño (a). Los encuestados valoran en un 18% de “Desfavorable” y 48% de “Medianamente favorable” y un 33% como “Favorable”.

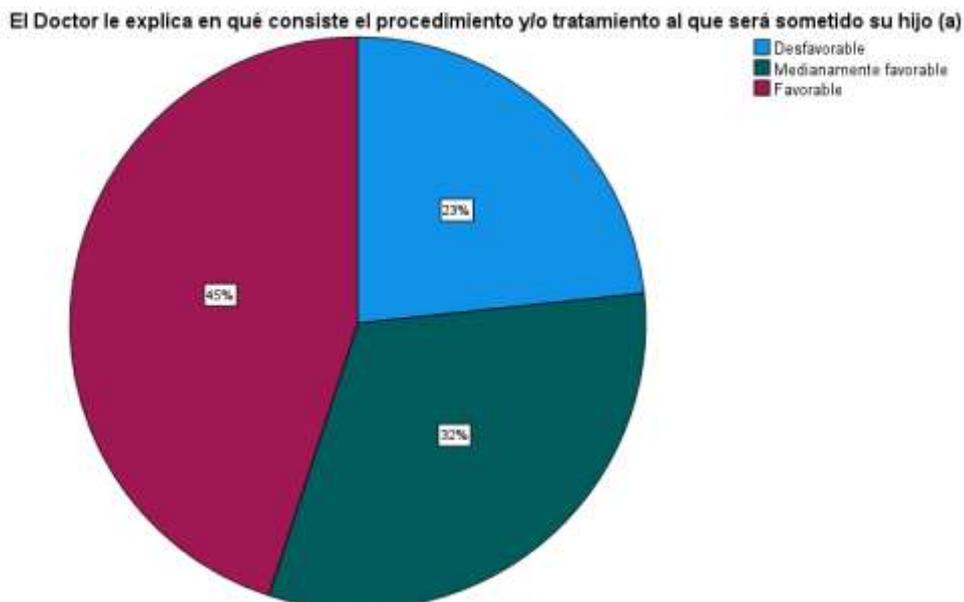


Figura 18 El Doctor le explica en qué consiste el procedimiento y/o tratamiento al que será sometido su hijo (a)

Sobre si El Doctor le explica en qué consiste el procedimiento y/o tratamiento al que será sometido su hijo (a). Los encuestados valoran en un 23% de “Desfavorable” y 32% de “Medianamente favorable” y un 45% como “Favorable”.

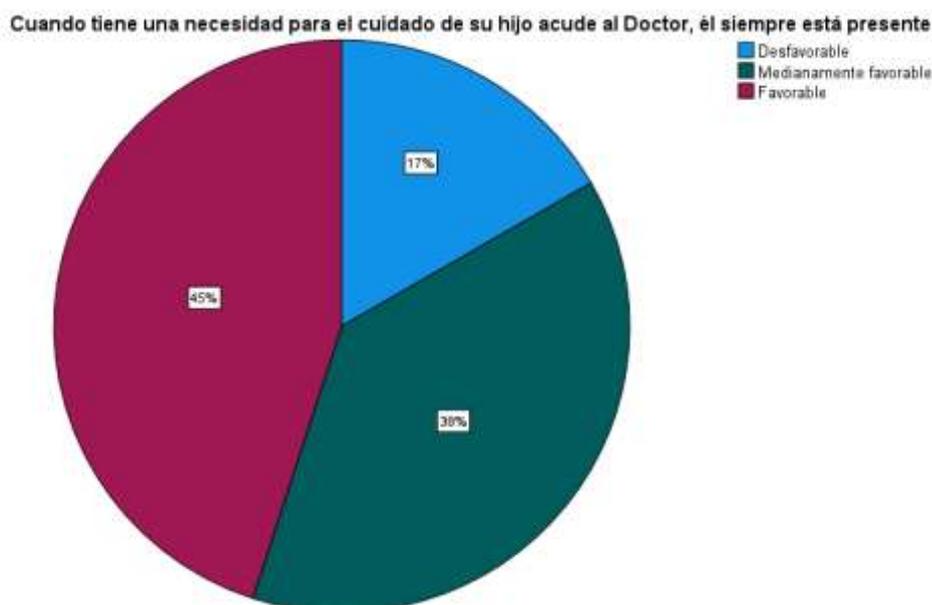


Figura 19 Cuando tiene una necesidad para el cuidado de su hijo acude al Doctor, él siempre está presente

Sobre si Cuando tiene una necesidad para el cuidado de su hijo acude al Doctor, él siempre está presente. Los encuestados valoran en un 17% de “Desfavorable” y 38% de “Medianamente favorable” y un 45% como “Favorable”.

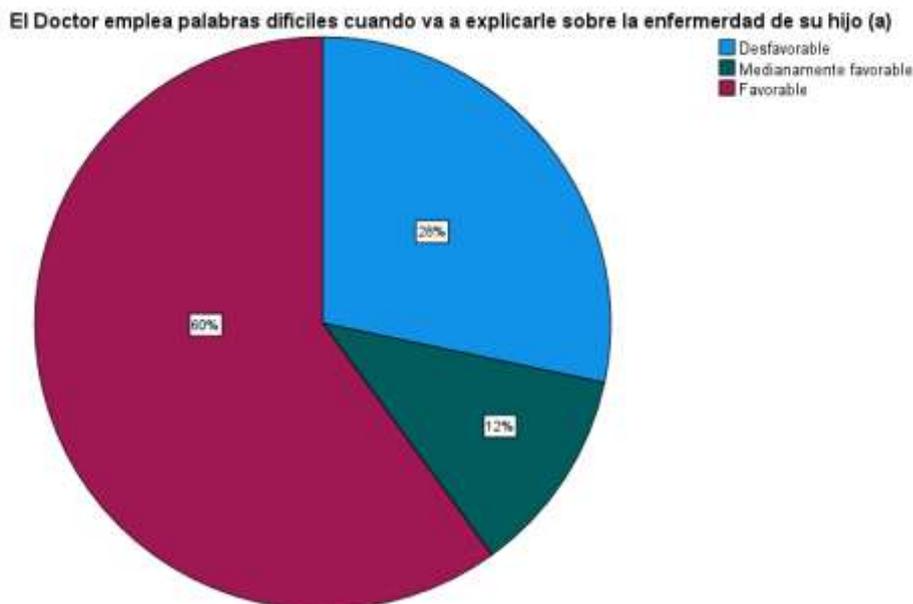


Figura 20 El Doctor emplea palabras difíciles cuando va a explicarle sobre la enfermedad de su hijo (a)

Sobre si El Doctor emplea palabras difíciles cuando va a explicarle sobre la enfermedad de su hijo (a). Los encuestados valoran en un 28% de “Desfavorable” y 12% de “Medianamente favorable” y un 45% como “Favorable”.

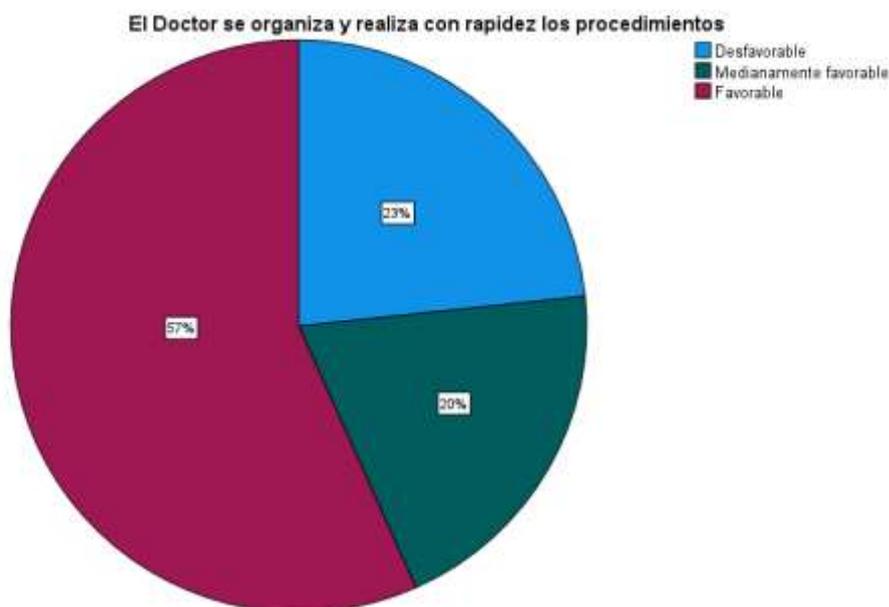


Figura 21 El Doctor se organiza y realiza con rapidez los procedimientos

Sobre si El Doctor se organiza y realiza con rapidez los procedimientos. Los encuestados valoran en un 23% de “Desfavorable” y 20% de “Medianamente favorable” y un 57% como “Favorable”.

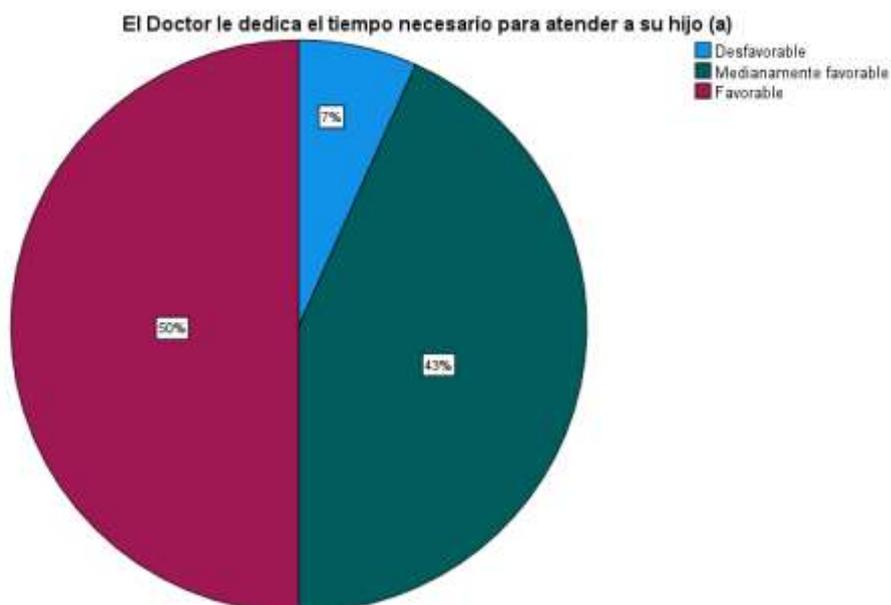


Figura 22 El Doctor le dedica el tiempo necesario para atender a su hijo (a)

Sobre si El Doctor le dedica el tiempo necesario para atender a su hijo (a). Los encuestados valoran en un 7% de “Desfavorable” y 43% de “Medianamente favorable” y un 50% como “Favorable”.

