UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN
Y TECNOLOGÍA MÉDICA
UNIDAD DE POST GRADO

Satisfacción de la atención en salud de la población que viene a consulta en el Instituto de Rehabilitación Infantil en la gestión 2013

POSTULANTE: Dr. Sandy Cadena Arano
TUTOR: Lic. Lexin Arandia Saravia

Tesis de Grado presentada para optar al título de Magister Scientiarum en Salud Publica Mención Gerencia en Salud
La Paz – Bolivia
2014

Para evaluar localidad de la atención médica debe uno empezar por descifrar un misterio: el significado de lo que es localidad misma. Falta por ver si esto se puede hacer cardando pacientemente varias hebras o debe uno ya desesperadamente usar una espada para cortar el nudo gordiano.

Avedis Donabedian

DEDICATORIA

Dedico a Dios por permitirme alcanzar esta meta en mi vida y concederme la oportunidad de crecer como persona a nivel profesional.

A mi familia por su constante motivación, animo, comprensión y paciencia a lo largo de mi vida.

AGRADECIMIENTO

Agradezco:

A Dios por darme la vida diaria y permitirme ayudar a través del don que me otorgó.

A quienes me brindaron durante este tiempo sus conocimientos, experiencias, asesoría y amistad para guiarme por el camino del éxito.

Al Lic. Lexin Arandia por su gran colaboración y apoyo incondicional en la realización de este trabajo.

Al personal y los pacientes del Instituto de Rehabilitación Infantil por su apoyo en la realización de este trabajo.

Al Servicio Departamental de Gestión Social (SEDEGES) por el apoyo y el tiempo para la realización del trabajo.

A mi familia por ser la parte fundamental en el apoyo para la realización del trabajo.

INDICE

	INDICE GENERAL	PAG.
1.	INTRODUCCION	1
2.	JUSTIFICACIÓN DEL TEMA	2
3.	FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	3
3.1.	FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA	3
3.1.1.	HECHOS OBSERVABLES	4
3.1.2.	ANTECEDENTES	5
3.1.3.	LOS SINTOMAS	5
3.2.	IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	5
3.3.	ANÁLISIS DEL PROBLEMA	5
4.	HIPÓTESIS	8
4.1.	HIPÓTESIS PRINCIPAL	8
4.2.	VARIABLES INDEPENDIENTE, DEPENDIENTE, OBJETO	8
4.3.	HIPÓTESIS NULA	8
4.4.	HIPÓTESIS ALTERNA	8
5.	OBJETIVOS	10
5.1.	OBJETIVO GENERAL	10
5.2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
6.	ENFOQUE METODOLOGÍCO	12
7.	ALCANCES	12
7.1.	ALCANCE SECTORIAL	12
7.2.	ALCANCE SUBSECTORIAL	12
7.3.	ALCANCE INSTITUCIONAL	12
7.4.	ALCANCE ESPACIAL	12
7.5.	ALCANCE TIEMPO	12
8.	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	12
9.	MARCO TEÓRICO	13
9.1.	ASPECTO CONCEPTUAL	13
9.1.1.	SATISFACCION DE ATENCION EN SALUD	13
9.1.2.	COMPONENTES DE SATISFACCION	14
9.1.3.	LOS ACTORES EN LA EVALUACION DE SATISFACCION	16

9.1.4. LOS ENFOQUES Y LAS METODOLOGÍAS	17
9.1.5. LA MEDICION DEL NIVEL DE SATISFACCION	24
9.1.6. LA CALIDAD PERCIBIDA	24
9.1.7. LA CALIDAD ESPERADA	24
9.1.8. LA CALIDAD LATENTE	25
9.1.9. CLIENTES INTERNOS	25
9.1.10. CLIENTES EXTERNOS	25
9.1.11. CALIDAD ORIENTADA AL CLIENTE	26
9.1.12. SATISFACCION	28
9.1.13. CALIDAD DE ATENCION MEDICA	28
9.1.14. ENFOQUE MEDICO-ADMINISTRATIVO	28
9.2. ASPECTO JURÍDICO	29
9.2.1. CONSTITUCION POLITICA DEL ESTADO	29
9.2.2. LEY 223 DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD	29
9.2.3. LEY CODIO NIÑO, NIÑA, ADOLESCENTE	29
9.2.4. QUE ES DISCAPACIDAD	30
9.2.5. QUE ES INCAPACIDAD	30
9.3. ASPECTO HISTORICO	30
9.4. ASPECTO INSTITUCIONAL	30
9.4.1. ANTECEDENTES	30
9.4.2. MISIÓN INSTITUCIONAL	31
9.4.3. VISIÓN INSTITUCIONAL	31
9.4.4. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL	31
9.4.5. SERVICIOS CON LOS QUE CUENTA EL INSTITUTO	31
10. MARCO PRACTICO	33
10.1. TIPO DE INVESTIGACION	33
10.1.1. SEGÚN SU OCURRENCIA	33
10.2. UNIVERSO	33
10.3. MUESTRA	34
10.3.1. TIPO DE MUESTREO	34
11. OPERATIVIZACION DE VARIABLES	35
11.1. ENCUESTAY GRUPOS FOCALES	37
11.2. ENCUESTA AL PERSONAL DEL INSTITUTO	37
11.3. INSTRUMENTOS DE RECOPILACION DE DATOS	38
11.3.1. ENCUESTA	38

11.3.2. TECNICA DE GRUPOS FOCALES	39
12. RESULTADOS	40-85
13. CONCLUSIONES	86-87
14. RECOMENDACIONES	88
15. MARCO PROPOSITIVO	89
15.1. PROGRAMA DE GESTION DE CALIDAD EN SALUD	89-92
16. BIBLIOGRAFÍA	93-94
17. ANEXOS	
17.1. ANEXO 1 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	95
17.2. ANEXO 2 SUSTENTO LEGAL	96-100
17.3. ANEXO 3 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL	101
17.4. ANEXO 4 CUESTIONARIO A LOS PACIENTES	102-104
17.5. ANEXO 5 ENCUENTA GRUPOS FOCALES	105
17.6. ANEXO 6 ENCUENTA A LOS FUNCIONARIOS	106
17.7. ANEXO 7 ESQUEMA DE PROGRAMA DE GESTION DE CALIDAD EN SALUD	107

ÍNDICE DE CUADROS	PAG.

1. CUADRO Nº1 CUANTIFICACION DE ATENCIONES	4
2. CUADRO Nº2 METODOLOGIA DE INVESTIGACION	12
3. CUADRO Nº3 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES (ANEXO Nº1)	13-(100)
4. CUADRO Nº4 OPERATIVIZACION DE VARIABLES	35-36

INDICE DE GRAFICOS	PAG.

1. GRAFICO Nº 1 ARBOL DE PROBLEMAS	7
2. GRAFICO Nº 2 ESQUEMA DE LAS VARIABLES	9
3. GRAFICO Nº 3ARBOL DE OBJETIVOS	11
4. CUADRO Nº3 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	13
5. CUADRO Nº4 OPERATIVIZACION DE VARIABLES	36

INDICE DE TABLAS	PAG.
TABLA Nº1	40
TABLA Nº2	41
TABLA Nº3	42
TABLA Nº4	43
TABLA Nº5	44
TABLA Nº6	45
TABLA Nº7	46
TABLA Nº8	47
TABLA Nº9	48
TABLA Nº10	49
TABLA Nº11	50
TABLA Nº12	51
TABLA Nº13	52
TABLA Nº14	53
TABLA Nº15	54
TABLA Nº16	55
TABLA Nº17	56
TABLA Nº18	57
TABLA Nº19	58
TABLA Nº20	59
TABLA Nº21	60
TABLA Nº22	61
TABLA Nº23-24	62
TABLA Nº25	63
TABLA Nº26	64
TABLA Nº27	65
TABLA Nº28	66
TABLA Nº29	67
TABLA Nº30	68

TABLA Nº31	69
TABLA Nº32	70
TABLA Nº33	71
TABLA Nº34	72
TABLA Nº35	73
TABLA Nº36-37	74
TABLA Nº38	75
TABLA Nº39	76
TABLA Nº 40	77
TABLA Nº 41	78
TABLA Nº 42	79
TABLA Nº 43	80
TABLA Nº 44	81
TABLA Nº 45	82
TABLA Nº 46	83
TABLA Nº 47	84
TABLA Nº 48	85

RESUMEN

Los estudios sobre la satisfacción del paciente han producido un notable auge en la aparición de estudios encaminados a promover en los usuarios de los servicios de salud una sensación de agrado con los servicios recibidos. La motivación de este tipo de estudios es, a nuestro entender, doble. Por un lado, responde a la presión social ejercida por los usuarios en su derecho de opinar sobre el servicio otorgado; por otro, a la evidencia empírica de que la satisfacción del paciente es un indicador del cumplimiento adecuado de los servicios ofrecidos.

La repercusión de la satisfacción del paciente en la calidad de la atención médica ha sido centro de debate en los espacios educativos y asistenciales; la satisfacción del paciente en relación con los servicios de salud es un punto nodal para determinar la calidad de la atención médica que se presta. Se entiende la satisfacción del paciente, "como una medida de eficacia e incluso de control objetivo de la calidad de los servicios de salud".

Partiendo de este punto el presente estudio se realizó en el Instituto de Rehabilitación Infantil, el año 2013 con el objetivo de evaluar la insatisfacción de los pacientes a los servicios de salud que se prestan en el Instituto, con el fin de evaluar el desempeño del personal y la satisfacción de los pacientes para mejorar y reforzar las áreas que están con más debilidades institucionales en cuanto a atención en salud.

En un inicio se piensa como la insatisfacción de la atención en salud de la población que viene a consulta en el Instituto de Rehabilitación Infantil se presenta, siendo nuestra hipótesis la inadecuada coordinación interna de los profesionales en salud y área administrativa promueve la insatisfacción de los pacientes en la calidad de atención en salud en el Instituto de Rehabilitación Infantil en la gestión 2013.

En el estudio se tomaron 200 pacientes como muestra de estudio, se realizó un estudio prospectivo transversal cuantitativo detallado en cuestionario y grupos focales, de los cuales se plasmó los resultados en tablas y gráficos de frecuencias y porcentajes de lo reflejado, para ver la satisfacción o no de los pacientes a la atención en salud. También se realizó una encuesta al personal del Instituto para ver la presencia de coordinación o no de los funcionarios.

Los resultados más sobresalientes que se dan a conocer son la calidad de atención que se brinda es en termino de 79.5% bueno y 13% regular, no se llega a tener insatisfacción por la parte infraestructural ya que el 64% de los pacientes piensa que la parte infraestructural es adecuada, y con respecto al equipamiento el 60.5% piensa que es suficiente para realizar tratamientos asistenciales.

La respuesta dentro los grupos focales de igual manera dan a conocer que si se cumplió sus expectativas asistenciales para el 80% de los pacientes, corroborando el anterior análisis.

En cuanto a la relación de coordinación entre el personal se dio a conocer que el 81.3 % no realiza coordinaciones entre el propio personal y el 18.8% da a conocer que si realiza las coordinaciones necesarias para el cumplimiento de sus funciones.

La propuesta que se lleva a cabo es la de implementación de un programa de gestión de calidad en salud del Instituto de Rehabilitación Infantil, el mismo generara una dinámica de trabajo que enmarque mejor calidad de atención en salud para promover la satisfacción de la población que viene a realizar sus diversas consultas, pero la realización del programa abarca más el relacionamiento, comunicación fluida y trabajo en equipo de parte de todo los trabajadores del instituto.

1. INTRODUCCIÓN

La Satisfacción de Atención en Salud no puede definirse desde el punto de vista exclusivo de un actor del sistema de salud.

Para el paciente, los aspectos tales como la amabilidad y disponibilidad de tiempo del prestador de servicios, las características físicas del sitio en donde recibe la atención, el tiempo que transcurre entre el momento en que solicita el servicio, los resultados, las complicaciones del proceso, son características que se pueden evaluar fácilmente y determinar su valoración en la satisfacción. Por el contrario, la idoneidad del prestador de servicios y el nivel de actualización de la tecnología empleada durante su atención, son aspectos que también se deben valorar y evaluar porque son parte de la satisfacción en la atención de salud.

Para el prestador de servicios, sin desconocer la importancia de lo anterior, la valoración de la satisfacción se soporta en los aspectos que se denominan científicos, técnicos y tecnológicos involucrados en el proceso, tales como credenciales y experiencia de los profesionales y tecnología disponible, son herramientas útiles para poder logar una buena satisfacción de atención si son bien dirigidas.

El resumen anterior sirve para ilustrar cómo la satisfacción en salud no depende de una sola característica, sino de múltiples aspectos, cada uno apreciado y valorado de manera diferente según el actor del sistema que trate.