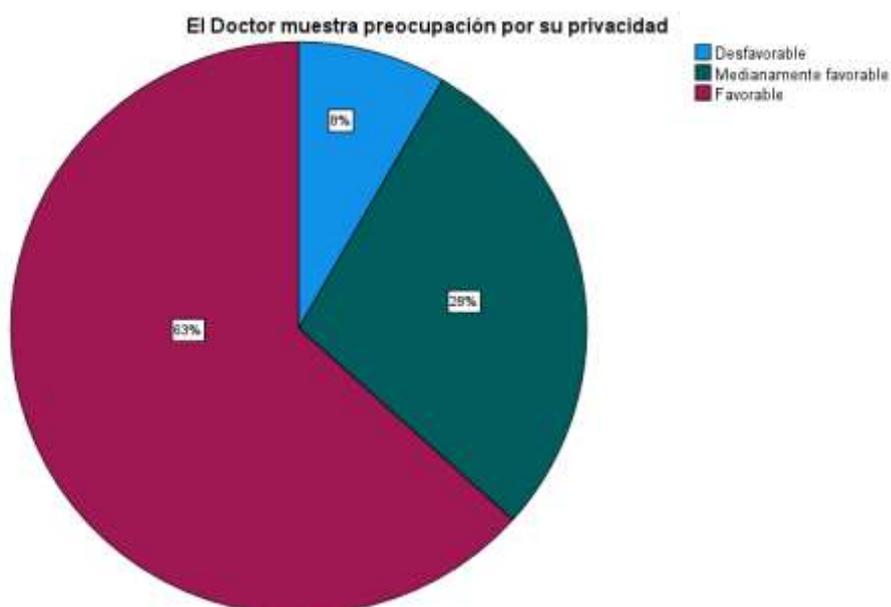


Figura 23 El Doctor muestra preocupación por su privacidad

Sobre si El Doctor muestra preocupación por su privacidad. Los encuestados valoran en un 8% de “Desfavorable” y 28% de “Medianamente favorable” y un 63% como “Favorable”.

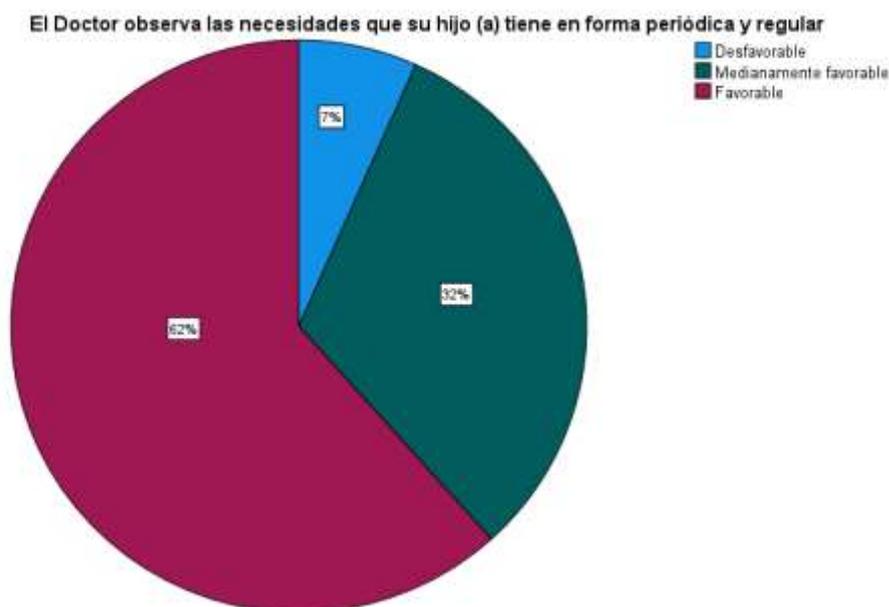


Figura 24 El Doctor observa las necesidades que su hijo (a) tiene en forma periódica y regular

Sobre si El Doctor observa las necesidades que su hijo (a) tiene en forma periódica y regular. Los encuestados valoran en un 7% de “Desfavorable” y 43% de “Medianamente favorable” y un 50% como “Favorable”.

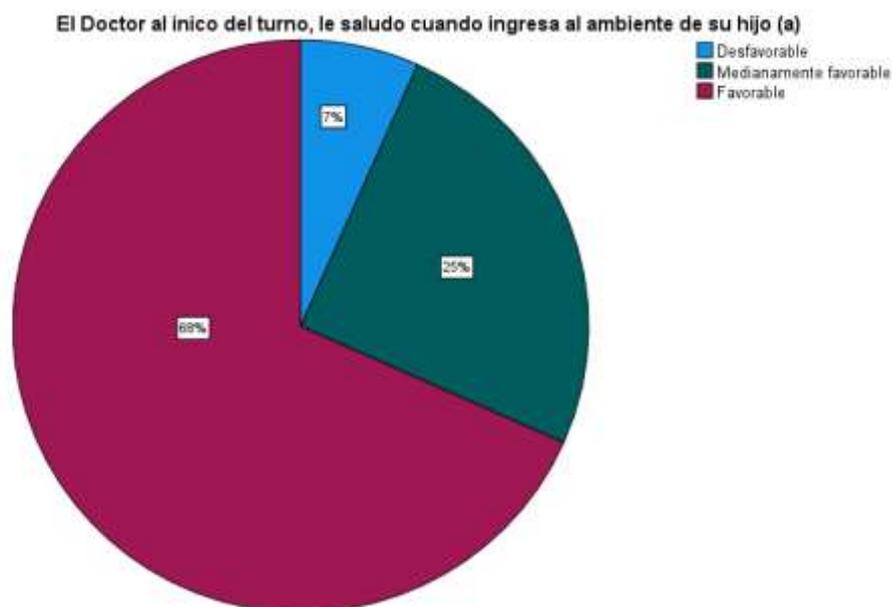


Figura 25 El Doctor al inicio del turno, le saluda cuando ingresa al ambiente de su hijo (a)

Sobre si El Doctor al inicio del turno, le saluda cuando ingresa al ambiente de su hijo (a). Los encuestados valoran en un 7% de “Desfavorable” y 25% de “Medianamente favorable” y un 68% como “Favorable”.

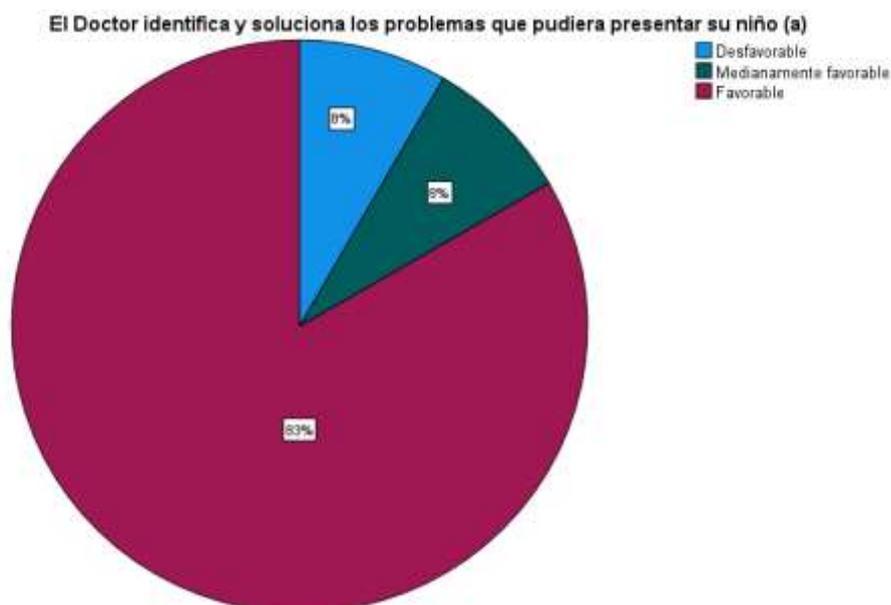


Figura 26 El Doctor identifica y soluciona los problemas que pudiera presentar su niño (a)

Sobre si El Doctor identifica y soluciona los problemas que pudiera presentar su niño (a). Los encuestados valoran en un 7% de “Desfavorable” y 25% de “Medianamente favorable” y un 68% como “Favorable”.

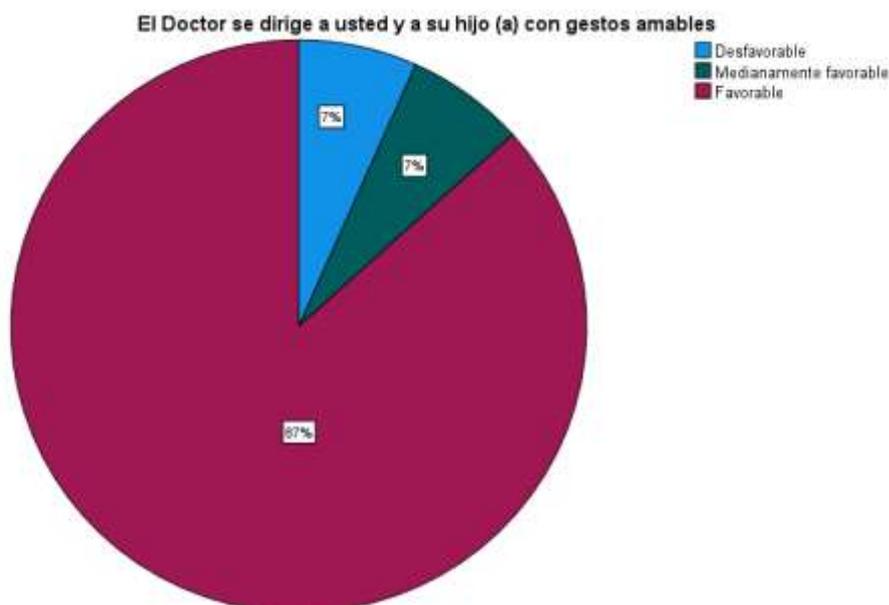


Figura 27 El Doctor se dirige a usted y a su hijo (a) con gestos amables

Sobre si El Doctor se dirige a usted y a su hijo (a) con gestos amables. Los encuestados valoran en un 7% de “Desfavorable” y 7% de “Medianamente favorable” y un 87% como “Favorable”.

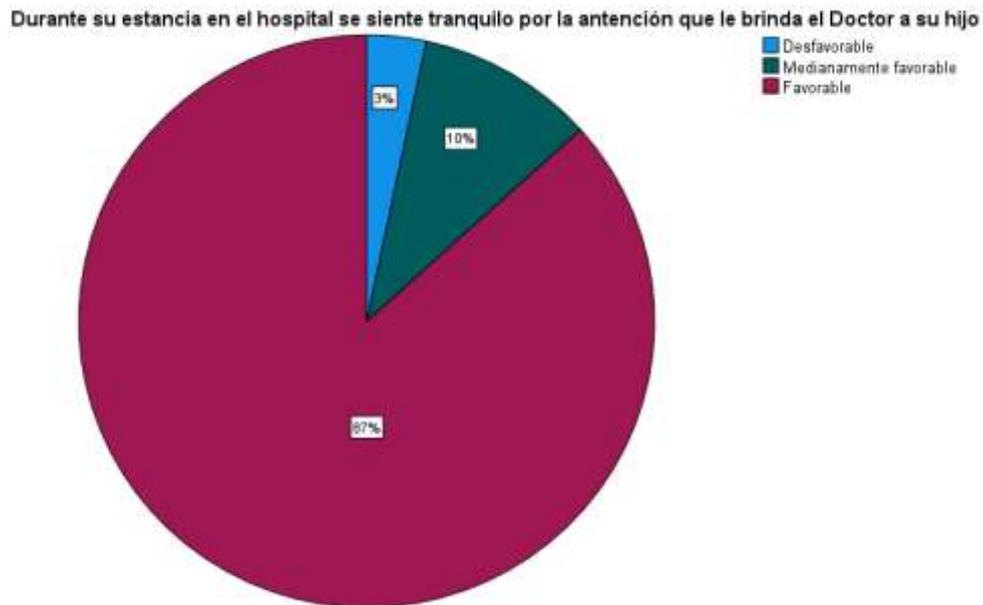


Figura 28 Durante su estancia en el hospital se siente tranquilo por la atención que le brinda el Doctor a su hijo

Sobre si Durante su estancia en el hospital se siente tranquilo por la atención que le brinda el Doctor a su hijo. Los encuestados valoran en un 3% de “Desfavorable” y 10% de “Medianamente favorable” y un 87% como “Favorable”.

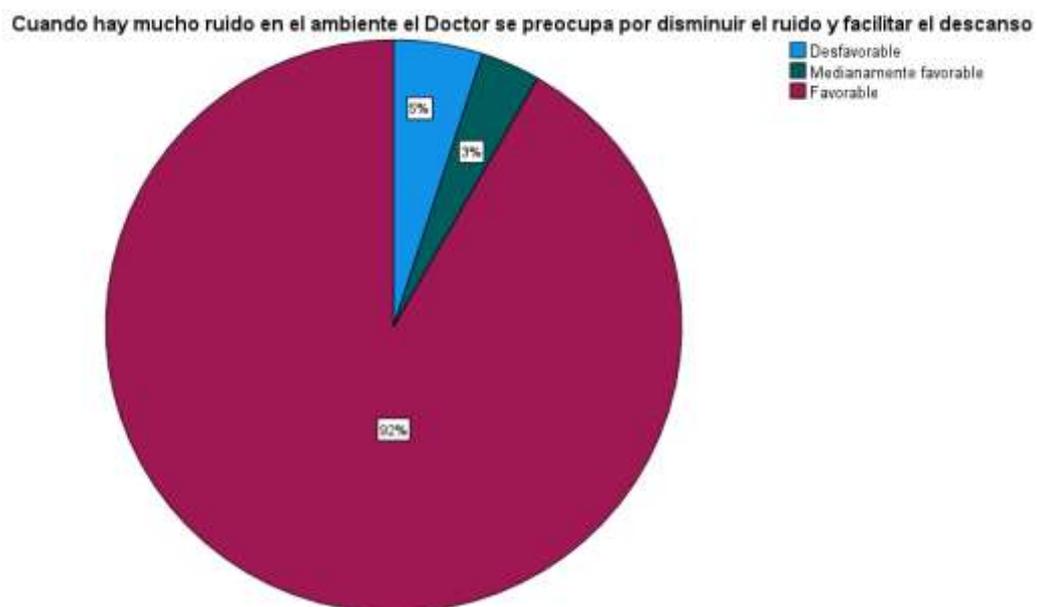


Figura 29 El Doctor se preocupa por disminuir el ruido y facilitar el descanso

Sobre si Cuando hay mucho ruido en el ambiente el Doctor se preocupa por disminuir el ruido y facilitar el descanso. Los encuestados valoran en un 5% de “Desfavorable” y 3% de “Medianamente favorable” y un 92% como “Favorable”.

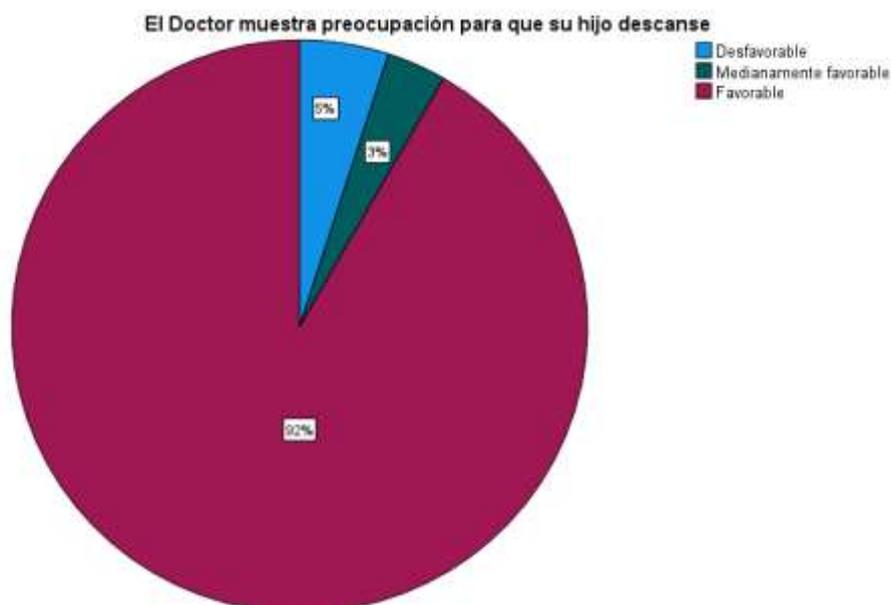


Figura 30 El Doctor muestra preocupación para que su hijo descanse

Sobre si El Doctor muestra preocupación para que su hijo descanse. Los encuestados valoran en un 5% de “Desfavorable” y 3% de “Medianamente favorable” y un 92% como “Favorable”.



Figura 31 El Doctor muestra preocupación por la alimentación de sus hijos (a)

Sobre si El Doctor muestra preocupación por la alimentación de sus hijos (a). Los encuestados valoran en un 5% de “Desfavorable” y 3% de “Medianamente favorable” y un 92% como “Favorable”.

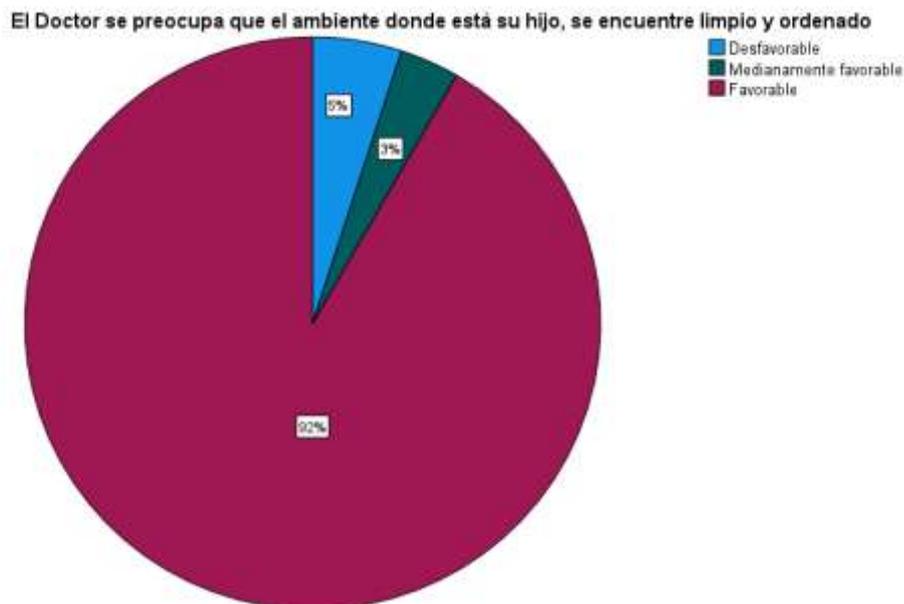


Figura 32 El Doctor se preocupa que el ambiente donde está su hijo, se encuentre limpio y ordenado

Sobre si El Doctor se preocupa que el ambiente donde está su hijo, se encuentre limpio y ordenado. Los encuestados valoran en un 5% de “Desfavorable” y 3% de “Medianamente favorable” y un 92% como “Favorable”.

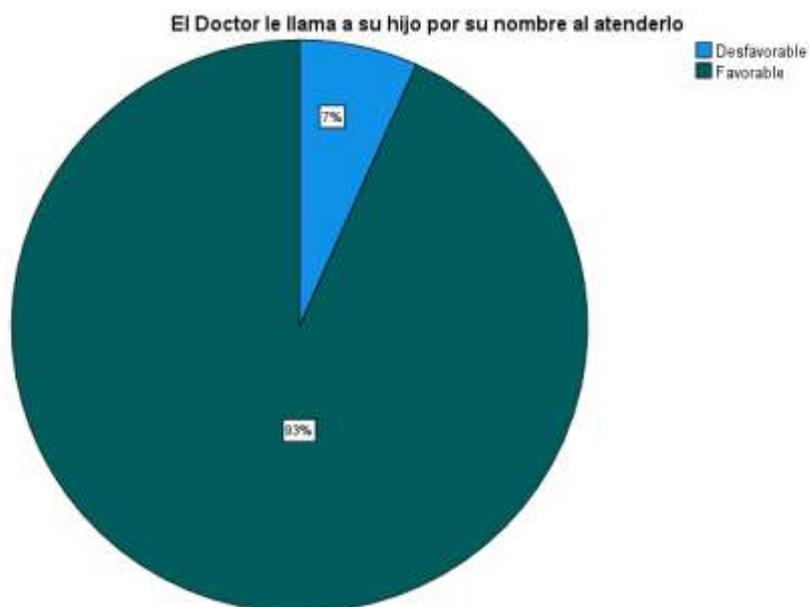


Figura 33 El Doctor le llama a su hijo por su nombre al atenderlo

Sobre si El Doctor le llama a su hijo por su nombre al atenderlo. Los encuestados valoran en un 5% de “Desfavorable” y 3% de “Medianamente favorable” y un 92% como “Favorable”.