Los análisis sobre satisfacción de atención realizados por el sector salud se han centrado en la relación existente entre el personal sanitario y el paciente en el acto médico y más concretamente, en la relación que se establece entre el médico y el paciente. La satisfacción de atención es entendida casi exclusivamente como una responsabilidad individual, pero no se han analizado las causas y consecuencias que conllevan dichas responsabilidades individuales (no tratar adecuadamente al paciente, no hablar su idioma), es decir, los aspectos sociopolíticos que las condicionan. De manera que en esta investigación se quiere incorporar los aspectos razonables, a fin de poder analizar cómo inciden en la satisfacción de atención que se presta en los servicios de salud.

La presente investigación se ha centrado en describir y analizar los significados que otorgan al concepto de satisfacción de atención a los pacientes atendidos que vienen a consulta de las áreas geográficas en donde se encuentran los servicios de salud del Instituto de Rehabilitación infantil.

La necesidad de integrar a las personas ante la complejidad que rodea la temática de satisfacción de atención en los servicios de salud pública se lleva a cabo el trabajo de campo y la recopilación de datos, siendo estos cruciales para saber cómo se está manejando el Instituto y como se debería llegar a evaluar y manejar.

El presente trabajo se realizó de acuerdo a un cronograma de actividades que se ve reflejado en el (Anexo Nº 1)

2. JUSTIFICACIÓN DEL TEMA

La satisfacción de atención en los servicios de salud se ha transformado en uno de los aspectos fundamentales de la medicina actual. Los innumerables problemas surgidos durante las últimas décadas, derivados de la creciente complejidad de los sistemas de salud, aunados a las mayores exigencias por parte de los enfermos y sus familiares, así como los incrementos en los costos de atención, exigen soluciones efectivas que garanticen que los enfermos reciban los tratamientos adecuados, en el momento oportuno y dentro de un marco de equidad, respeto a sus valores y derechos.

La magnitud y el incremento de los problemas que enfrenta la medicina actual se equiparan en cierta forma a la dimensión y velocidad con la que se ha desarrollado la tecnología durante las últimas décadas. Desafortunadamente, la velocidad del cambio ha sido tal que a muchos, deslumbrados ante las oportunidades que brindan los recursos tecnológicos, les resulta difícil distinguir entre los beneficios y los problemas surgidos, y por tanto, no logran captar la realidad de la situación. Nadie duda de los beneficios de los avances de la ciencia y tecnología; sin embargo, existen serias dudas sobre la efectividad de muchos de los

tratamientos disponibles: muchos pacientes no reciben los que requieren en el momento en que los necesitan; se han incrementado en forma muy importante los errores en la atención de los enfermos; con frecuencia se violentan los derechos de los pacientes y han aumentado los costos de atención médica, con el consecuente crecimiento de los problemas de inequidad.

Ante esta realidad se han propuesto diferentes modelos para mejorar la calidad de atención médica, todos con el objetivo de resolver los problemas planteados en la medicina actual.

Cada modelo de atención tiene ventajas y desventajas, sin que hasta el momento exista uno solo que en forma consistente ofrezca un nivel en satisfacción en atención.

Este tema está relacionado a la problemática actual que se aprecia en muchos centros asistenciales que no dan una buena atención a los pacientes promoviendo insatisfacción y rechazo de la población a los centros asistenciales de servicio público. Esto limita el accionar de políticas gubernamentales que tratan de disminuir las enfermedades prevalentes que son la principal causa de epidemias o endemias que se presentan en el país, a nivel singular esto conlleva a baja de coberturas y limitada atención en salud en el área pública que se refleja en altas tasa de prevalencia de enfermedades.

3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

3.1. FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

El Instituto en la actualidad presta servicios de acogimiento temporal a 23 internos con diferentes tipos de discapacidad física que ameritan tratamientos por las áreas que corresponden.

El área de consulta externa efectúa diagnósticos y tratamientos a pacientes externos en las áreas de Fisioterapia y Kinesiología, Ortopedia y Traumatología Infantil en el orden de 1277 pacientes atendidos por el área de Fisioterapia (gestión 2013) y 1190 en la consulta de

Ortopedia (gestión 2013), vistas y registradas en sus diferentes actas de cuadernos de registro diario, mensual, semestral y anuales, respaldados con informes mensuales, semestrales y anuales a direcciones superiores, registros de caja y libros de consulta.

De un tiempo a esta parte el Instituto de Rehabilitación Infantil presenta una baja en coberturas de atención, no se conoce sus prestaciones por la sociedad, no hay un sistema de referencia y contra referencia de otras instituciones, y no está enmarcada en las políticas gubernamentales de atención a personas con discapacidad como otros entes gestores de este tipo de atención en salud.

3.1.1. Hechos Observables: Se observa actualmente una baja cobertura de atenciones médicas, en comparación a los años anteriores, molestia y quejas con frecuencia de los pacientes, rechazo a la realización de sesiones de fisioterapia, barios comentarios realizados en el buzón de sugerencias.

CUADRO N°1

CUANTIFICACIÓN DE ATENCIONES EN SALUD EN EL INSTITUTO DE REHABILITACION INFANTILÁREA DE ORTOPEDIA (2003-2013)

AÑO	N° DE ESPECIALISTAS	N° DE PACIENTES ATENDIDOS
2003	4 especialistas	748 Pacientes
2004	4 especialistas	850 Pacientes
2005	4 especialistas	1122 Pacientes
2006	3 especialistas	1870 Pacientes
2007	3 especialistas	1564 Pacientes
2008	3 especialistas	1598 Pacientes
2009	3 especialistas	1564 Pacientes
2010	2 especialistas	986 Pacientes
2011	1 especialista	850 Pacientes
2012	1 especialista	680 Pacientes
2013	1 especialista	1190 Pacientes

FUENTE: LIBROS DE CONSULTA DE LOS AÑOS 2003 HASTA 2013

3.1.2. Antecedentes: Se cataloga y se registra las coberturas de los pacientes atendidos por medio de libros de consulta, fichas y recibos institucionales, los mismos están decreciendo progresivamente siendo la posible causa la insatisfacción en la atención en salud promovida por descoordinación de los funcionarios de la institución (informes de gestión 2013).

3.1.3. Los Síntomas: En la actualidad se evidencia insatisfacción por parte de los pacientes por las distintas inquietudes que no se están llegando a contener por parte del personal que trabaja en la institución, esto lleva a cabo una notable baja de coberturas y reducción de metas propuestas en los informes presentados.

Además de evidenciarse una limitada re-consulta por parte de los pacientes o usuarios a distintos tratamientos que el Instituto lleva a cabo, y quejas de los pacientes a diferentes aéreas por estas situaciones que se van presentado.

3.2. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Se evidencia insatisfacción de los pacientes dela calidad de atención de salud por parte de los profesionales en salud y administrativos del Instituto de Rehabilitación Infantil en la gestión 2013

3.3. ANÁLISISDEL PROBLEMA

- La descoordinación delos profesionales en salud y administrativos promueve insatisfacción en los pacientes sobre la calidad de atención en salud en el Instituto de Rehabilitación Infantil en la gestión 2013.
- Causas:
    - Factores laborales: falta de institucionalización, despidos continuos, reubicación del personal a otro tipo de funciones, moral baja, RRHH insuficientes, limitada capacitación, baja escala salarial, descuentos continuos.

- Factores infraestructurales: baja accesibilidad territorial, equipamiento básico para el funcionamiento, salas con capacidad de internación limitadas, barreras arquitectónicas presentes.
- Gestión institucional: falta de trabajo en equipo, ruptura continua de cadena de mando, acoso político social, amedrentamiento institucional,
- Usuarios: conocimiento insuficiente de las prestaciones del instituto, trato poco amable del personal, horario de atención muy limitado, burocracia en la atención, costos poco accesibles de tratamiento.

- Efectos:
  - Impacto económico: bajos ingresos económicos a caja, baja cobertura de pacientes, costo elevado de las deformidades, formación de debilidades institucionales.
  - Impacto social: perdida de mano de obra calificada, disconformidad laboral, limitación de los objetivos institucionales, aumento de la población en riesgo y aumento de población con discapacidad física.
  - Impacto personal: limitada cobertura de atención en salud, faltas frecuentes a su fuente de empleo, desorganización de las prestaciones, perdida de pacientes a otros centros asistenciales, limitada re-consulta asistencial.
  - Gestión: apatía entre el personal, moral baja y rencillas entre funcionarios, descoordinación de trabajo en equipo.

GRAFICO N°1
ÁRBOL DE PROBLEMAS

- Bajos ingresos económicos de caja.
- Bajos ingresos de consulta.
- Costo económico de las deformidades más elevado.
- Formación de debilidades institucionales.

- Perdida de mano de obra calificada.
- Disconformidad laboral.
- Disminución del impacto en salud social.
- Limitación de los objetivos institucionales.
- Aumento de población en riesgo sin tratamiento adecuado y oportuno.
- Aumento de población limitación por discapacidad.

- Limitada cobertura de atención.
- Retraso o falta de asistencia a sus fuentes de trabajo.
- Cambio de estados de ánimo.
- Desorganización de las prestaciones en salud.
- Perdida de pacientes a otros centros asistenciales.
- Negación a una re-atención médica.

IMPACTO ECONÓMICO

IMPACTO SOCIAL

IMPACTO PERSONAL

INSATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE SALUD POR LOS PROFESIONALES EN SALUD Y ADMINISTRATIVOS EN EL INSTITUTO DE REHABILITACION INFANTIL EN LA GESTIÓN 2013

FACTORES LABORALES

FACTORES INFRAESTRUCTURALES

INSATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS

GESTIÓN INSTITUCIONAL

- Despidos continuos.
- Reubicación del personal a otro tipo de funciones.
- Moral baja.
- Recursos humanos insuficientes.
- Limitada capacitación de recursos humanos.
- Sueldos bajos.
- Descuentos continuos.
- Falta de trabajo en equipo.
- Acoso político y laboral
- Ruptura de cadena de mando.
-

- Baja accesibilidad territorial.
- Equipamiento básico para su funcionamiento.
- Infraestructura hospitalaria deficiente.
- Salas con capacidad limitada.
- Barreras arquitectónicas presentes.

- Conocimiento insuficiente de las prestaciones por los usuarios.
- Trato poco amable de parte del personal.
- Horario de atención muy prolongado.
- Burocracia en la atención.
- Costos poco accesibles de tratamiento.

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA BASADA EN EL LIBRO DE METODOS Y TECNICAS DE INVESTIGACION Y APRENDIZAJE (LIC. LEXIN RAMEL ARADIA SARAVIA)

4. HIPÓTESIS

4.1. HIPÓTESIS PRINCIPAL

La inadecuada coordinación interna de los profesionales en salud y área administrativa promueve la insatisfacción de los pacientes en la calidad de atención en salud en el Instituto de Rehabilitación Infantil en la gestión 2013.

4.2 VARIABLES INDEPENDIENTE, DEPENDIENTE Y OBJETO

VARIABLE INDEPENDIENTE: La inadecuada coordinación interna de los profesionales en salud y área administrativa.

CONECTOR: Promueve.

VARIABLE DEPENDIENTE: Insatisfacción de los pacientes en la calidad de atención en salud.

VARIABLE OBJETO: En el Instituto de Rehabilitación Infantil

4.3. HIPÓTESIS NULA

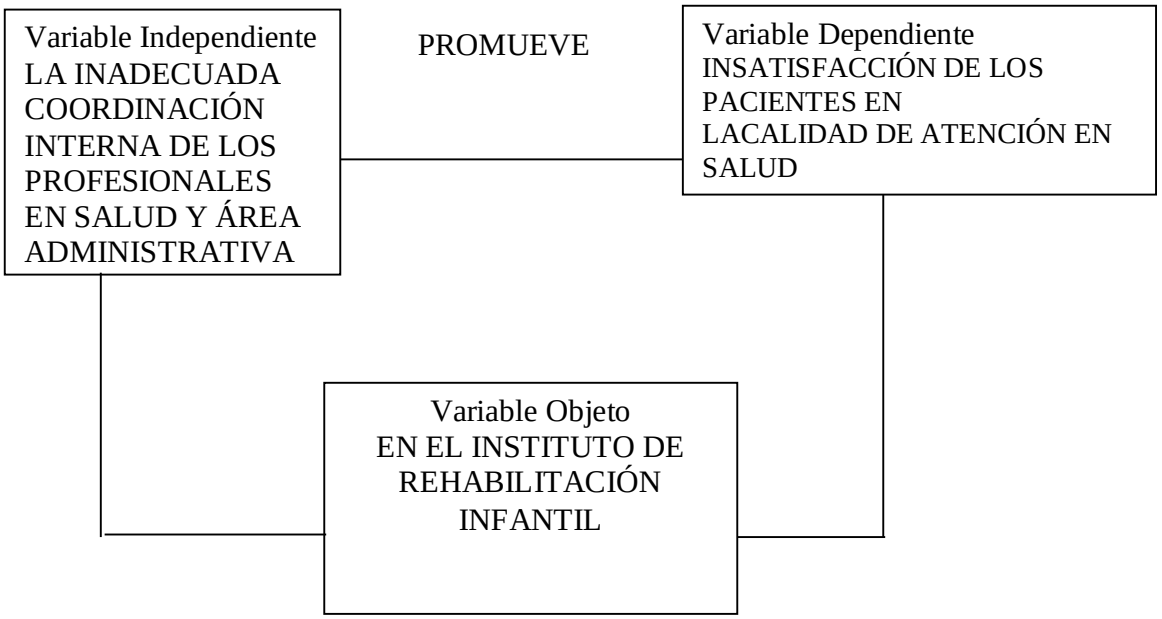
La inadecuada coordinación interna de los profesionales en salud y el área administrativa no promueve la insatisfacción de los pacientes sobre la calidad de atención en salud en el Instituto de Rehabilitación Infantil en la gestión 2013.

4.4. HIPÓTESIS ALTERNA

La inadecuada infraestructura y equipamiento influye en la insatisfacción de los pacientes sobre el nivel de calidad de atención en salud en el Instituto de Rehabilitación Infantil en la gestión 2013.

GRAFICO Nº 2

ESQUEMA DE LAS VARIABLES



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA BASADA EN EL LIBRO DE METODOS Y TECNICAS DE INVESTIGACION Y APRENDIZAJE (LIC. LEXIN RAMEL ARADIA SARAVIA).

5. OBJETIVOS

5.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar a través de la investigación que la descoordinación interna de los profesionales en salud y administrativos promueve la insatisfacción de los pacientes sobre la calidad de atención en salud en el Instituto de Rehabilitación Infantil en la gestión 2013.

5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Establecer el grado de insatisfacción de los pacientes en el Instituto de Rehabilitación Infantil.

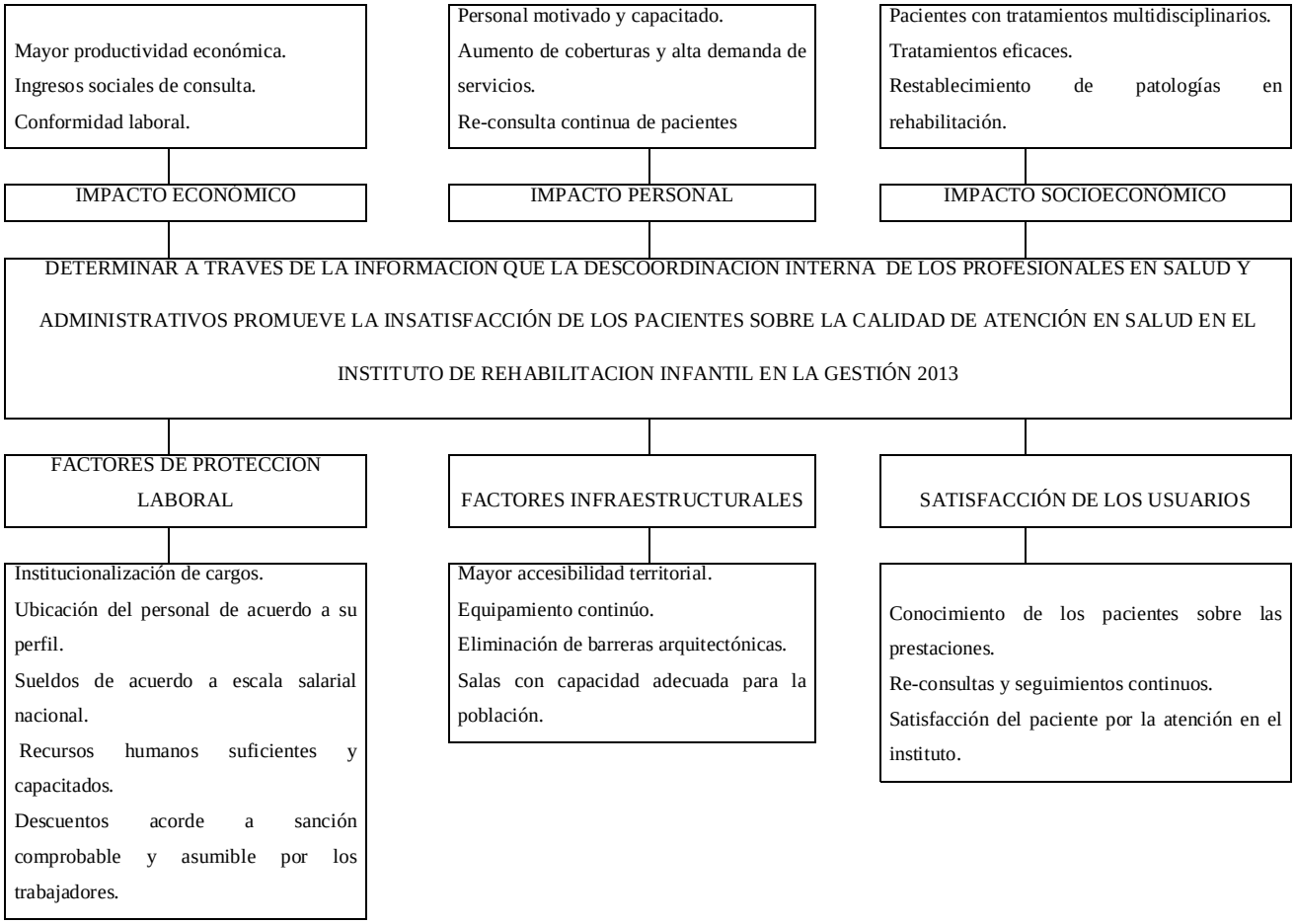
2. Establecer las causas de la insatisfacción de los pacientes a otros factores como los infraestructurales o de equipamiento del Instituto de Rehabilitación Infantil.

3. Determinar el grado de coordinación interna entre el personal asistencial y personal administrativo.

4. Proponer una estrategia de manejo de pacientes en salud que promueva satisfacción en los servicios de salud del Instituto de Rehabilitación Infantil.

GRAFICO N° 3

ÁRBOL DE OBJETIVOS



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA BASADA EN EL LIBRO DE METODOS Y TECNICAS DE INVESTIGACION Y APRENDIZAJE (LIC. LEXIN RAMEL ARADIA SARAVIA).

6. ENFOQUE METODOLÓGICO

CUADRO N°2

ENFOQUE METODOLÓGICO

FACTORES	MARCO GENERAL	MARCO TEÓRICO	MARCO PRACTICO	MARCO PROPOSITIVO
Tipo de Investigación	Prospectiva Explicativa Explorativa descriptivo	Información bibliográfica, cualitativa, básica	Investigación de campo, investigación cuantitativa	Investigación propositiva y operativa
Métodos	deductivo	Deductivo,	Método analógico	Método semiológico
Técnicas e instrumentos	Observación de campo, De casos específicos	Observación documental	Encuesta	Grupos focales
Fuentes de información	Fuentes primarias y secundarias	Fuentes secundarias	Fuentes primarias	Fuentes primarias y secundarias

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA BASADA EN EL LIBRO DE METODOS Y TECNICAS DE INVESTIGACION Y APRENDIZAJE (LIC. LEXIN RAMEL ARADIA SARAVIA).

7. ALCANCES

7.1. SECTORIAL: Sector Salud Publica.

7.2. SUBSECTOR: Área de discapacidad Física.

7.3. ALCANCE INSTITUCIONAL: Instituto de Rehabilitación Infantil (I.R.I.).

7.4. ALCANCE ESPACIAL: Pacientes que realizan tratamientos médicos en el Instituto de Rehabilitación Infantil, Obrajes / C5 y Hector Ormachea, Departamento de La Paz.

7.5. ALCANCE TIEMPO: 2013

8. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES(VER ANEXO Nº1)

9. MARCO TEÓRICO

9.1. ASPECTO CONCEPTUAL

9.1.1. SATISFACCIÓN DE ATENCIÓN EN SALUD

Se define satisfacción como "propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa, que permiten apreciarla como igual, mejoro peor que las restantes de su especie". Como vemos, ya la definición lleva implícito el concepto de satisfacer, pues satisfacer es mejorar atención. [1]

En general, cuando intentamos definir la satisfacción en atención, nos referimos a la capacidad de los servicios de dar respuestas aptas, adecuadas y en correspondencia con las expectativas, las necesidades y las demandas de salud.

Esta definición, que podría considerarse de carácter normativo o ideal, ofrece pocos elementos operativos en el momento de concretar su evaluación. Difícilmente existirá una propuesta única de cómo medir la calidad por tratarse de un concepto que está en función, por una parte de valores de la sociedad en su conjunto y por otra de las expectativas de los diferentes actores del proceso de atención (personal de salud, usuarios, administradores y empresarios).

Hoy se acepta que no existe una definición única de satisfacción que llegue a satisfacera la totalidad de los interesados en el tema, ya que la misma representa un concepto

[1] ISO 9000 (Organización Internacional de Normalización). Norma Internacional: Sistemas de gestión de la calidad — Fundamentos y vocabulario (Traducción certificada).

multifacético que debe ser definido en cada caso en particular en términos de: “satisfacción para quién, definida por quién, para qué y qué aspecto de satisfacción” de manera que hagan operativo el concepto. Como veremos más adelante la manera más práctica de operacionalizar este concepto es a través de sus componentes.

El término “garantía de satisfacción”, que adquiere actualmente cada vez más importancia, se refiere a los intentos sistemáticos para mejorar la calidad de la atención y realizar medidas correctoras para solucionar los problemas detectados.[2]

Esta es la esencia de la garantía de calidad: combinar las evaluaciones con las medidas correctoras.

La garantía de satisfacción se ha desarrollado sobre todo en los hospitales que es la parte más visible y más cara del sistema de salud. En estos establecimientos el personal acepta que la gran cantidad de recursos destinados a la atención deben ser bien utilizados, existe la aspiración de una supervisión en la satisfacción científico-técnica y una creciente preocupación de los profesionales y técnicos de estas instituciones ante el aumento de los juicios de mala praxis; todo esto facilita la implantación de la garantía de satisfacción.[1]

A las circunstancias anotadas, que señalan la dificultad para desarrollar la garantía de satisfacción se suma el hecho de que en ella se manejan más “problemas” que “diagnósticos” lo que hace difícil la normalización.

9.1.2. COMPONENTES DE LA SATISFACCIÓN

La investigación y las actividades de evaluación relacionadas con la calidad dela asistencia sanitaria pueden o deben basarse en las siguientes variables:

2Ginebra: ISO; 2005 Aguirre-Gas H. Calidad de la Atención Médica, op. Cit OMS. Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Ginebra: OMS; 2007

1ISO 9000 (Organización Internacional de Normalización). Norma Internacional: Sistemas de gestión de la calidad — Fundamentos y vocabulario (Traducción certificada).

* Efectividad: El grado en que se alcanzan las mejoras del proceso de atención, en relación con el actual desarrollo de la tecnología.[3]
* Eficiencia: Relación entre el impacto real de un servicio o programa y su costo de producción.

* Adecuación: Relación entre la disponibilidad de los servicios y las necesidades de la población. Esto tiene un componente numérico (cantidad de servicios en relación con las necesidades) y un componente de distribución (disponibilidad de servicios en cada zona y por subgrupos poblacionales).

* Accesibilidad: Es la posibilidad de que un usuario obtenga los servicios que necesita, en el momento y lugar que los necesita, en suficiente cantidad y a un costo razonable. Este componente está estrechamente ligado al de distribución y puede conceptualmente ser incluido en ella.

* Calidad científico técnica: Este es el objetivo más común de los programas de control de calidad y se refiere al nivel de aplicación de los conocimientos y tecnología médicos disponibles actualmente. El término de calidad cuando es utilizado sólo, se refiere casi siempre a este componente.

* Continuidad: Se refiere a la atención del usuario como un todo, en un sistema de atención jerarquizado e integrado de manera que acceda al nivel de atención adecuado para la satisfacción de su necesidad. Este componente puede incluirse en la calidad científica-técnica.

* Satisfacción del usuario y del prestador: Se refiere a la satisfacción del usuario con los servicios recibidos, con los profesionales y con los resultados de la atención. La satisfacción del profesional se refiere a la satisfacción con las condiciones de trabajo y el resultado de la atención.

3DONABEDIAN, A. Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad. Revista de Salud Pública de México 1993;35(3):238-247.

En general estos componentes o variables adquieren diferente importancia según quien sea el actor que los analice: el personal de salud, los usuarios de los servicios, los administradores o los empresarios, pues cada grupo puede tener diferentes objetivos. En general, los profesionales ponen mayor énfasis en la evaluación de la calidad científico técnica, los usuarios en los aspectos psicosociales y los administradores y empresarios del sector salud, en la eficiencia.

Estas generalizaciones pueden variar, para los mismos actores: en circunstancias diferentes. Los estudios muestran que los pacientes internados en hospitales, por estar en muchos casos gravemente enfermos valoran sobre todo la competencia profesional.