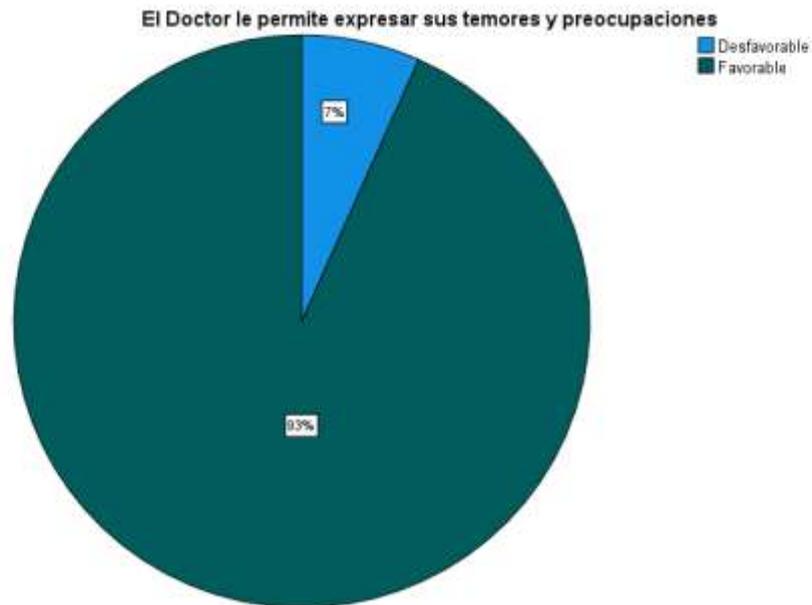


Figura 34 El Doctor le permite expresar sus temores y preocupaciones

Sobre si El Doctor le permite expresar sus temores y preocupaciones. Los encuestados valoran en un 5% de “Desfavorable” y 3% de “Medianamente favorable” y un 92% como “Favorable”.

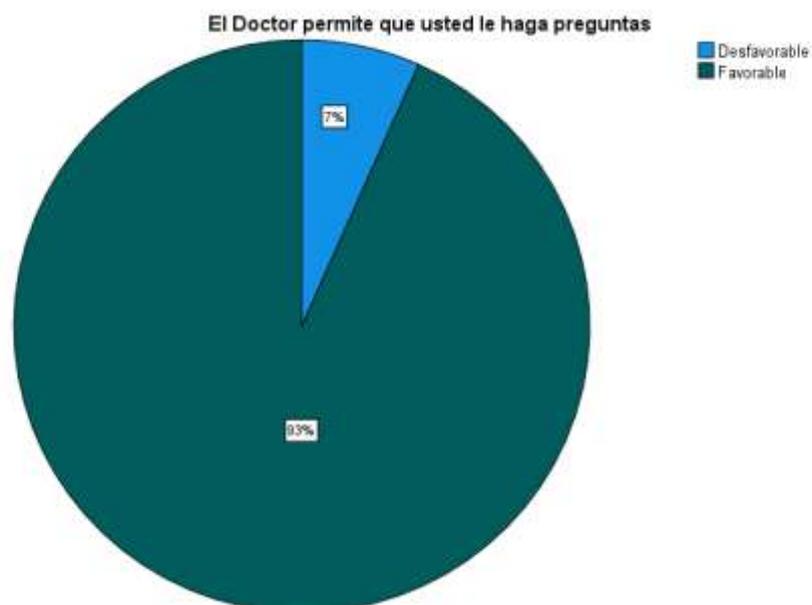


Figura 35 El Doctor permite que usted le haga preguntas

Sobre si El Doctor permite que usted le haga preguntas. Los encuestados valoran en un 5% de “Desfavorable” y 3% de “Medianamente favorable” y un 92% como “Favorable”.

Análisis de investigación

Los datos encontrados sobre las variables determinan como “Favorable” la situación en envuelve al hospital, esto es, una media superior a 2.5, con una baja desviación de la muestra, en promedio, con respecto a la media. No obstante, existen áreas que debe presentar mejorías, una de las variables con un resultado bajo de media es: “El doctor muestra prepotencia al dirigirse a usted”.

Las variables mejores valoras son: “Cuando hay mucho ruido en el ambiente el Doctor se preocupa por disminuir el ruido y facilitar el descanso”; “El Doctor muestra preocupación para que su hijo descanse”; “El Doctor muestra preocupación por la alimentación de sus hijo (a)”, “El Doctor se preocupa que el ambiente donde está su hijo, se encuentre limpio y ordenado”; “El Doctor le llama a su hijo por su nombre al atenderlo”; “El Doctor le permite expresar sus temores y preocupaciones”; “El Doctor permite que usted le haga preguntas”.

Asimismo, los datos encontrados determinan que los aspectos a mejorar pertenecen a las variables que conforman las dimensiones (ver tabla 8 y figura 36): Humana y Técnico-Científico. La primera dimensión, según los encuestados valoraron en un 8.3% como “Desfavorable”, un 81.7% como “Medianamente favorable” y, un 10% como “Favorable”; mientras de que la segunda dimensión, según los encuestados valoraron en un 6.7% como “Desfavorable”, un 53.3% como “Medianamente favorable” y, un 40% como “Favorable”.

Tabla 8
Estadística descriptiva por dimensión

Tabla cruzada Dimensiones*Niveles				
Dimensiones	Desfavorable	Medianamente		
		favorable	Favorable	
Humana	8.3%	81.7%	10.0%	100.0%
Técnico-científico	6.7%	53.3%	40.0%	100.0%
Confort	5.0%	3.3%	91.7%	100.0%
Total	6.7%	46.1%	47.2%	100.0%

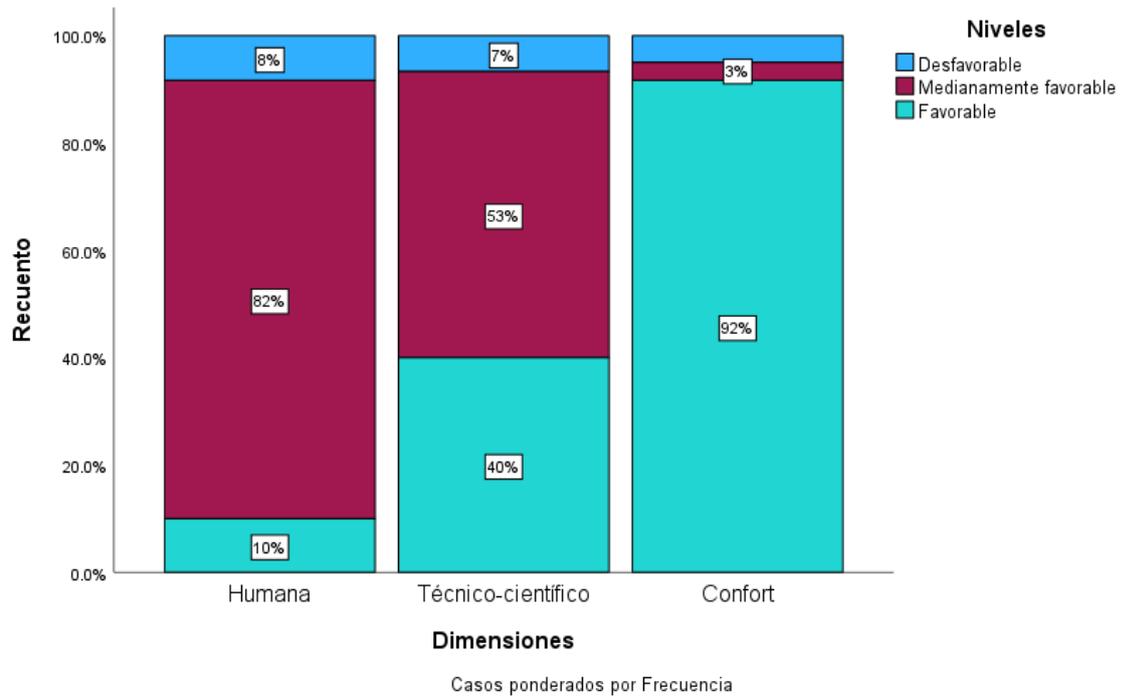


Figura 36 Dimensiones por niveles

Capítulo IV

En el presente acápite se desarrolla la propuesta de mejora mediante estrategias alineadas a las problemáticas encontradas en el capítulo anterior. La propuesta contempla un plan de acción para el área de terapia respiratoria del Hospital Dr. Roberto Gilbert E. a fin de mitigar los puntos que generan conflictos en relación la problemática planteada.

Propuesta

En principio se debe considerar que el Hospital de Niños Dr. Roberto Gilbert E, es una institución hospitalaria que no posee fines de lucro, centrada en la atención integral de la población pediátrica, cuenta con 1.278 trabajadores, divididos en diversas especialidades. En esta institución se trabaja con decenas de miles de niños de escasos recursos. ¿Por qué se mencionan estos datos, antes de iniciar con la propuesta? Debido a que son de gran importancia para generar un contexto adecuado para la implementación de la propuesta a continuación desarrollada.

Este capítulo va a desarrollar las estrategias que se pueden emplear para fortalecer los puntos positivos y mejorar los puntos negativos o críticos que se han derivado de la observación, la investigación, las encuestas, las entrevistas realizadas en los servicios del área de terapia física respiratoria del Hospital Dr. Roberto Gilbert E. que afectan de forma significativa a los servicios ofrecidos en el área de la terapia respiratoria.

La presente propuesta toma como base las expectativas de los pacientes sobre la calidad de los servicios anteriormente mencionados, con el fin de obtener un instrumento útil para mejorar la calidad de los servicios, esto permitirá incrementar de forma significativa la eficacia de la oferta presente y cumplir con las necesidades de los pacientes.

Justificación

Mantener la calidad de los servicios de salud ofrecidos en el sector público es de especial relevancia para mantener la soberanía y el nivel de atención para los ciudadanos del país, que

se debe considerar que, si asisten a una entidad de salud, es probable la existencia de dolencias que inciden directamente en su calidad de vida, y espera ser tratado de forma humana, efectiva y funcional.

Para cumplir con el objetivo de mantener o incrementar la calidad de un determinado servicio es necesario analizarlo y revisar una serie de elementos presentes en la prestación del servicio, como la atención al personal, la actuación de los doctores, la organización, la infraestructura física, y como todo esto trabaja en conjunto. Para lograrlo se requiere de mecanismos de análisis como los usados durante el presente estudio, pero ellos por si solos no logran un cambio dentro del sistema de salud, principalmente dentro del hospital; por ende, es necesario elaborar un plan de acción, fundamentado y coherente con los objetivos planteados para estimular la mejora

Objetivo general

Diseñar un plan de mejoramiento de la calidad de los servicios del área de terapia respiratoria del Hospital Dr. Roberto Gilbert E.