9.1.3. LOS ACTORES EN LA EVALUACIÓN DE SATISFACCIÓN[4]

En la atención de salud podemos distinguir, según las características del sistema de salud, cuatro tipos de actores interesados en el control de satisfacción: los usuarios, el personal de salud, los administradores y los empresarios.

En algunos casos pueden coincidir los intereses de los profesionales y de los administradores, en otros pueden unirse los intereses de los administradores y de los empresarios. También en algunos casos pueden estos intereses estar en conflicto o bien los requerimientos variar según el servicio o la institución de que se trate (público, privado, seguridad social).

Este juego de intereses puede resultar claro si se analizan las expectativas delos actores frente a algunos de los componentes de calidad. Así por ejemplo, desde el punto de vista de los usuarios el cumplimiento de los criterios de accesibilidad, con sus componentes de distribución y cantidad puede interpretarse como una red de hospitales grandes y de alta

[4]WILLIAMS B. Patientsatisfaction: ¿a valid concept? Social Science& Medicine 1994; 38.

complejidad, mientras para los administradores esto puede significar un sistema por demás ineficiente.

El punto de vista de los usuarios se ha descuidado por mucho tiempo, pero actualmente viene adquiriendo un interés creciente, ya que existe una mayor concientización sobre la importancia de este punto de vista entre los demás actores y una presión cada vez mayor de los usuarios por hacer oír sus intereses. Lo importante es que los pacientes tienen sus propios puntos de vista de lo que es una buena práctica médica, a pesar de que puede variar según sus estilos de vida, edades, condiciones socioeconómicas, educación, tipo de institución en que son tratados y tipo de servicio que reciben.

9.1.4. LOS ENFOQUES Y LAS METODOLOGÍAS

Con un enfoque sistémico, en la producción de servicios de salud pueden reconocerse tres componentes: estructura, proceso y resultado. Esta división, propuesta originalmente ha sido aceptada como punto de partida para clasificar los enfoques de los programas de control de satisfacción.[5]

El grado de desarrollo de metodologías de evaluación, basadas en estos tres enfoques ha sido diferente y en general se usan en circunstancias también diferentes. Los primeros intentos para introducir el control de calidad se basaron en la búsqueda de buenos resultados. Cuando muchos de éstos métodos se mostraron muy dificultosos, los pioneros del control de calidad se volcaron a los enfoques estructurales y últimamente se está poniendo un énfasis creciente en la evaluación del proceso.

Si bien hubo grandes discusiones respecto al valor de cada uno de estos enfoques, actualmente no hay duda respecto a que el énfasis de las evaluaciones debe ponerse en la evaluación de procesos y resultados y que el enfoque estructurales el que menos información suministra respecto a real satisfacción de servicios.

[5]VALARIE A. ZEITHAML A. PARASURAMAN LEONARD L. BERRY (Ed. Díaz de Santos - 2003) Calidad total en la gestión de los servicios.

Sin embargo metodologías que combinen los tres enfoques permiten una evaluación multidimensional, ayudan a identificar los sitios y las causas del fracaso de la calidad y asegura acciones correctoras más apropiadas.

En general, todas las metodologías de evaluación desarrollan las siguientes etapas: a) Elección de los componentes a evaluar (efectividad, eficiencia, accesibilidad, adecuación, calidad científico-técnica, continuidad, satisfacción del usuario y el prestador); b) Elección del enfoque (estructura, proceso y resultado); c) Elección del fenómeno a medir, d) Formulación de los estándares o criterios con los cuales comparar, e) Obtención y análisis de la información, f) Propuesta de medidas correctoras.

El control de calidad puede aplicarse a través de evaluaciones internas, externas y compartidas, según quiénes sean los responsables de llevarlas a cabo.

Las evaluaciones internas son realizadas por el propio personal de la institución evaluada. En la evaluación externa se designa personal ajeno a la institución, en algunos casos asesores con experiencia en esa actividad, personal de otras institución es estatales, de asociaciones profesionales, de una empresa comercial, etc. En general la selección de este personal depende de los objetivos de la evaluación.

La evaluación externa está menos sujeta a acusaciones de encubrir o disimular. La interna es más aceptada por los profesionales y más relevante para la identificación de problemas y propuesta de soluciones. Deben ser externas las evaluaciones destinadas a aclarar sospechas de fraudes, hechos políticos, acreditación de establecimientos, habilitación o apertura de establecimientos.

La evaluación compartida, con asesores o evaluadores externos y el personal delos propios servicios, ofrece la ventaja de sumar a la experiencia de los primeros, el compromiso e interés del personal que brinda la atención.[5]

Es claro que el monitoreo de la satisfacción de la atención debe complementarse con información que recoja la perspectiva de los usuarios, a fin de lograr el propósito de la integralidad de las acciones. Evaluar la calidad de la atención desde la perspectiva del usuario es cada vez más común, pues permite, mediante un proceso de investigación relativamente rápido, obtener un conjunto de conceptos y actitudes asociados en relación con la atención recibida, con los cuales se adquiere información que beneficia a la entidad prestadora de los servicios de salud, a los prestadores directos y a los usuarios mismos en sus necesidades y expectativa. [4]

En primer lugar, el proyecto siguió los enfoques conceptuales de Donabedian y Williams, en los que se reconoce que la satisfacción del usuario deber ser incluida en las evaluaciones del aseguramiento de la calidad, como un atributo de un cuidado de calidad; como un legítimo y deseable resultado, dado que la atención en salud no puede ser de alta calidad a menos que el usuario esté satisfecho. Por tanto, la satisfacción del usuario se entiende como uno de los atributos de la calidad.

Existe un grado de tolerancia que el usuario está dispuesto a aceptar, caso contrario no regresará. Esta respuesta es más visible en la producción y en los servicios donde él puede tener libre selección; lo que no acontece siempre en los servicios de salud, donde se puede encontrar con un único proveedor. Sin embargo, aún en este caso, el usuario podría optar por cambiar de establecimiento aunque pertenezca al mismo proveedor. De aquí surge el concepto no solo de satisfacción sino de fidelidad del usuario, que significa que regrese a buscar servicios en el mismo lugar.[6]

---

[5]VALARIE A. ZEITHAML A. PARASURAMAN LEONARD L. BERRY (Ed. Díaz de Santos - 2003) Calidad total en la gestión de los servicios.

[4]WILLIAMS B. Patientsatisfaction: ¿a valid concept? Social Science& Medicine 1994; 38.

Por su parte, en la definición de “usuario” se consideró que se trata de una persona con necesidades y preocupaciones, cuya emoción está muy afectada especialmente si va por servicios curativos y seguramente no siempre tiene la razón, pero tiene que estar en primer lugar si una institución de atención en salud se propone servir con calidad.

Establecer una metodología para medir la satisfacción en los servicios es un asunto que hoy aún resulta bastante complejo, entre otras razones porque no existe aún un consenso frente a la definición de este concepto. Las escalas de medición de la calidad son discutidas de manera abundante en la literatura. Sin embargo, en principio, se reconocen dos formas de medir la satisfacción de los servicios: una, desde el punto de vista del oferente, como adaptación a las especificaciones establecidas para la prestación y la otra desde la perspectiva del usuario.

No sólo la evaluación general de la satisfacción delos servicios, sino la identificación de las dimensiones de satisfacción o de los factores críticos determinantes de la satisfacción del usuario, deben ser retos de las políticas de orientación hacia el usuario, por parte de las instituciones prestadoras de salud. Los problemas inherentes a la identificación de las dimensiones y de los atributos de la calidad deben ser un tema de interés para los profesionales, los administradores y también para los investigadores.[5]

Según la literatura se encontró que el concepto de satisfacción engloba dos grandes enfoques, como son, la satisfacción objetiva y la satisfacción percibida: la primera se centra en la oferta y mide las características objetivas y verificables de los servicios; la segunda sin embargo, parte del lado de la demanda y hace referencia a la apreciación de los clientes o usuarios sobre dichas características. Este último enfoque es el que nos interesa al objeto del presente trabajo de investigación ya que las cualidades distintivas de los servicios

[6]CARR-HILL RA. Themeasurement of patientsatisfaction. J PublicHealthMed 1992;14(3):236-49.

[5] VALARIE A. ZEITHAML A. PARASURAMAN LEONARD L. BERRY (Ed. Díaz de Santos - 2003) Calidad total en la gestión de los servicios.

(naturaleza intangible, heterogeneidad e imposibilidad de separar la producción y el acto del consumo) dificultan la estandarización y el control de calidad del servicio prestado.[19]

Bajo dicha perspectiva podemos distinguir dos modelos conceptuales de satisfacción, basados en las percepciones del cliente, los cuales presentan una serie de características comunes que logran una complementariedad entre los mismos.

El primero, sería el Modelo de la Imagen, formulado por Grönroos, el cual indica que la satisfacción experimentada es evaluada por el cliente atendiendo a dos dimensiones de la misma: una técnica o de resultado, que coincide con la prestación efectiva que el cliente recibe cuando el proceso productivo y las interacciones comprador-vendedor han concluido; y una dimensión funcional de los procesos, que se identifica como la forma en que se recibe el servicio así como el modo en que el cliente experimenta el proceso simultáneo de producción y consumo.

También es preciso considerar la influencia que tienen en las evaluaciones post-consumo, las expectativas que los clientes se habían hecho respecto al servicio que iban a recibir. [5]

Surge así el concepto de satisfacción esperada en cuya formación inciden factores como la estrategia de comunicación de la organización de servicios, los procesos de comunicación "boca-a-oreja" entre los clientes, las necesidades de los mismos, así como la imagen corporativa. La buena calidad percibida se obtendrá cuando la satisfacción experimentada iguale o supere la calidad esperada. El segundo enfoque, denominado Modelo de las Deficiencias, pretende analizar el vínculo que existe entre las deficiencias que los clientes perciben en la satisfacción, diferencia entre sus expectativas y percepciones con las

[19]Diprete Brown y otros. Garantía de calidad de atención de salud en los países de desarrollo. USA. Wisconsin. 2da Edición. 1990

[5]VALARIE A. ZEITHAML A. PARASURAMAN LEONARD L. BERRY (Ed. Díaz de Santos - 2003) Calidad total en la gestión de los servicios.

deficiencias internas que existen en las empresas, identificando cuatro deficiencias que se traducen en un mal servicio al cliente. [18]

Sin embargo, también se concluye que la satisfacción con los servicios sanitarios es un concepto complejo que está relacionado con una gran variedad de factores como son el estilo de vida, las experiencias previas, las expectativas de futuro y los valores del individuo y de la sociedad. Los resultados de la revisión de literatura muestran la falta de consenso en la definición y determinación de las dimensiones constitutivas de la calidad de los servicios de salud.[6]

Una de las principales dificultades para medir la calidad desde el punto de vista de la satisfacción radica justamente en la indeterminación de este concepto, que procede, por una parte, de una naturaleza subjetiva y, por otra, de una contextual. La mayoría de los autores coincide en que la satisfacción es un fenómeno que viene determinado por los hábitos culturales de los diferentes grupos sociales y, por lo tanto, la definición de satisfacción varía según el contexto social. Carr-Hill probó que la satisfacción con la atención en salud está influenciada por el grado en que la actuación de los profesionales asistenciales se corresponde con la expectativa del paciente. El concepto de satisfacción se basa en la diferencia entre las expectativas del paciente y la percepción de los servicios que ha recibido. De esta manera, las percepciones subjetivas acompañadas de las expectativas previas configuran la expresión de la calidad del servicio. [9]

La diversidad de teorías sobre las expectativas como determinantes de la satisfacción, unido a la dificultad o poco hábito por parte de las organizaciones sanitarias en combinar los métodos cualitativos con los cuantitativos para identificar la mayoría de los factores

[18]De J. Ramírez y otros. Percepción de la calidad de la atención en los Servicios de Salud. México. 1998

[6]CARR-HILL RA. Themeasurement of patientsatisfaction. J PublicHealthMed 1992;14(3):236-49.

[9]CABRERA G, LONDOÑO J, BELLO L. Validación de un instrumento para medir calidad percibida por usuarios de hospitales de Colombia. Rev. Salud Pública 2009;10(3):443-51.

relacionados con la satisfacción, representa una limitación añadida al conocimiento de ésta. [7]

En general, la revisión documental mostró que en los diferentes métodos y para los diferentes autores, hayal menos tres aspectos que tienen en cuenta los usuarios para la valoración de la asistencia sanitaria: el aspecto instrumental (aplicación de los conocimientos técnicos y capacidad de resolver los problemas), el expresivo (comportamiento respecto a los aspectos afectivos dela relación) y la comunicación (dar y recibir información).Estas tres dimensiones son coincidentes en la totalidad de los cuestionarios de medida de la calidad a partir de la satisfacción, aunque algunos autores incluyan otros aspectos relacionados con el proceso de atención o generen sub-dimensiones dentro de aquellas.[8]

La mayoría de los autores también coinciden en que la satisfacción es un concepto que depende de las características de los pacientes, varía con la edad, el sexo, el nivel educativo y socioeconómico, los cambios del estado de salud. Se reconoce que la percepción de ésta varía considerablemente cuando está grave o cuando está en vías de recuperación. Además, las características delos pacientes influyen en la actitud de los profesionales, lo cual repercute en la satisfacción de la población.

A pesar de esta complejidad, Vuori propone una serie de consideraciones éticas, desde el punto de vista del usuario, que justificarían que la satisfacción se incluya en la evaluación de la calidad: 1. el principio hipocrático según el cual el bienestar del paciente ha de ser el interés máximo de la atención médica; el principio democrático según el cual aquéllos a los que concierne una decisión han de estar implicados en ella. Los derechos del consumidor por los que el consumidor tiene derecho a decidir aquello que él quiere. [9]

---

[7]MIRA JJ, ARANAZ J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. MedClin (Barc) 2000;114(Supl 3):26-33.

[8]PALOMERRM, REVUELTA EA, MIRALLES JD. La calidad en la atención primaria de la salud: nuevas perspectivas. Atención Primaria 1994;1(1):7-18.

[9]CABRERA G, LONDOÑO J, BELLO L. Validación de un instrumento para medir calidad percibida por usuarios de hospitales de Colombia. Rev. Salud Pública 2009;10(3):443-51.

El concepto de enfermedad, que debería desplazarse del concepto biológico estricto al concepto experimental de la misma. Se entiende que las personas se definen enfermas o sanas teniendo en cuenta sus sentimientos y no los resultados de la valoración objetiva externa. Se concluye así, entonces que el objetivo de la medición de la calidad, mediante el análisis de la satisfacción del usuario, o mediante la óptica del usuario, será pues facilitar información a los profesionales y a los gestores y administradores del sistema sanitario o de la institución de salud, sobre aquellos aspectos de la organización sanitaria que son percibidos por la población como insatisfactorios y que son susceptibles de mejora mediante la modificación de circunstancias, comportamientos o actitudes de la organización que intervienen en el proceso asistencial. [17]

La revisión mostró que diversos autores, entre ellos Mira y Aranaz coinciden en que la metodología más recomendable es la que combina técnicas de investigación cualitativas y cuantitativas para la medición de la percepción sobre la satisfacción en la atención en salud, así como el empleo de instrumentos que contengan elementos que faciliten la evaluación de las percepciones de los usuarios con la experiencia sobre si determinados hechos de buena praxis han ocurrido. Los investigadores de este ámbito de conocimiento han avanzado en el diseño de instrumentos de medida de la satisfacción para evaluar la calidad de los servicios.

9.1.5. LA MEDICIÓN DEL NIVEL DE SATISFACCIÓN

Durante la década de los ochenta, alcanzar un alto grado de satisfacción en los clientes era considerado una de las metas de las empresas. Solo durante el siguiente decenio se amplió esta concepción al considerar la satisfacción un medio para fines estratégicos, como la retención de los clientes y su lealtad a una marca; sin embargo cuando haya cambiado la perspectiva con que se estudia la satisfacción y se hacen programas para lograr la satisfacción óptima[10].

[17]Diprete Brown y otros. Garantía de calidad de atención de salud en los países de desarrollo. USA. Wisconsin. 2da Edición. 1990

[10]MIRA, J. J., RODRÍGUEZ Y OTROS (2000). "Semejanzas y Diferencias entre Satisfacción y Calidad Percibida", Revista Calidad Asistencial, (Nº 15), pp. 36-42.

9.1.6. LA CALIDAD PERCIBIDA

Corresponde a los atributos indispensables que el cliente pide al expresar sus necesidades y que la empresa puede conocer en todos sus términos para satisfacerlos.

9.1.7. LA CALIDAD ESPERADA

Se refiere a aquellos atributos del bien que complementan los atributos indispensables no siempre explícitos, pero que el cliente desea y que suelen tener un fuerte componente subjetivo. Se denominan expectativas.[17]

9.1.8. LA CALIDAD LATENTE

Son las posibles características del bien que desconoce el cliente, pero que, si se las ofrece, valora positivamente.

9.1.9. CLIENTES INTERNOS

Por mucho tiempo se le ha dado una mayor importancia al cliente externo, que al cliente interno, pero sin un cliente interno satisfecho y motivado difícilmente lograremos un cliente externo satisfecho.

Los clientes internos tienen un interés vital, casi siempre financiero, dentro de la empresa. Los clientes no tienen que ser intermediarios, pero deben tener un interés en la empresa.[11]

Los inversionistas, los médicos de un hospital, los bancos en las empresas donde realizan los préstamos, los proveedores de bienes o productos para la empresa son clientes secundarios, ya que dependen de la empresa para sus empresas.

[17]Diprete Brown y otros. Garantía de calidad de atención de salud en los países de desarrollo. USA. Wisconsin. 2da Edición. 1990

[11]Morales,Martha y otra. Percepcion de la calidad de atencion por el usuario de consulta externa del centro de salud Villa Candelaria, CNS Policlinico Nº 32. Bolivia. 2007

En toda empresa hay departamentos y personas que suministran productos a otros. Los que lo reciben se llaman ``clientes`` a pesar del hecho de que ellos no son clientes en el sentido habitual, es decir aunque no compren el producto.

Los clientes internos son aquellas personas dentro de la Empresa, que por su ubicación en el puesto de trabajo, sea operativas, administrativas o ejecutivo, recibe de otros algún producto o servicio, que debe utilizar para alguna de sus labores.

9.1.10. CLIENTES EXTERNOS

La definición de cliente externo es una necesidad que facilita la tarea de estructuración, comercialización y prestación. Pero es una realidad de papel, que orienta la gestión. Es prácticamente imposible evitar que personas que no pertenecen al público objetivo puedan, por su propia decisión, convertirse en clientes del mismo.[12]

Es decir, son aquellos que no pertenecen a la Empresa u Organización y van a solicitar un servicio o a comprar un producto.

Los clientes externos son las personas por las que la empresa tiene razón de ser. Por lo general, compran los productos y los servicios a la misma.

Conseguir los mejores clientes es uno de los pasos importantes para hacer crecer una empresa. El camino para llegar a ese punto es contratar y conservar a los mejores empleados. Cuando un trabajador se siente satisfecho está en mejores condiciones de prestar un servicio de calidad, brinda un mejor trato y amabilidad, es más ágil y diligente, y por sobre todas las cosas, no se deja condicionar por la falta de recursos y fallas tecnológicas u organizativas, por lo que mantendrán el negocio atractivo para los dueños, los inversionistas y los proveedores.[13]

[12]Laura Ana. Satisfacción de los servicios de salud y su relación con la calidad en los Hospitales Publicos de Ixmiquilpan HGO, Estado de Hidalgo , Mexico, 2005

[13]Aguirre Hector. Evaluación de la calidad de la atención medica. Mexico.1990

De todo lo antes expuesto se concluye que los clientes / consumidores contribuyen uno de los principales activos de la empresa (conjuntamente con su fuerza laboral y capacidad de dirección).

9.1.11. CALIDAD ORIENTADA AL CLIENTE

El cliente es quien juzga la calidad. Todos los atributos de productos y servicios que aporten valor al cliente y contribuyan a su satisfacción y preferencia han de ser incorporados de manera adecuada en los sistemas de calidad. El valor, la satisfacción y la preferencia pueden estar influidos por muchos factores del conjunto de las compras que realiza el cliente, de la propiedad de los bienes y de las experiencias de servicios. Todo ello implica una relación entre la empresa y el cliente la confianza entre los productos y servicios- que lleva a la lealtad y la preferencia.[14]

Este concepto de calidad incluye no solo atributos del producto o servicio que cumplen con los requisitos básicos, sino que incluye también aquellos atributos que les dan realce y los diferencian de las ofertas de la competencia. Este realce y diferenciación pueden incluir nuevas ofertas, como también un único producto, un único servicio o combinación de productos y servicios.

La calidad orientada al cliente es, por tanto, un concepto estratégico. Está dirigida a ganar cuota de mercado y a retener al cliente. La calidad demanda una sensibilidad constante respecto a los requisitos del cliente y del mercado emergente, así como la medición de los factores que redundan en la satisfacción del cliente. Demanda también conciencia de los desarrollos en tecnología y una respuesta rápida y flexible al cliente y a los requerimientos del mercado.[15]

[14]Gonzales, Elizabeth."Calidad de la atención en el servicio de urgencias del área de salud Heredia Cubujuquí desde la perspectiva del cliente" San José, Costa Rica , 2008

[15]Cruz, Danitza. Estrategias de gestión de salud para mejorar la calidad atención de los programas de salud según compromiso de gestión en Sacaba.Cochabamba – Bolivia.2007

Estos requerimientos van mucho más allá de una mera disminución del defecto y del error, de un simple cumplimiento de las especificaciones o de una reducción de las quejas. Sin embargo, la disminución de defectos y errores y la eliminación de las causas de insatisfacción contribuyen significativamente a la percepción de la calidad que tienen los clientes y, por tanto, son también elementos importantes de la calidad orientada al cliente. Además, el enfoque de la empresa para reponerse de los defectos y errores es crucial para que puedan mejorar, tanto la calidad, como las relaciones con sus clientes.[16]

Desde la perspectiva del cliente, la verdadera dimensión de la calidad es la subjetiva. Los clientes se forjan una expectativa de calidad que procede de tres fuentes.

9.1.12. SATISFACCIÓN

La satisfacción es un estado del cerebro producido por una mayor o menor optimización de la retroalimentación cerebral, en donde las diferentes regiones compensan su potencial energético, dando la sensación de plenitud e inapetencia extrema.[19]

Cuando la satisfacción acompaña a la seguridad racional de haberse hecho lo que estaba dentro del alcance de nuestro poder, con cierto grado de éxito. Esta dinámica contribuye a sostener un estado armonioso dentro de lo que es el funcionamiento mental.

La mayor o menor sensación de satisfacción, dependerá de la optimización del consumo energético que haga el cerebro. Cuanto mayor sea la capacidad de neurotransmitir, mayor facilidad de lograr la sensación de satisfacción.

No se debe confundir la satisfacción con la felicidad, aunque sí es necesario estar satisfechos para poder entender qué es la felicidad plena. La insatisfacción produce inquietud o sufrimiento

[16]De J. Ramírez y otros. Percepción de la calidad de la atención en los Servicios de Salud. México. 1998

[19]Diprete Brown y otros. Garantía de calidad de atención de salud en los países de desarrollo. USA. Wisconsin. 2da Edición. 1990

9.1.13. CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA

Propiedad que la atención médica puede poseer en grados variables, en cuanto a su estructura, proceso y resultados; repercute en la satisfacción del usuario.

9.1.14. CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA (ENFOQUEMÉDICO-ADMINISTRATIVO)

Otorgar atención médica al usuario, con oportunidad, competencia profesional, seguridad y respeto a los principios éticos, con el propósito de satisfacer sus necesidades de salud y sus expectativas, las de los prestadores de servicios y las de la institución. Grado en el que los servicios de salud prestados a personas y poblaciones, aumentan la probabilidad de que se produzcan los efectos buscados en la salud y éstos son coherentes con los conocimientos profesionales del momento.[18]

9.2. ASPECTO JURÍDICO

La atención con calidad y satisfacción por los pacientes que en su mayoría son personas con discapacidad se encuentran amparados por una gran gama de leyes y normativas que dan prioridad nacional a este tipo de atención con calidad y calidez, entre las cuales podemos mencionar:

9.2.1. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO

Da a conocer que toda persona que amerite algún tipo de atención médica tiene prioridad para su atención, con dignidad, sin racismo u otra forma de discriminación, además que el gobierno central promoverá políticas públicas para la atención con calidad y calidez. (VER ANEXO Nº2)

[18]De J. Ramírez y otros. Percepción de la calidad de la atención en los Servicios de Salud. México. 1998

9.2.2. LEY 223, LEY GENERAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD.

Todas las personas con algún tipo de discapacidad que ameriten diferentes tipos de tratamientos deben esta enmarcados en las políticas públicas como prioridad nacional ya que son un grupo vulnerable y que amerita estas atenciones médicas con total idoneidad y con calidad de atención.(VER ANEXO Nº2)

9.2.3. LEY CÓDIGO NIÑO, NIÑA, ADOLECENTE

Esta ley nos hace referencia a el manejo de esta población que es vulnerable a sus derechos además de indicar que cualquier acontecimiento médico que conlleve manejo y tratamiento de grupos atareos que contempla esta ley están amparados para que se realice un tratamiento adecuado sin vulneración de sus derechos, además de precautelar los derechos no solo médicos, también los derechos con la sociedad en su conjunto y la vinculación con la familia. (VER ANEXO Nº2)

9.2.4. QUE ES DISCAPACIDAD

La Organización Mundial de la Salud la define:
Discapacidad: Es cualquier restricción o impedimento de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para el ser humano. La discapacidad se caracteriza por excesos o insuficiencias en el desempeño de una actividad rutinaria normal, los cuales pueden ser temporales o permanentes, reversibles o surgir como consecuencia directa de la deficiencia o como una respuesta del propio individuo, sobre todo la psicológica, a deficiencias físicas, sensoriales o de otro tipo.