Objetivos específicos

- Describir los procesos y actividades de los servicios por medio de proponer cambios en los procesos administrativos a fin mejorar la calidad.
- Desarrolla un plan de capacitación para el personal del área de terapia respiratoria enfocados en fortalecer aspectos humanos y técnicos encontrados en la problemática con el objetivo de incrementar la calidad de los servicios institucionales.
- Fortalecer aspectos tangibles perceptibles con respecto a la atención al paciente – usuario.

Implementación de la estrategia de intervención

Para promover su aplicación las estrategias seleccionadas deben ser alcanzables, y se deben poder ejecutar de forma simple y consistente considerando puntos como la estructura, el

liderazgo y los diversos indicadores que son importantes al trabajar con la calidad de los servicios

Desarrollo de la propuesta

La propuesta desarrollará actividades que mejoren diversas áreas como los tiempos de atención a los pacientes, el trato a los pacientes, explicación de procedimientos y transmisión de información del doctor al paciente.

Capacitación

El plan de capacitación que se muestra a continuación y tiene como alcance generar una formación específica, orientada a corregir factores que influyan negativamente en la productividad y se dirigen para mejorar las competencias, y la formación para el desarrollo, que permite mejorar conocimientos, habilidades, actitudes, técnicas y destrezas con el fin de potenciar el crecimiento profesional y personal.

Para este programa de formación se usará una serie de indicadores para validar su eficacia, siendo estos:

Tabla 9
Indicadores para analizar el avance de las capacitaciones

Indicador	Fórmula	Unidad de medición	Frecuencia	Meta
Asistencia a las actividades programadas	Personas que asistieron a capacitación/ personas convocadas	%	Bimensual	75%
Cumplimiento de las actividades programadas	Actividades programadas/Total de actividades	%	Bimensual	75%
Participación en foros	Foros en los que se ha participado/ Foros creados	%	Bimensual	75%

Lista de temas de las capacitaciones

- Trabajo en equipo
- Cultura organizacional
- Gestión del tiempo
- Seguridad para el paciente neonato y pediátrico
- Bioseguridad
- Talleres de actualización
- Normas de calidad
- Atención al usuario
- Intervenciones de fisioterapia respiratoria en pacientes con COVID-19.
- Atención a padres
- Atención a los niños según su etapa evolutiva

Tabla 10
Temáticas de capacitación por dimensión

Humana	Técnico-científico
<ul style="list-style-type: none"> • Cultura organizacional • Atención al usuario • Seguridad para el paciente neonato y pediátrico • Atención a padres (comunicación asertiva) • Atención a niños según su etapa evolutiva 	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajo en equipo • Gestión de tiempo • Intervención de fisioterapia respiratoria en pacientes con Covid-19 • Bioseguridad • Talleres de actualización • Normas de calidad

Presupuesto

Considerando que la presente propuesta es para una institución sin fines de lucro, se mantendrán los costos relativamente bajos, sin embargo, se dispondrá del apoyo del directivo para poder realizar las inversiones necesarias.

Este presupuesto toma en consideración que la capacitación se ofrecerá una vez a la semana, se debe pagar a los capacitadores, material para las capacitaciones, refrigerio, grabación y otros detalles.

Tabla 11
Presupuesto de capacitación

Presupuesto de capacitación			
Fases	Personal al que va dirigido	Programación	Presupuesto
Fase 1	Todo el personal del área	Junio 2023	\$800
Fase 2		Julio 2023	\$800
Fase 3		Agosto 2023	\$800
Total			\$2.400

Tabla 12
Cronograma

Fases	Sesión	Contenido	Fecha	Modalidad
Fase 1	1	Trabajo en equipo	Junio 2023	Presencial
	2	Cultura organizacional	Junio 2023	Presencial
	3	Gestión del tiempo	Junio 2023	Presencial
	4		Junio 2023	Presencial
Fase 2	5	Seguridad para el paciente neonato y pediátrico	Julio 2023	Presencial
	6	Bioseguridad	Julio 2023	Presencial
	7	Talleres de actualización	Julio 2023	Presencial
	8	Normas de calidad	Julio 2023	Presencial
Fase 3	9	Atención al usuario	Agosto 2023	Presencial
	10	Intervenciones de fisioterapia respiratoria en pacientes con COVID-19	Agosto 2023	Presencial
	11	Atención a padres	Agosto 2023	Presencial
	12	Atención a los niños según su etapa evolutiva	Agosto 2023	Presencial

Nota: Las fechas específicas de las capacitaciones serán seleccionadas por la institución, considerando la disponibilidad de los asistentes.

Uso de indicadores y medición de impacto

Acompañando al proceso de capacitación se debe tener en cuenta el uso de indicadores y de medición de impacto.

Los indicadores para medir los objetivos trazados en la propuesta son los siguientes.

Índice de personal demandado: Permite medir la cantidad de personal demandado sobre el personal de turno asignado al área

Fórmula

Número de personal demandado en turno x100 / Número de personal en turno

Índice de auditorías realizadas: Se evalúa las auditorías realizadas por año o mes en comparación con los programas:

Fórmula

Número de auditorías realizadas en el año x 100 / Número de auditorías programadas en el área

Índice de efectividad de las capacitaciones

En aras de comprender la efectividad de las capacitaciones ofrecidas se propone que después de cada una de ellas se considere una evaluación en Google Forms, a partir de esta información se creará un índice que usará la siguiente formula:

Fórmula

Puntaje real obtenido / Puntaje esperado

Establecer mapas de procesos

Se considera importante esquematizar de forma adecuada las actividades para poder ofrecer mayor velocidad en la atención, por ende en primer lugar se debe identificar los procesos de la organización, un inventario de todos los procesos y clasificarlos considerando su rol en el

sistema de gestión (Camelo, 2017). Además, se debe agrupar de preferencia en tres áreas, a nivel estratégico, operativo y de apoyo.

Es importante que este mapa de procesos esté reflejados todos los procesos del centro o de la unidad (en este caso el área de servicios de terapia respiratoria del hospital). E incluir las relaciones entre cada uno de ellos y los procesos identificados, esto permitirá encadenar con facilidad y cumplir con los objetivos establecidos. A continuación, se incluyen un modelo básico elaborado por Camelo (2017).



Figura 37 Modelo básico de gestión. Tomado de Camelo, J. (2017). *Herramientas de auditoría en salud*. Bogotá: Fondo editorial Areandino.

Otra forma que se puede gestionar los procesos es descrita también por el mismo autor.

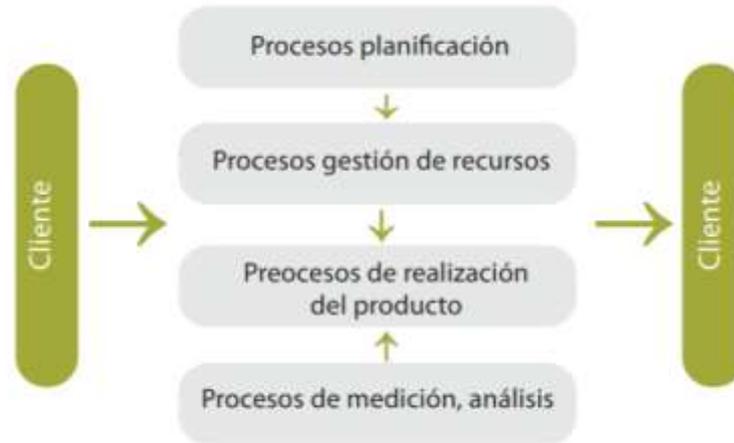


Figura 38 Modelo ampliado de gestión

Estrategias para mejorar los tiempos de atención

Para poder modificar los tiempos de atención y espera se propone el mantenimiento de los equipos, establecer un mecanismo que permita notificar en caso que los equipos presenten fallas, que la gerencia lleve un registro de tiempo que han durado las reparaciones. Considerando las condiciones de hospital público, se puede trabajar con documentos de forma interna (por ejemplo, en Excel) y que se usen herramientas online gratuitas para compartir información relevante, como es el caso de google Drive para almacenar y compartir documentos, además de poder modificarlos online usando Google Docs.

Elaboración de auditorías: El presente estudio ha identificado falencias actuales, pero es necesario mantener auditorías constantes, que utilicen las Tecnologías de la Información y la Comunicación, plataformas web como Notion o Taskade pueden resultar útiles para la gestión de auditorías, evitando los altos gastos que pueden ocasionar el uso de software como EnfoRisk.



Figura 39 Gestor de información y tareas Taskade. Tomando de Taskade. (2020). Todo List, Task Management, Free Team Workspace | Taskade. Recuperado 27 de febrero de 2022, de <https://www.taskade.com/>

Otra técnica que puede simplificar el trabajo de aquellas personas que realicen auditorías a los servicios hospitalarios sería el diagrama de Pareto, que sirve para identificar las causas fundamentales de la mayoría de los problemas de la institución, esta herramienta de tipo cuantitativa se utiliza mediante gráficos de barra (histogramas) en las que se organizan los elementos de mayor a menor considerando la frecuencia de aparición. A continuación, se anexa un ejemplo del diagrama:

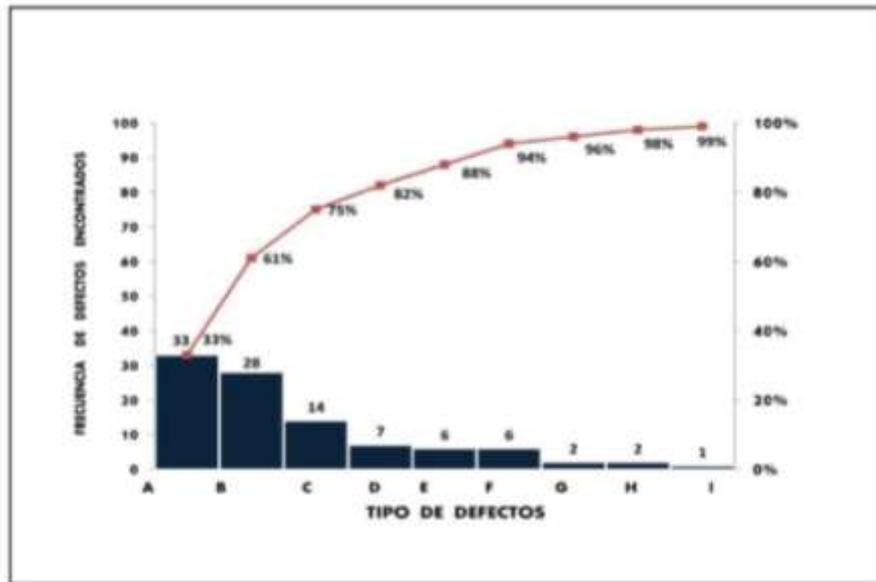


Figura 40 Diagrama de Pareto. Tomado de Barreto, J. (2017). *Herramientas de auditoria en salud*. Bogotá: Fundación Universitaria del Área Andina.