9.2.5. QUE ES INCAPACIDAD

Según la Real Academia de la Lengua Española la incapacidad se define como

“1. f. Falta de capacidad para hacer, recibir o aprender algo. 2. f. Falta de entendimiento o inteligencia. 3. f. Falta de preparación, o de medios para realizar un acto. 4. f. Estado transitorio o permanente de una persona que, por accidente o enfermedad, queda mermada en su capacidad laboral. 5. f. Der. Carencia de aptitud legal para ejecutar válidamente determinados actos, o para ejercer determinados cargos públicos.”

9.3. ASPECTO HISTORICO

El Instituto de Rehabilitación Infantil ya tiene 68 años de funcionamiento en beneficio de las personas con discapacidad de tipo física, pero hace ya 10 años atrás por políticas institucionales de anteriores direcciones fue bajando su nivel de atención y calidad de servicios hasta llegar a cerrar el área quirúrgica y disminuir las prestaciones de los servicios de atención en salud, en todo este tiempo no se llegó a tomar medidas que lleguen a fortalecer institucionalmente esta institución, más bien se llegó a degradar al punto de solo tener atención de servicios en Ortopedia y Traumatología, Fisioterapia y Kinesiología, acogimientos temporales para terapias de rehabilitación, siendo menos de la cuarta parte de las atenciones brindadas en su momento y de igual manera con tan pocos servicios se sigue limitando las coberturas y las atenciones por falta de compromiso institucional por el personal, además de ya tener infraestructura deteriorada que no se gestionó para su remodelación en un tiempo prudente.

9.4. ASPECTO INSTITUCIONAL

9.4.1. ANTECEDENTES

El Instituto de Rehabilitación Infantil (I.R.I.), creado el 2 de Agosto de 1945 con 68 años de funcionamiento en el área de Rehabilitación Física.

A la fecha depende del Servicio Departamental de Gestión Social del Gobierno Autónomo del Departamento La Paz de acuerdo a la Ley de Descentralización Administrativa 1664 del

18 de Julio de 1995. En la actualidad siendo parte del Servicio Departamental de Gestión Social (SEDEGES).

9.4.2. MISIÓN

Brindar servicios de atención altamente especializada e integral a niños, niñas y adolescentes hasta los 18 años con discapacidad física a través de sus áreas médica, fisioterapia, educativas, psico-sociales logrando la realización personal de los mismos, con proyección a la detección precoz, prevención y promoción, diagnóstico temprano, y tratamiento oportuno médico, rehabilitación e integración social.

9.4.3. VISIÓN

Ser un instituto de referencia departamental de Tratamiento en Rehabilitación Integral a niños, niñas y adolescentes hasta sus 18 años con discapacidad física potencializando su capacidad residual mediante la prestación de servicios altamente especializados en discapacidad física de manera que sean incluidos en la sociedad en condiciones de igualdad y equiparación de oportunidades.

9.4.4. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

GRAFICO N°3

ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DEL INSTITUTO DE REHABILITACION INFANTIL (VER ANEXO Nº4)

9.4.5. SERVICIOS CON LOS QUE CUENTA EL INSTITUTO

Médico Quirúrgico:

- Consulta Externa. Traumatología-Ortopedia
- Médico de Guardia
- Enfermería
- Quirófano

- Fisioterapia
- Laboratorio Clínico
- Órtesis
- Radiología

Socio – Ocupacional:

- Computación
- Terapia Ocupacional
- Educación especial
- Psicología
- Trabajo Social
- Atención terapéutica

10. MARCO PRÁCTICO

10.1 . TIPO DE INVESTIGACIÓN

10.1.1 SEGÚN SU OCURRENCIA:

10.1.1.1 Prospectivo: Porque se va registrando los datos e información del paciente y las encuestas para su atención en salud en el momento de la consulta médica.

10.1.1.2 Transversal: Porque se investiga la satisfacción de los pacientes hacia los servicios prestados en la Institución en un momento dado, con la realización de un corte en el tiempo.

10.1.1.3 Cuantitativo: Ya que con los datos obtenidos de las encuestas se procederá a reflejar los mismos en cuadros estadísticos como resultados.

10.1.1.4 Operativa: Porque ayuda a reflejar la insatisfacción de los pacientes y tomar medidas a los problemas identificados en el momento de la entrevista.

10.1.1.5 Descriptiva: Porque realizado el estudio se hará una descripción de las problemáticas encontradas en la Institución.

10.2 UNIVERSO

10.2.1.1 Características de cantidad: Está constituido por 1000 pacientes con discapacidad física menores de 18 años que vienen a consulta y tratamientos en el Instituto de Rehabilitación Infantil durante los meses de Octubre, Noviembre y Diciembre de la gestión 2013.

10.2.1.2 Características de calidad: Todo paciente que venga a consulta externa para la atención de los servicios ofrecidos en el Instituto de Rehabilitación Infantil con discapacidad física menores de 18 años.

10.2.1.3 Características de pertenencia: La población en edad vulnerable que viene a consulta externa y en estado de acogimiento en el Instituto de Rehabilitación Infantil.

10.2.1.4 Características de espacio: Caracterización en el departamento de La Paz, en el Instituto ubicado en la Zona de Obrajes, C5 y Héctor Ormachea.

10.2.1.5 Características de tiempo: En el año 2013

10.3 MUESTRA

Está constituido por 1000 pacientes que asisten a la atención de salud en los diferentes servicios del Instituto de Rehabilitación Infantil durante los meses de Octubre, Noviembre y Diciembre de la gestión 2013.

10.3.1 TIPO DE MUESTREO:

Se tomara como muestra a 200 pacientes que están en edad correspondiente menores de 18 años, que vienen a consulta externa de las áreas de Ortopedia y Traumatología, Fisioterapia y Kinesiología, Ortesis, del Instituto de Rehabilitación Infantil, con un muestreo determinístico intencional porque el tamaño estará determinada por el criterio del investigador en la que se tomara en cuenta a los pacientes que estén presentes durante la aplicación de la encuesta. Una vez que el paciente fue atendido en los diferentes servicios de la unidad se les aplica un cuestionario de satisfacción, en el cual se le pregunta acerca de cómo percibió la atención que se le brindó y si tiene o no sugerencias a fin de que se mejore la calidad en la atención de los servicios.

11. OPERATIVIZACION DE VARIABLES

CUADRO N°4

OPERATIVIZACION DE VARIABLES

Tema	Variables	Sub variables	Cuestionario	Tipo de instrumento
La inadecuada coordinación interna del personal promueve la insatisfacción de los pacientes sobre la atención en el Instituto de Rehabilitación Infantil en la gestión 2013.	La inadecuada coordinación interna del personal	Medios de consulta	El número de fichas de atención a los pacientes. fue suficiente o insuficiente	Cuestionario Pregunta cerrada
			Como considera que fue la atención del área administrativa para la compra de los servicios: muy buena, buena, regular, mala.	Cuestionario Pregunta cerrada.
			Cuanto tiempo espero para la atención administrativa en el instituto: menos de 15 min, de 15 a 30 min, de 31 a 60 min, más de 60 min.	Cuestionario Pregunta cerrada.
		Personal	El personal administrativo en la atención del instituto fue suficiente o insuficiente	Cuestionario, pregunta cerrada
			Cuanto tiempo espero desde la compra de fichas hasta su atención médica: menos de 15	Cuestionario Pregunta cerrada

			min, entre 15-30 min, de 31 a 60 min, más de 60 min.	
			Se le coloco en una lista de espera para su tratamiento: si no	Cuestionario, pregunta cerrada
			Los tratamientos derivados a otras áreas no son los que pidió y/o explico que se le daría por el área médica.	Cuestionario Pregunta cerrada
			En general como sintió el trato del personal hasta antes de la atención medica: muy buena, buena, regular, mala.	Cuestionario Pregunta cerrada.
	Insatisfacción de los pacientes en la calidad de atención	Prestación de servicios	El personal asistencial lo examino: si no	Cuestionario, Pregunta cerrada
			El personal médico le explico el diagnóstico: si no	Cuestionario Pregunta cerrada
			Se respetó su privacidad en la consulta: si no	Cuestionario Pregunta cerrada
			Se le trato con amabilidad en la consulta: si no	Cuestionario Pregunta cerrada
			Le realizaron algún cobro extra fuera de caja. Si no	Cuestionario Pregunta cerrada
			Se le recomendó continuar su tratamiento en consulta particular: si no	Cuestionario Pregunta cerrada
		Percepción del paciente	Volvería a efectuar consulta nuevamente en el instituto si – no	Cuestionario, pregunta cerrada
			Usted recomendaría a sus allegados a realizar atención medica en el instituto: si no	Cuestionario Pregunta cerrada
		Calidad de atención	Cuanto tiempo duro la consulta a la que asistió: menos de 15 min, entre 15 y 30min, más de 30 min.	Cuestionario, pregunta cerrada
			Como usuario su consulta es: primera vez, reconsulta 1ra, reconsulta varias veces	Cuestionario Pregunta cerrada

	En el Instituto de Rehabilitación Infantil	El Instituto de rehabilitación infantil	Conocía previamente el Instituto de rehabilitación Infantil si – no	Cuestionario, pregunta cerrada
			Según su criterio la infraestructura del instituto para la atención médica es: muy buena, buena, regular, mala.	Cuestionario Pregunta cerrada
		El Instituto de rehabilitación infantil	Según su punto de vista el equipamiento el equipamiento del instituto es: suficiente insuficiente	Cuestionario, pregunta cerrada
			Según su perspectiva como siente que el Instituto cubrió sus expectativas: altas, regulares, malas.	Cuestionario, pregunta cerrada

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA BASADA EN EL LIBRO DE METODOS Y TECNICAS DE INVESTIGACION Y APRENDIZAJE (LIC. LEXIN RAMEL ARADIA SARAVIA)

Se realizó una encuesta a 200 pacientes que realizaron consulta en el instituto para evaluar su percepción de satisfacción de los procedimientos médico-administrativos realizados en el instituto.

También se realizó una encuesta a grupos focales la misma consto de 60 minutos de reunión con grupos focales medianos de pacientes que se prestaron a colaborar con la misma.

11.1. ENCUESTA A GRUPOS FOCALES

Se realiza encuesta a grupos focales medianos de los propios pacientes para evaluar y realizar cruce de información (total 45 pacientes). Se tomaron 5 preguntas las mismas se expusieron a los grupos y dieron sus puntos de vista.(VER ANEXO Nº6)

1. El tiempo de espera para la atención medica desde su ingreso hasta la consulta.
2. El trato del personal asistencial como fue
3. Cumplió sus expectativas asistenciales el instituto.
4. Percibe una buena comunicación entre el personal para realizar sus tratamientos multidisciplinarios.

5. Recomendaría a sus allegados la atención en el instituto.

11.2. ENCUESTA AL PERSONAL DEL INSTITUTO

(VER ANEXO Nº 7)

1. Como realiza la coordinación para la atención en salud entre sus compañeros de trabajo:
    a. Reuniones semanales o mensuales
    b. Instructivos superiores
    c. Consenso de equipo de trabajo
    d. No realiza coordinación en atención
2. Tiene metas anuales trazadas en su fuente laboral
    a. Si
    b. No
3. Como cataloga al ambiente laboral donde trabaja
    a. Confraternización, Trabajo en equipo, Relacionamiento por igual entre los trabajadores y sus superiores
    b. Caótico y tenso, Miedo a represalias continuas, acoso laboral, flojera y falta de voluntad.
4. La información que se transmite de sus superiores para la atención es clara, coherente y oportuna.
    a. Si
    b. No
5. Existe trabajo en equipo entre el personal desde su punto de vista
    a. Si
    b. No
6. La comunicación es fluida y recíproca entre todo el personal y sus superiores
    a. Si
    b. No
7. El trabajo que realiza es con el fin de percibir una remuneración
    a. Económica
    b. Satisfacción personal
    c. Ayuda a la comunidad
    d. No tiene otra alternativa de trabajo
8. Se escucha sus inquietudes de mejorar sus funciones o se le niega toda forma de iniciativa personal
    a. Se escucha sus iniciativas
    b. No se escucha sus iniciativas
9. Está satisfecho con su puesto de trabajo
    a. Si
    b. No
10. La cantidad de personal es suficiente para la realización de las atenciones en salud.
    a. Si

b. No

11.3. INSTRUMENTOS DE RECOPILACIÓN DE DATOS

Las técnicas utilizadas en esta investigación van a ser la encuesta a mujeres usuarias, formación de grupos focales y la observación directa.