Tabla 13
Estrategias de la propuesta por área a mejorar

Perspectiva	Objetivo	Indicador	Meta	Responsable	Iniciativas	Presupuesto
Humano	Fortalecer el conocimiento, habilidades y destrezas del personal	Capacitaciones realizadas Asistencia a las actividades Cumplimiento de las actividades Participación en foros Índice de efectividad de las capacitaciones	Mejorar la relación médico-paciente. Incrementar las actividades de actualizaciones de normativas y procedimientos en un 75%.	Área de Recursos Humanos	Mejora de las habilidades interpersonales y comunicativas del personal.	\$2400
Técnico-científico	Mejorar la productividad y programación del personal	Reducción del tiempo de atención. Índice de personal demandado	Mantener el personal según los turnos. Reducir el tiempo de espera un 10% destinado a los procedimientos de cada paciente.	Área de Recursos Humanos	-Uso herramientas online gratuitas como Excel para el registro y control de calidad mediante un diagrama de Pareto.	\$200
	Vigilancia y funcionamiento de los equipos	Frecuencia de mantenimiento de equipos Índice de auditorías realizadas	Identificar los equipos que se encuentran en mantenimiento		-Mejorar la gestión del mantenimiento. -Elaboración de auditorías mediante Taskcade	
Total						\$2600

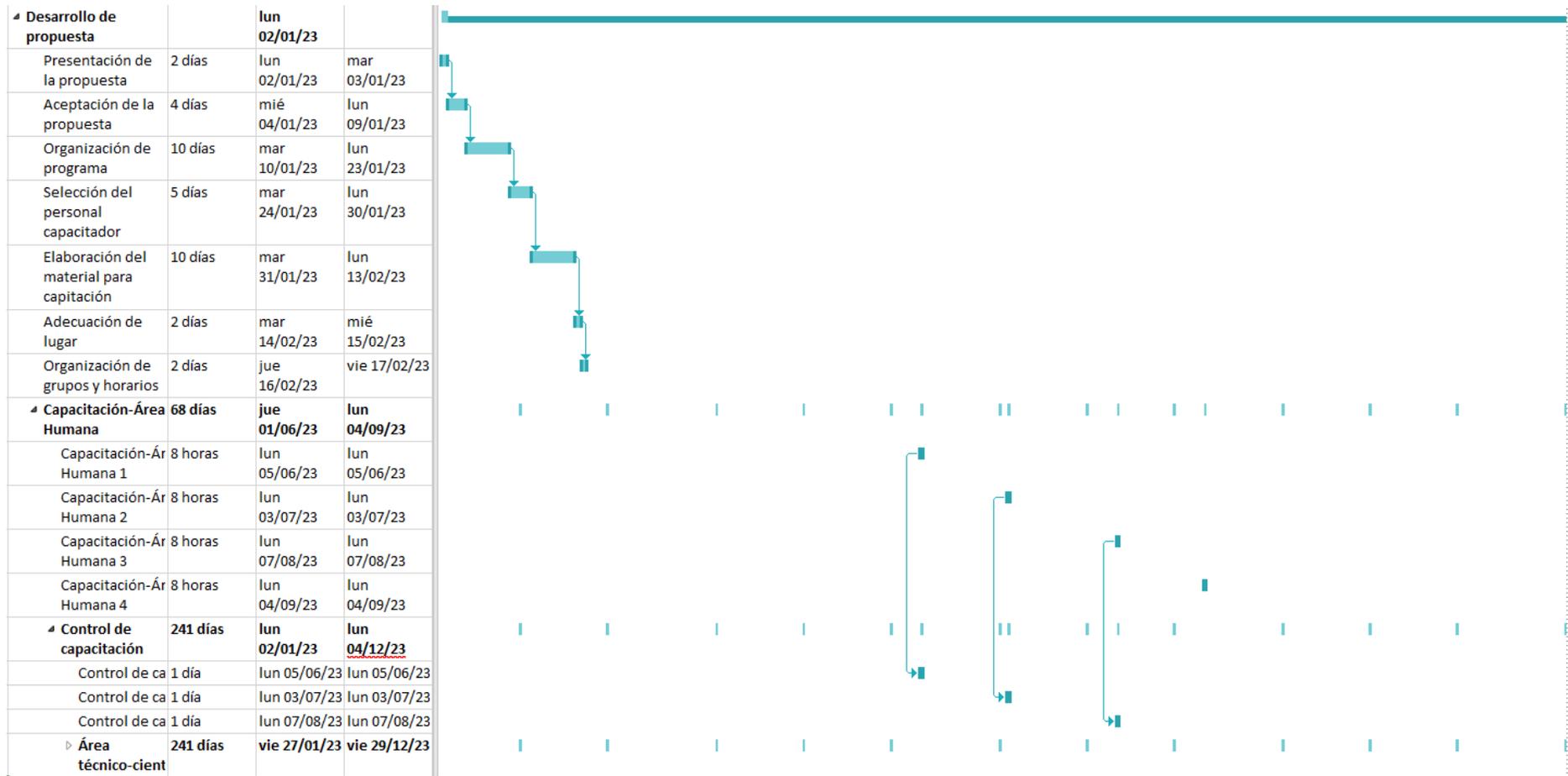


Figura 41 Cronograma

Conclusiones

Las conclusiones de la investigación son:

Mediante la revisión sistemática teórica sobre los conceptos de calidad y salud se logró conocer los diferentes factores que influyen en la problemáticas y, que desde la perspectiva de la salud, la calidad juega un rol importante debido a su relación con atención de seres humano, asimismo, se identificaron diferentes variables influyentes no estudiadas en la presente investigación, tal como: la satisfacción del cliente; pero que juego un rol de importancia en estudio correlacionales entre calidad y satisfacción.

El análisis de estudio del contexto permitió conocer el nivel de influencias de factores y métodos de estudio de medición, del mismo modo, se logró identificar las particularidades del objeto de estudio mediante la caracterización y código de ética empleado.

La metodología de la investigación fue de tipo cuantitativo de alcance descriptivo y tipo no probabilístico. Al tratarse de un área de neonatos, se consideró para la población las personas acompañantes en el proceso de cuidado y responsabilidad del niño -niña-, la muestra fue 60 personas a quienes se les aplicó una encuesta. El instrumento de medición empleado tiene un alfa de Cronbach de .85 y está compuesta por 24 items. Se logró determinar que su mayoría los encuestados valora de “favorable” y, que las dimensiones que deber ser mejoradas son Interpersonal y Humana.

De las problemáticas identificadas en el capítulo metodológico se desarrolla se desarrolla un plan de mejoramiento a partir de las oportunidades de mejoras considera la naturaleza no privada del objeto de estudio. Se propone un conjunto de estrategias con el objetivo de mejorar la calidad del área de terapia respiratoria del Hospital Dr. Roberto Gilbert. El plan contempla aspectos de capacitación con enfoque intrapersonal y atención al usuario, asimismo, se procura mejorar la calidad de información recibida por el papá o mamá del neonato, del mismo modo, se procura diseñar procesos internos y externos, el primero enfocado

en la actualización de la información sobre la salud de paciente; y, la segunda enfocada en el proceso de atención a partir de la gestión de tareas logrando una comunicación asertiva entre doctor y familiar.

Recomendaciones

A continuación, se enlistan las recomendaciones de la investigación.

- Se recomienda realizar una investigación más amplia de tipo probabilístico y representativo a fin de determinar probabilidad. También se debe realizar con varias muestras con el objetivo de lograr una mayor confiabilidad del estudio. Igualmente, realizar estudios correlacionales con otras variables como la satisfacción.
- Se deben realizar estudios interno relacionados al clima organizacional o relación interpersonal e información a fin de indagar sobre la problemática relacionada en el trato y la calidad de información a fin de mejorar la comunicación y las propuestas de mejora.
- Se deben realizar actividades de seguimiento y control a la ejecución de la propuesta con la finalidad de tomar las acciones correctivas o plantear nuevas estrategias u oportunidades de mejoramiento tanto en la calidad de atención de la salud como en la relación interpersonal.

Bibliografía

- Aguirre, M., Enríquez, M., Miramontes, T., Hernández, R., Marroquín, M., & Herrera, J. (2018). Intervención educativa multidisciplinaria favorece el autocuidado en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Nure Inv*, 13(83), 1-9.
- Arias, A., Murillas, E., Mejía, D., & Rincón, A. (2020). Estimación del tiempo y procedimientos requeridos para una atención con calidad en Terapia Respiratoria en servicios asistenciales de tercer nivel de atención del Eje Cafetero de Colombia, 2019. *Revista Terapéutica*, 14(1).
- Báscolo, E. (2021). Contributions of the new essential public health functions framework to address the COVID-19 pandemic. *Pan American Journal of Public Health*.
- Baden, J., & Carr, L. (2020). compromiso + Liderazgo Clínico = Mejores Resultados. *SABER HEALTHCARE GROUP*, 2.
- Bayliss, M. (2010). optimizing respiratory therapy service. *college of respiratory therapists of ontario*, 300.
- Bengoa, R. (2016). Quality of Care. *World Health Organization*, 50.
- Camelo, J. (2017). Herramientas de auditoria en salud. Bogotá : Fondo editorial Areandino.
- Castaño, S. (2005). Calidad en la atención en salud. Nuestra responsabilidad como profesionales de la salud y como sistema. *Acta Médica Colombiana*, 289-294.
- CEPAL. (2021). La prolongación de la crisis sanitaria y su impacto en la salud, la economía y el desarrollo social. CEPAL-OPS. Obtenido de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/47301/1/S2100594_es.pdf
- Chacón, R., Sibaja, M., Dávila, J., Gutiérrez, R., Gutiérrez, A., & Rocha, B. (2022). Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). *Acta Médica Costarricense*, 45(1), 23-28.