11.3.1. Encuesta

La técnica de la encuesta denominada también" demoscopia" permite el conocimiento de las motivaciones, las actitudes y las opiniones de los individuos. Es aquel procedimiento que tiene por objeto la captación y registro consciente y planeado de datos e información primaria sobre hechos, opiniones, juicios, motivaciones y situaciones relativos al tema que estamos investigando, mediante la aplicación de un cuestionario.
Aplicación de Encuesta directas envase cuestionarios elaborados.

11.3.2. Técnica de los grupos focales

Es aquel procedimiento operativo práctico que permite recopilar información de primera mano directamente de fuentes primarias que son los grupos de personas involucradas con el problema y tema de investigación a través del fomento a la discusión y análisis de tópicos particulares mediante la guía de discusión.

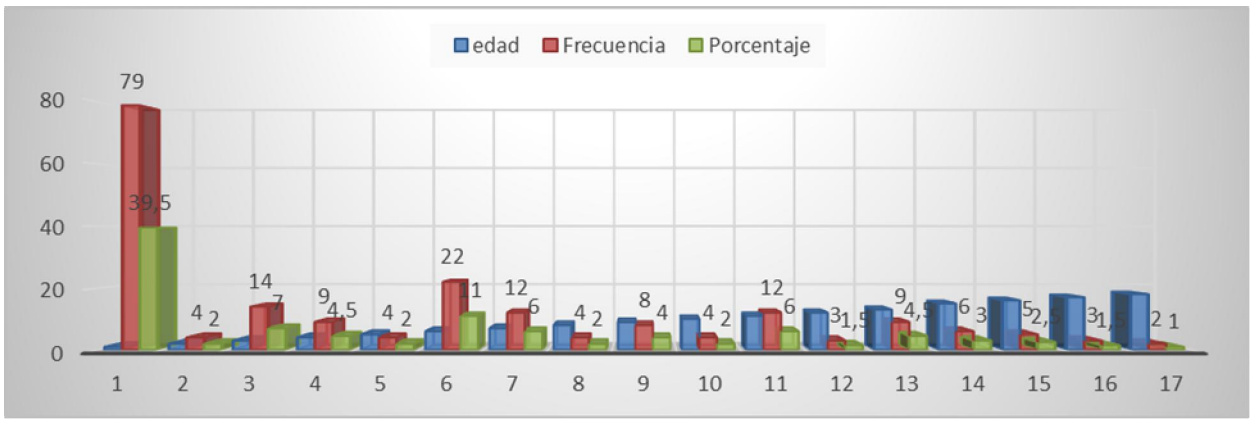
Se invitó a un grupo de pacientes que asisten al Instituto de Rehabilitación Infantil, el procedimiento de esta técnica se realizó en aproximadamente 2 horas y para tal efecto se elaboró una guía de discusión pre-elaborada.(VER ANEXO 6)

12. RESULTADOS

TABLA Nº 1

EDAD DE LOS PACIENTES QUE REALIZARON CONSULTA EN EL INSTITUTO DE REHABILITACIÓN INFANTIL

Edad	Frecuencia	Porcentaje
1	79	39.5%
2	4	2%
3	14	7%
4	9	4.5%
5	4	2%
6	22	11%
7	12	6%
8	4	2%
9	8	4%
10	4	2%
11	12	6%
12	3	1.5%
13	9	4.5%
15	6	3%
16	5	2.5%
17	3	1.5%
18	2	1%
Total	200	100%



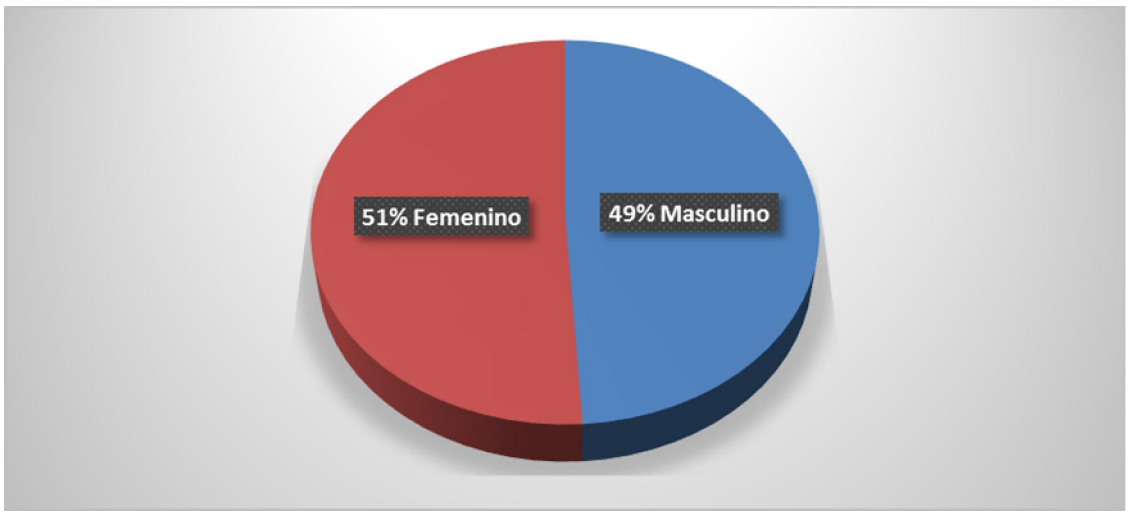
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

Nota explicativa: En la presente grafica se evidencia el porcentaje de pacientes según edad que realizaron consulta en el Instituto, siendo más la frecuencia de 1 año (39.5%), seguidas de 6 años (11%), de 3 años (7%), de 7 y 11 años con (6%), en último lugar con 18 años (1%).

TABLA Nº 2

SEXO DE LOS PACIENTES QUE REALIZARON CONSULTA EN EL INSTITUTO DE REHABILITACIÓN INFANTIL

Sexo	Frecuencia	Porcentaje válido
Masculino	98	49%
Femenino	102	51%
Total	200	100%



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.

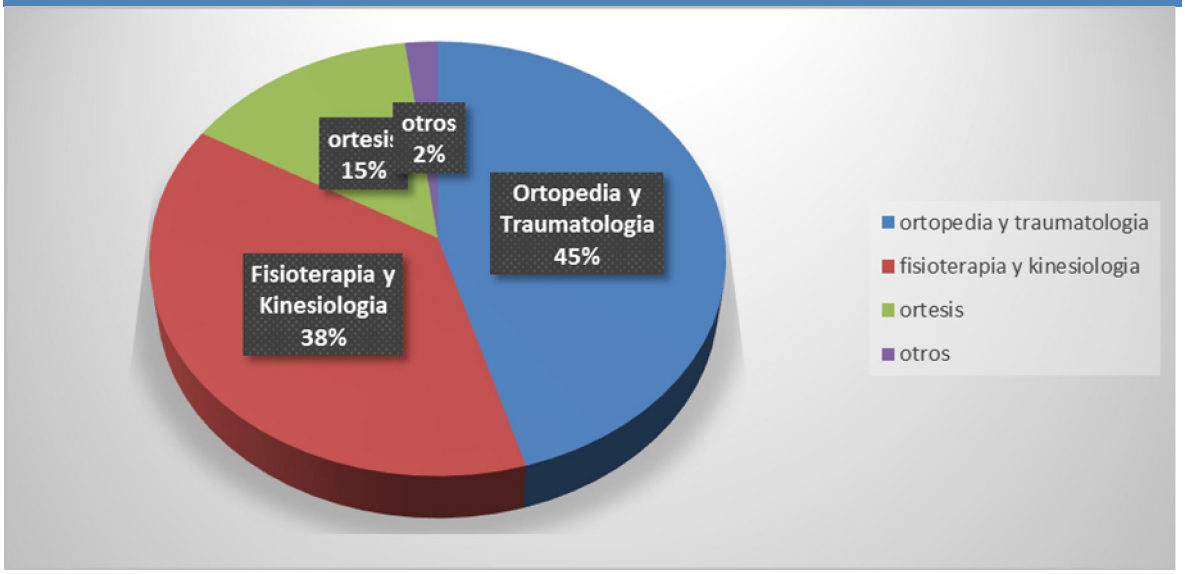
Nota explicativa: En la presente grafica se evidencia el porcentaje de pacientes según sexo que realizaron consulta en el Instituto, siendo más la frecuente del sexo femenino con 102 pacientes (51%), y 98 pacientes (49%)que viene a consulta médica en el Instituto.

TABLA Nº 3

FRECUENCIA DE ASISTENCIA A LOS SERVICIOS QUE BRINDA EN CONSULTA EXTERNA EL INSTITUTO

	Frecuencia	Porcentaje
Ortopedia y Traumatología	91	45.5%
Fisioterapia y Kinesiología	76	38%
Ortesis	29	14.5%

Otros	4	2%
Total	200	100%



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

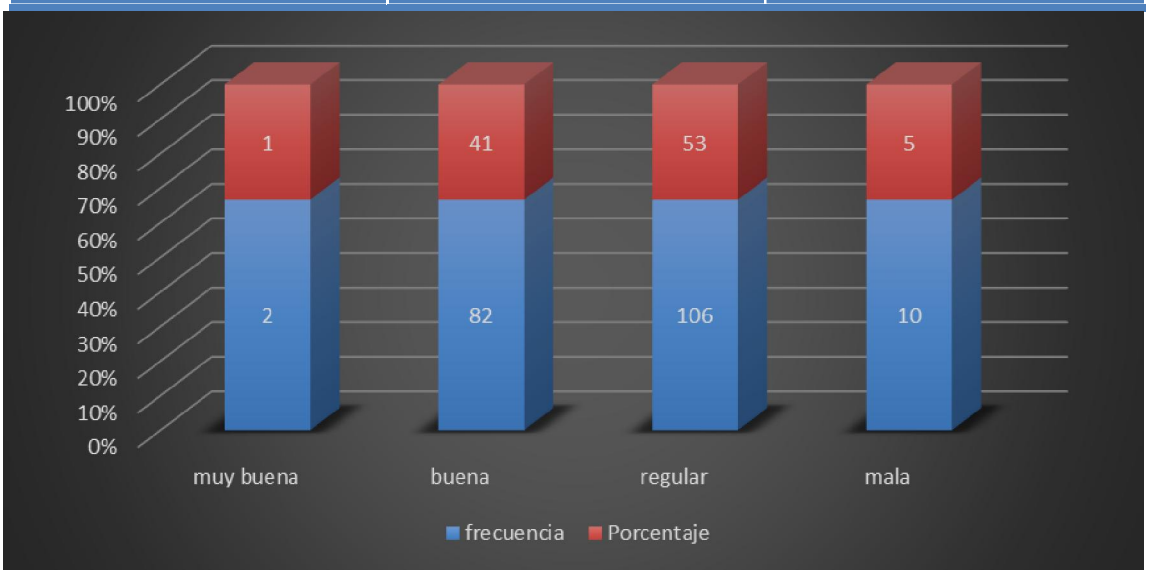
Nota explicativa: En la presente grafica se evidencia el porcentaje de pacientes según servicio al que acudieron a consulta en el Instituto, siendo más la frecuencia en Ortopedia y Traumatología (45%), seguida de Fisioterapia y kinesiología (38%), en el Instituto.

Tabla Nº 4

PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES SOBRE COMO CONSIDERA QUE FUE LA ATENCIÓN ADMINISTRATIVA EN LA ESPERA DE ATENCIÓN, VENTA DE FICHAS, LLENADO DE DATOS EN EL INSTITUTO

	Frecuencia	Porcentaje
muy buena	2	1%
buena	82	41%
regular	106	53%

mala	10	5%
Total	200	100%



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

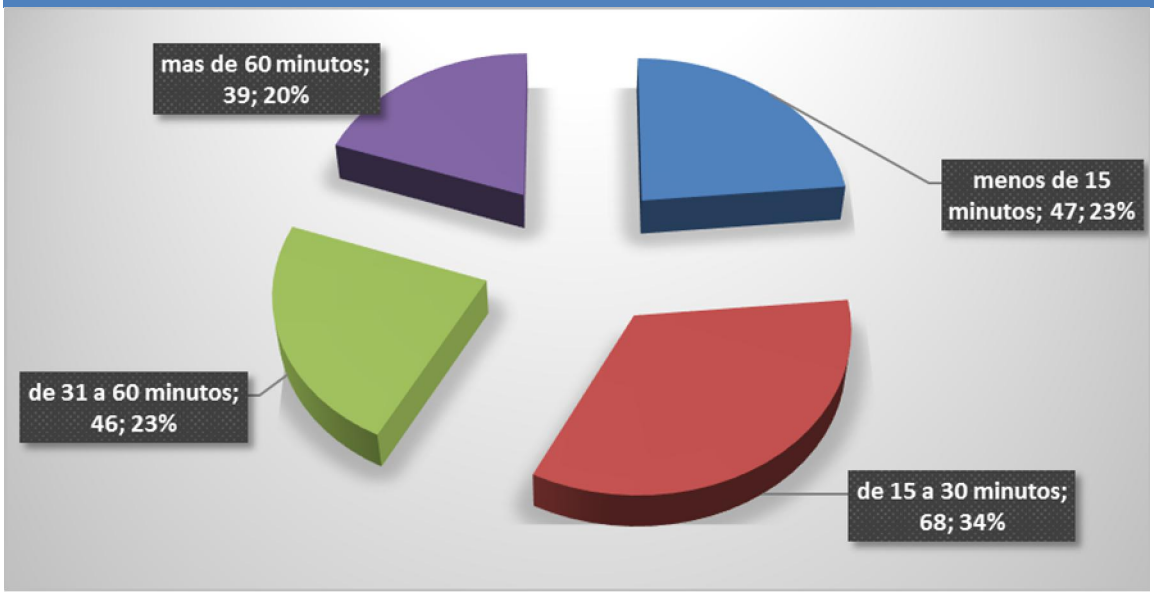
Nota Explicativa.- En la presente grafica podemos observar que el 53% (106 pacientes) piensa que la atención fue regular, el 41% (82) cree que la atención fue buena, el 5% (10) mala y 1% (2) muy buena en el Instituto.