- Chamorro, M., & Falconí, J. (2017). Calidad de los cuidados de enfermería en niños con neumonía del Hospital de niños Francisco de Icaza Bustamante. [Tesis de grado]. Universidad de Guayaquil.
- Clarke, B. (2016). Home care in respiratory therapy. *Canadian Society of Respiratory Therapists*, 2.
- Camelo, J. (2017). *Herramientas de auditoría en salud*. Bogotá: Fondo editorial Areandino.
- Chávez, C. V. (2015). *Percepción de los padres sobre calidad de atención que brinda la enfermera en el Servicio de Neonatología del Instituto Nacional Materno Perinatal 2014*. (Tesis de Post-grado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú. Recuperado de <http://ateneo.unmsm.edu.pe/handle/123456789/5145>
- Clínica Universidad de Navarra. (2022). Atención al paciente: Clínica Universidad de Navarra. Obtenido de <https://www.cun.es/resultado-busqueda?queryStr=paciente>
- Constitución de la República del Ecuador . (2008). Leyes. Obtenido de Asamblea Nacional: https://www.asambleanacional.gob.ec/sites/default/files/documents/old/constitucion_de_bolsillo.pdf
- Correa, C. A. (2020). Terapia respiratoria en el cuidado de la vida aérea- Conceptos del cuidado respiratorio pediátrico. Universidad Santiago de Chile .
- Deming, W. E. (1990). *Qualidade: A revolução da Administração*. Rio de Janeiro: Marques Sraiva.
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Q.*; 44, 106-206,
- Donabedian. (1992). The role of outcomes in quality assessment and assurance. *Quality Review Bulletin*.

- Donabedian, A. (1969). A Guide to Medical Care Administration. En Medical Care Appraisal- Quality and Utilization (pág. 2). American Public Health Association.
- Egea, C., Chiner, E., Salvador, L., González, M., Lujan, M., & Mediano, O. (2020). Ventilación mecánica a domicilio Home Mechanical Ventilation. Open Respiratory Archives, 2(2), 67-88.
- Elorza, d. (2015). *ventilacion mecanica neonatal*. españa: elsevier.
- Gallardo, B. (2020). Espirómetro de turbina para terapia respiratoria. [Tesis de grado]. Universidad de las Américas Puebla. Obtenido de http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lbm/gallardo_montes_b/
- García, C. (1988). Terapia respiratorio. Actas Medica Colombia, 341-344.
- García, R. (1987). Pequeño Larouse Ilustrado. Buenos Aires: Larousse.
- García, V. (2021). Calidad del proceso de atención a usuarios con hipertensión arterial en el centro de salud San Rafael. [Tesis de maestría]. Universidad Técnica del Norte.
- Garzón, A., Gómez, C., Montoya, G., & Trejos, P. (2002). Terapia respitoria una profesión pionera y vital. Investigaciones ANDINA.
- Gómez, M., Martínez, E., Fuentes, M., Paz, M., Novoa, N., & Jiménez, M. (2021). Membrana de oxigenación extracorpórea (ECMO) como terapia puente a la cirugía en paciente con síndrome de distrpes respitaorio aguodo (SDRA) debido a la rotura de un quiste hidatídico pulmonar. Asociación Latinoamericana de Tórax, 57(7), 503-504.
- Gilbert, h. d. (2019). Nuestro hospital. *Hospital de niños Dr Roberto Gilbert- junta de beneficencia de Guayaquil*, 15.
- González Gómez, A. (2016). Comodidad de los pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo e intermedio. *Enfermería Global*, 279.
- González Gómez, A., Montalvo Prieto, A., & Herrera Lian, A. (2017). Comodidad de los pacientes hospitalizados en unidades de cuidados intensivos. *Enfermería Global*, 280.

- Göran Heden stierna MD, P. (2017). Mechanisms of atelectasis in the perioperative period. *ELSEVIER*, 169.
- González, A. (2017). Introducción a la terapia respiratoria. [Tesis de grado]. Universidad Are Andina. Obtenido de <https://digitk.areandina.edu.co/repositorio/handle/123456789/1258>
- Hospital de Niños Dr. Roberto Gilberto E. (2022). Nuestro Hospital: . Obtenido de Hospital de Niños Dr. Roberto Gilberto E.: <https://www.hospitalrobertogilbert.med.ec/nuestro-hospital/mision-vision-y-valores>
- Hospital del Niños Dr. Roberto Gilbert E. (2022). Nuestro Hospital. Obtenido de <https://hospitalrobertogilbert.med.ec/>
- Hospital del Niños Dr. Roberto Gilbert E. (2022). Servicios. Obtenido de Hospital del Niños Dr. Roberto Gilbert E.: <https://www.hospitalrobertogilbert.med.ec/>
- HealthcareDegreeSearch. (2021). Tecnico en terapia respiratoria. *HealthcareDegreeSearch*, 20.
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación* (5a ed). México, D.F: McGraw-Hill.
- Hernández, N. A. (2016). METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN I. *Diseño de investigacion*.
- Health care graduate. (2021). RESPIRATORY THERAPY. *Health care graduate*, 3.
- Instituto Nacional de Estadística y Censo [INEC]. (2020). Estadísticas vitales: Registro estadístico de defunciones generales de 2020. Instituto Nacional de Estadística y Censo. INEC. Obtenido de https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Defunciones_Generales_2020/2021-06-10_Principales_resultados_EDG_2020_final.pdf

- INEC. (2022). Registro Estadístico de Recursos y Actividades de Salud. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Obtenido de https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Recursos_Actividades_de_Salud/RAS_2019/Principales_resultado_RAS_2019.pdf
- Laguna, A., Obregón, E., & Quijada, R. (2019). PROPUESTA DE MEJORA DEL PROCESO DE ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLÓGICAS. Universidad del Pacífico.
- Laura, V., & Duggan, M. (2018). Optimizin Crisis Resource Managment to Improve Patient Safety and Team Performance - a Handbook for acute care health profesional. (P. Peter, Ed.) Canadian Journal of Naesthesia(65), 139-140. doi:10.1007/s12630-017-0958-1
- Ley Orgánica de Salud. (2006). Leye 67. Obtenido de Ministerio de Salud: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORG%C3%81NICA-DE-SALUD4.pdf>
- Llinás, A. (2006). Manual de auditoría y gestión de calidad en salud. Barranquilla: Universidad Simón Bolívar.
- Llinás, A. (2010). Evaluación de la calidad de la atención en salud, un primer paso para la Reforma del Sistema. *Revista Salud Uninorte Barranquilla*, 26(1), 143-154.
- Leontowicz, J. (2017). ¿Que es calidad en salud? *Canadiem*, 10.
- Lopez, D. (2019). Fisioterapia, 100 años de historia y de logros. *Consejos de tu farmaceutica*, 1-4
- López, O., García, C., Saborido, R., Pérez, A., Baña, A., & Couce, M. (2014). Corticoides antenatales y prevención del distrés respiratorio del recién nacido prematuro: utilidad de la terapia de rescateAnte-natal corticosteroids and prevention of respiratory distress

in the premature newborn: Usefulness of rescue treatment. *Anales de Pediatría*, 81(2), 120-124.

Martínez, S., Maturana, D., Riquelme, H., Bustos, F., Cortés, P., Godoy, S., & Pettinelli, G. (2020). Recomendaciones para la implementación de soporte respiratorio pediátrico en COVID-19. *Kinesiología Intensiva y Terapia Respiratoria Pediátrica de Chile. Revista Chile Pediátrico*, 91(7), 17-28. doi:<http://dx.doi.org/10.32641/rchped.vi91i7.2419>.

McGlym, E., Asch, S., Adams, J., Keeseey, J., Hicks, J., Decristofaro, A., & Kerr, E. (2003). The Quality of Health Care Delivered to Adults in the United States. *New England Journal of Medicine*, 348(26), 2635-2645. doi:10.1056/NEJMsa022615

Ministerio de Salud de Chile. (2013). Programa de asistencia ventilatoria no invasiva (AVNI) en APS. Unidad de Salud Respiratoria.

Monje, C. (2011). *Metodología de la investigación*. Neiva: Facultad de Ciencias Sociales y Humanas.

Mundo, J., Espinola, G., Chávez, A., Castañon, J., & León de, M. (2004). Calidad en la atención en un servicio de terapia respiratoria. *Revista de la Asociación Mexicana de Medicina Critica y Terapia Intensiva*, 18(4), 113-117.

Naranjo, A. (2020). Escuela de cuidadores: un programa educativo en la hospitalización domiciliaria. Colombia: Universidad Santiago de Cali.

Naranjo, A., & Cruz, F. (2021). Conocimientos sobre asistencia respiratoria en cuidadores domiciliarios dos años después de una intervención educativa. *Hospital a Domicilio*, 5(4).

Netingbag. (2021). Terapia Respiratoria. *Netingbag*, 10.

- Naciones Unidas [UN]. (2022). Objetivos de Desarrollo del Milenio. Obtenido de Naciones Unidas: <https://www.cepal.org/es/temas/objetivos-de-desarrollo-del-milenio-odm/objetivos-desarrollo-milenio>
- Organización Internacional del Trabajo [OIT]. (2021). El sistema de salud ecuatoriano y la COVID-19. Organización Internacional del Trabajo. Obtenido de https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro-lima/documents/publication/wcms_799790.pdf
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2020). Estadísticas Sanitarias Mundiales. OMS. Obtenido de <file:///C:/Users/pcruz/Downloads/9789240011953-spa.pdf>
- OMS. (2020). Prevención y control de las infecciones respiratorias agudas con tendencia epidémica y pandémica durante la atención sanitaria. Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (2022). Calidad de la atención. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: https://www.who.int/es/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1
- OMS. (2022). Las 10 principales causas de muerte en general. Obtenido de Organización Mundial de la Salud : <https://news.un.org/es/story/2020/12/1485362>
- Onofre, C. (2014). Valoración de la calidad de atención en el área de emergencia a los pacientes del Hospital León Becerra año 2013 sede Milagro. [Tesis de maestría] Universidad de Guayaquil.
- Obando. (2016). Enfoque estratégico prospectivo de comunicación para la salud. *alcance, revista cubana de informacion y comunicacion*, 18.
- OPS. (2003). Programa de mejora de la calidad. Santo Domingo: Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social .
- OPS. (2022). Financiacion de la atención de la salud. Obtenido de Organización Panamericana de la Salud: <https://www.paho.org/es/temas/financiacion-atencion-salud>

- Parrales, C. (2021). Rol del terapeuta respiratorio en la prevención del neumía asociada al ventilador. ACVENIS. doi:<https://doi.org/10.47606/ACVEN/MV0061>
- Patiño, Y. (2021). Plan de asigantura y plan de secuencia didáctica, Terapia respiratoria. [Tesis de grado]. Universidad Mayor de San Simón.
- Prado, A., & Salinas, P. (2011). . Asistencia ventilatoria no invasiva domiciliaria en niños: impacto inicial de un programa nacional en Chile. *Revista Chilena a Pediatría*, 82(4), 289-299. Obtenido de <https://www.respiratorytherapistlicense.com/what-is-a-respiratory-therapist/>
- Risso, N. (2016). A cloud-based mobile system to improve respiratory therapy services. *Journal of Biomedical Informatics*, 9.
- Rodríguez Téllez, B., & Franco Granillo, J. (2015). Historia y filosofía de la medicina. *Historia de la medicina crítica*, 159.
- salud, i. a. (2015). breve historia de la medicina intensiva. *enfermo critico*, 10.
- sierra. (2017). politicas de comunicacion e integracion economica intercontinental. *ulepicc*, 498.
- Raimondi, C. (2007). Monitoreo Respiratorio y su rol en Terapia Intensiva. *Americana de Medician Respiratoria*, 7(2), 48-50.
- Ramírez, T., Nájera, P., & Nigenda, G. (1998). Percepción de la calidad de atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. *Salud Pública Mex*, 40(1), 3-12. Obtenido de <https://www.scielosp.org/pdf/spm/v40n1/Y0400102.pdf>
- RANM. (2022). Neumonía. Obtenido de Real Academia Nacional de Medicina de España: https://dtme.ranm.es/buscador.aspx?NIVEL_BUS=3&LEMA_BUS=tratamiento
- RANM. (2022). Tratamiento. Obtenido de Real Academia Nacional de Medicina de España: https://dtme.ranm.es/buscador.aspx?NIVEL_BUS=3&LEMA_BUS=tratamiento

- Roldán, P., Vargas, C., Giraldo, C., Valencia, G., Claudia, G., & Salamanca, L. (2001). Evaluación de la calidad en la atención en salud. Un estudio de caso. *Colombia Médica*, 32(1), 14-18. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/283/28332104.pdf>
- Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. (2017). ScienceDirect. *Elsevier*, 371.
- Suzuki, P. M. (2015). *Journal of Critical Care*. *ELSEVIER*, 1237.
- tellez, R. (2015). *Historia y filosofía de la medicina*. españa: elsevier.
- Secretaría Nacional de Planificación. (2021). Plan de Creación de Oportunidades. Obtenido de Secretaría Nacional de Planificación: <http://oportunidades.planificacion.gob.ec/Plan2125/>
- Silio, J., Matamala, M., & Pacheco, C. (1998). Monitoreo respiratorio en terapia intensiva: comparación de la medición subjetiva y objetiva de la presión del manguito de control de tubos endotraqueales / Respiratory monitoring in critical care: comparison between subjective and objective measurement o. *Med. intensiva*, 15(1), 10-16.
- Undurraga, F. (2015). High Tidal Volume Decreases Adult Respiratory Distress Syndrome, Atelectasis, and Ventilator Days Compared with Low Tidal Volume in Pediatric Burned Patients with Inhalation Injury. *Journal of the American College of Surgeons*, 578.
- Universidad Católica de Santiago de Guayaquil [UCSG]. (2022). Maestría Gerencia en Salud. Obtenido de Universidad Católica de Santiago de Guayaquil: <https://www.ucsg.edu.ec/posgrado/pos143178/>
- Vásquez Conforme, J. a., & Anchundia Pico, C. G. (2021). Impacto de la fisioterapia respiratoria en pacientes adultos mayores post Covid. *Recimundo*, 222-229.
- Villena, V. (2011). *Conceptos y estrategias en Terapia Respiratoria*. Palibrio. doi:9781463306823

Weilacher, R. (2021). AARC- 50 AÑOS DE SERVICIO. *American Association for respiratory care*, 10.

Weimer, M. (2015). Current issues in respiratory. *journal of home health care*, 8.

www.masterspublichealth.net. (2021). Obtenido de <https://www.masterspublichealth.net/faq/what-is-a-quality-improvement-manager-in-health/>

Zuñiga, J. (2019). Cumplimiento de las normas de bioseguridad. Unidad de cuidados intensivos. Hospital Luis Vernaza. *Revista Eugenio Espejo*, 13(2), 28-38.
doi:<https://doi.org/10.37135/ee.004.07.04>

Zurita, B. (1997). Calidad de la atención de la salud. *Anales de la Facultad de Medicina*, 58(1), 9-13.

Apéndices

Apéndice A. Cuestionario de calidad

Encuesta de calidad

Estimados el presente cuestionario tiene como finalidad conocer sobre la calidad de atención recibida en el área de terapia respiratoria. La información entregada será totalmente confidencial; agradecemos por su tiempo.

* Required

1. Género

- Femenino
- Masculino

2. Estado civil

- Casado
- Soltero

3. ¿Cuál es su parentesco con el bebe?

- Papá
- Mamá
- Otro

4. Grado de escolaridad

- Sin estudios
- Primaria
- Secundaria
- Bachillerato
- Universitario
- Masterado

5. Situación ocupacional

- Desempleado
- Hogar
- Empleado
- Jubilado
- Estudiante

6. Edad

- 18-24
- 25-33
- 34-42
- 43-51
- 52-60

7. Medición de variables por escala Likert *

	Desfavorable	Medianamente favorable	Favorable
El Doctor muestra prepotencia al dirigirse a usted	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El Doctor muestra inseguridad y lentitud cuando atiende a su niño (a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El Doctor es indiferente al procedimiento al que será sometido su niño (a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El Doctor le explica la posible complicación del tratamiento que recibe su hijo (a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El Doctor le atiende rápidamente cuando su hijo (a) presenta dolor y otras molestias (llanto)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El Doctor informa oportunamente los procedimientos y tratamientos que se va a realizar a su niño (a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El Doctor le explica en qué consiste el procedimiento y/o tratamiento al que será sometido su hijo (a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Desfavorable	Medianamente favorable	Favorable
Cuando tiene una necesidad para el cuidado de su hijo acude al Doctor, él siempre está presente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El Doctor emplea palabras difíciles cuando va a explicarle sobre la enfermedad de su hijo (a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El Doctor se organiza y realiza con rapidez los procedimientos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El Doctor le dedica el tiempo necesario para atender a su hijo (a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El Doctor muestra preocupación por su privacidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El Doctor observa las necesidades que su hijo (a) tiene en forma periódica y regular	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El Doctor al inicio del turno, le saluda cuando ingresa al ambiente de su hijo (a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El Doctor identifica y soluciona los problemas que pudiera presentar su niño (a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El Doctor se dirige a usted y a su hijo (a) con gestos amables	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Desfavorable	Medianamente favorable	Favorable
Durante su estancia en el hospital se siente tranquilo por la atención que le brinda el Doctor a su hijo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuando hay mucho ruido en el ambiente el Doctor se preocupa por disminuir el ruido y facilitar el descanso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El Doctor muestra preocupación para que su hijo descanse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El Doctor muestra preocupación por la alimentación de sus hijo (a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. (continuación) *

	Desfavorable	Medianamente favorable	Favorable
El Doctor se preocupa que el ambiente donde está su hijo, se encuentre limpio y ordenado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El Doctor permite que usted le haga preguntas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El Doctor le permite expresar sus temores y preocupaciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El Doctor le llama a su hijo por su nombre al atenderlo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Perea Angulo Johan Zein, con C.C: # 0930302807 autor del trabajo de titulación: *Análisis de la calidad de los servicios del área de terapia respiratoria del Hospital Dr. Roberto Gilbert E.* previo a la obtención del grado de **MAGISTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

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

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

Guayaquil, 17 de febrero de 2023



f. _____
Nombre: Perea Angulo Johan Zein
C.C: 0930302807

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA			
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN			
TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Análisis de la calidad de los servicios del área de terapia respiratoria del Hospital Dr. Roberto Gilbert E.		
AUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Perea Angulo, Johan Zein		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Mendoza Villavicencio Christian Ronny Bajaña Villagómez, Yanina		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
UNIDAD/FACULTAD:	Sistema de Posgrado		
MAESTRÍA/ESPECIALIDAD:	Maestría en Gerencia en Servicios de la Salud		
GRADO OBTENIDO:	Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	17/02/2023	No. DE PÁGINAS:	81
ÁREAS TEMÁTICAS:	Calidad, Salud, Terapia Respiratoria		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Terapia respiratoria, calidad, salud, atención de la salud		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):			
<p>El presente estudio tiene como objetivo Analizar la calidad de los servicios del área de Terapia Respiratoria del Hospital Dr. Roberto Gilbert. Para ello, se realiza una investigación de enfoque cuantitativo y diseño no experimental y corte transaccional. El método de la investigación es deductivo, la muestra de la investigación es de tipo no probabilística y muestreo por conveniencia. El instrumento de medición consta de tres dimensiones: (a) Humana; (b) Técnico y; (c) Confort y tiene un indicador de alfa de Cronbach de 0.85. Los hallazgos demográficos es que la población está distribuida por géneros en 18% Masculino y un 82% Femenino. La edad con más frecuencia de los encuestados está entre el rango de 34 y 42 años con un 57% de la muestra, seguido del rango de 25-33 años con 23%. En cuanto a la persona que se encuentra al cuidado del neonato en el hospital el 77% son Madres y el 12% son Padres y, el 11% tienen algún otro tipo de relación. Las variables mejor valoradas son: Cuando hay mucho ruido en el ambiente el Doctor se preocupa por disminuir el ruido y facilitar el descanso, El Doctor muestra preocupación para que su hijo descanse. Los aspectos a mejorar pertenecen a las variables que conforman las dimensiones de Humana y Técnico-Científico. La primera dimensión, según los encuestados valoraron en un 8.3% como “Desfavorable”, un 81.7% como “Medianamente favorable” y, un 10% como “Favorable”; mientras de que la segunda dimensión, según los encuestados valoraron en un 6.7% como “Desfavorable”, un 53.3% como “Medianamente favorable” y, un 40% como “Favorable”. De ahí que, se propone un plan de mejora por medio de estrategias que se pueden emplear para fortalecer los puntos positivos y mejorar los puntos negativos o críticos y permitirá incrementar de forma significativa la eficacia de la oferta presente y cumplir con las necesidades de los pacientes.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-997578075	E-mail: Johan.perea@cu.ucsg.edu.ec	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Núñez Lapo, María de los Ángeles		
	Teléfono: 043804600 / 0997196258		
	E-mail: maria.nunez@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			



**Presidencia
de la Repúb
del Ecuador**



**Plan Nacio
de Ciencia, Tecno
Innovación y Sal**



SENESCY
Secretaría Nacional de Educación Sup
Ciencia, Tecnología e Innovación

Nº. DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):	