Tabla Nº 5

PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES SOBRE EL TIEMPO DE ESPERA DESDE LACOMPRA DE FICHAS HASTA SU ATENCIÓN MÉDICA EN EL INSTITUTO

	Frecuencia	Porcentaje
menos de 15 minutos	47	23.5%
15 a 30 minutos	68	34%
31 a 60 minutos	46	23%

más de 60 minutos	39	19.5%
Total	200	100%



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

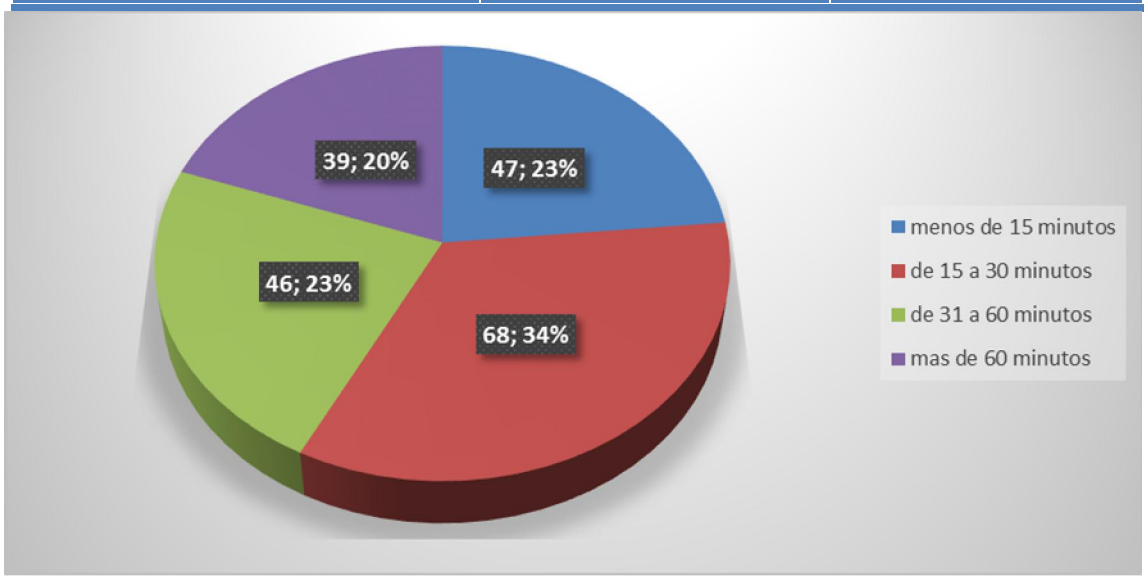
Nota Explicativa.- En la presente grafica podemos observar que el 34%(68 pacientes) espero entre 15 y 30 minutos, 23% (47 pacientes) menos de 15 minutos, 23% (46 pacientes) entre 31 y 60 minutos, 20% (39 pacientes) más de 60 minutos.

Tabla Nº 6

FRECUENCIA Y PORCENTAJE DEL TIEMPO DE ESPERA DESDE LA COMPRA DE FICHA HASTA LA ATENCIÓN MÉDICA

	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 15 minutos	47	23.5%
15 a 30 minutos	68	34%
31 a 60 minutos	46	23%
Más de 60 minutos	39	19.5%

Total	200	100%



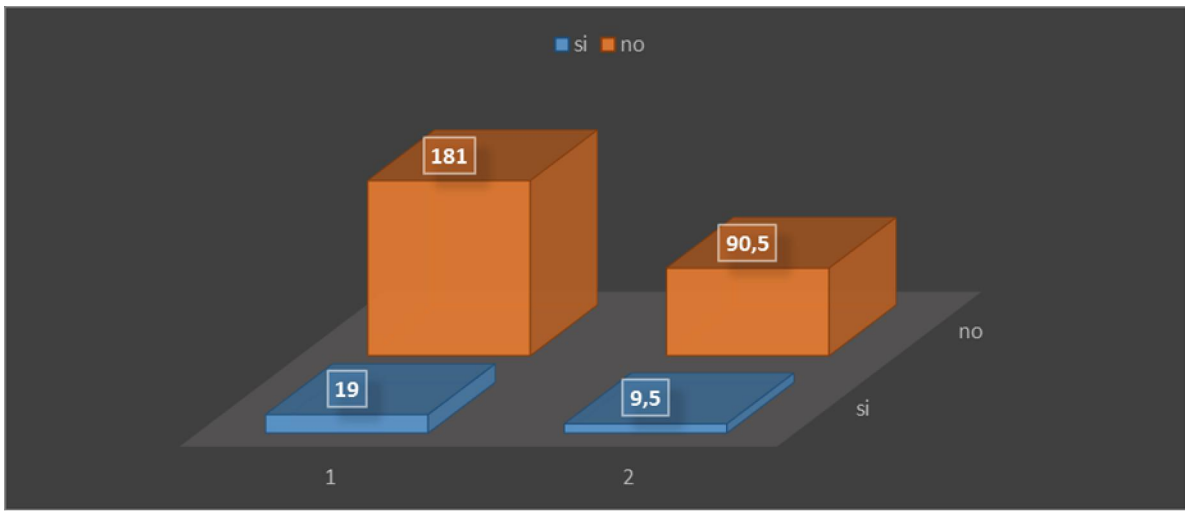
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

Nota Explicativa.- En la presente grafica podemos observar que el 34% espero entre 15 y 30 minutos, el 23 % espero entre 31 y 60 minutos y de igual manera los que esperaron menos de 15 minutos y el 20% espero más de 60 minutos.

Tabla Nº7

PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES SOBRE SU COLOCACIÓN EN UNA LISTA DE ESPERA PARA SU ATENCIÓN MÉDICA EN EL INSTITUTO

	Frecuencia	Porcentaje
Si	19	9.5%
No	181	90.5%
Total	200	100%



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

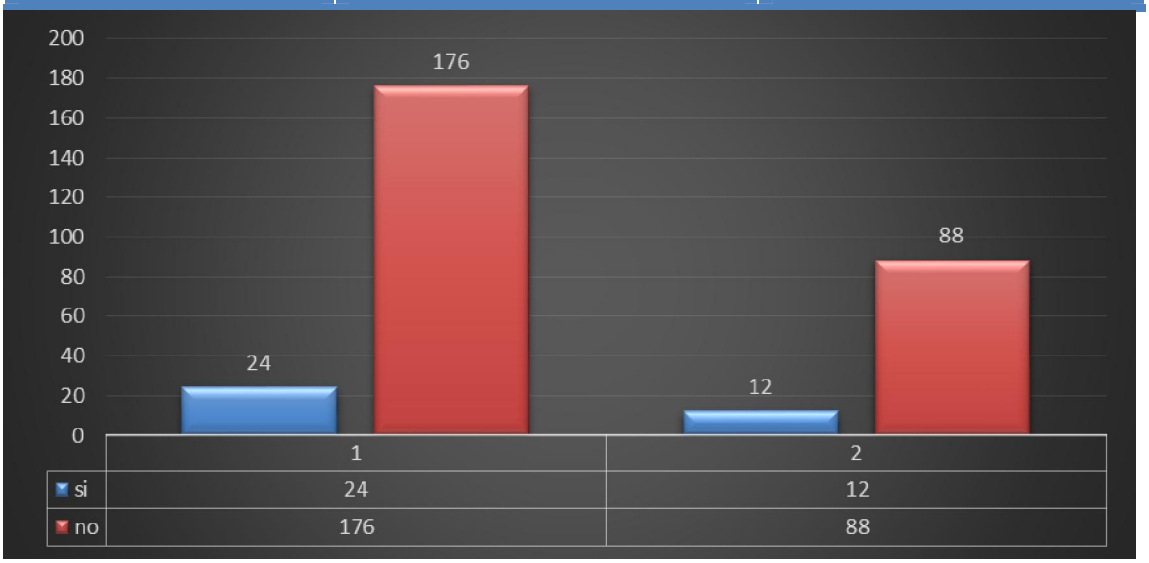
Nota Explicativa.- En la presente grafica podemos observar que el 9.5% (19 pacientes) se les coloco en una lista de espera, el 90.5 % (181 pacientes) da cuenta que no se incorporó a una lista de espera para su tratamiento.

Tabla Nº 8

REALIZACIÓN DE TRATAMIENTOS DIFERENTES A LOS QUE SE MANDÓ POR EL ÁREA MÉDICA EN LOS OTROS SERVICIOS DEL INSTITUTO

	Frecuencia	Porcentaje
Si	24	12%

No	176	88%
Total	200	100%



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

Nota Explicativa.- En la presente grafica podemos observar que el 12% (24 pacientes) realizaron tratamientos médicos que no eran los que se mandó de inicio y el 88% (176 pacientes) mantuvo el mismo esquema de tratamiento que se mandó.

Tabla Nº 9

PERCEPCIÓN DEL PACIENTE SOBRE EL TRATO DEL PERSONAL HASTA ANTES DE LA CONSULTA

	Frecuencia	Porcentaje

Muy buena	1	.5%
Buena	82	41%
Regular	115	57.5%
Mala	2	1%
Total	200	100%

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

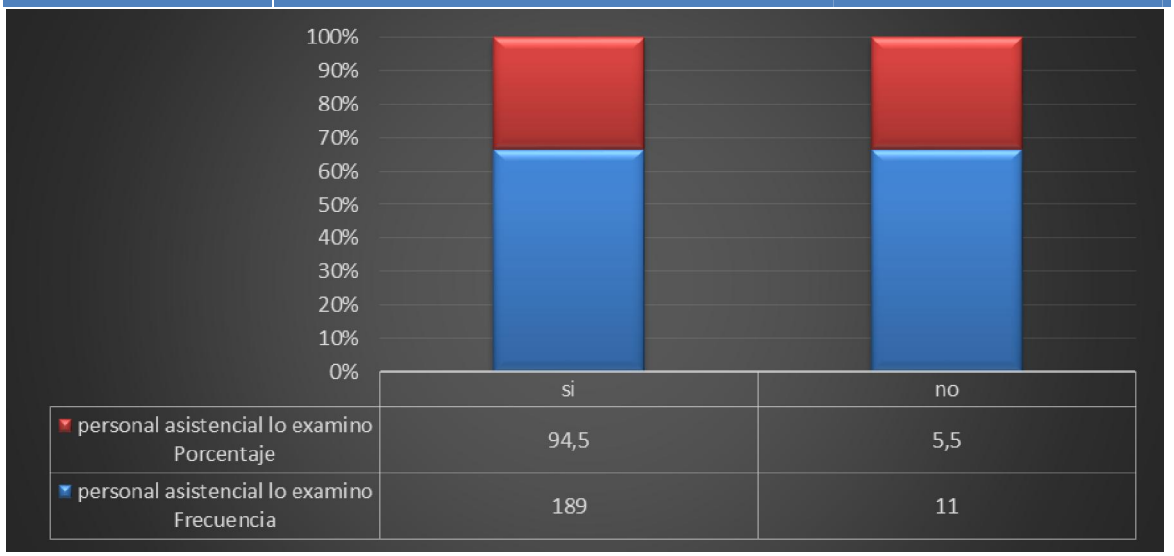
Nota Explicativa.- En la presente grafica podemos observar que el 58% (115 pacientes) tienen una percepción regular de la atención, buena 41% (81 pacientes), mala 1% (2 pacientes) y muy buena 0.5% (1).

Tabla Nº 10

EL PERSONAL ASISTENCIAL LO EXAMINO

	Frecuencia	Porcentaje
Si	189	94.5%

No	11	5.5%
Total	200	100%



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

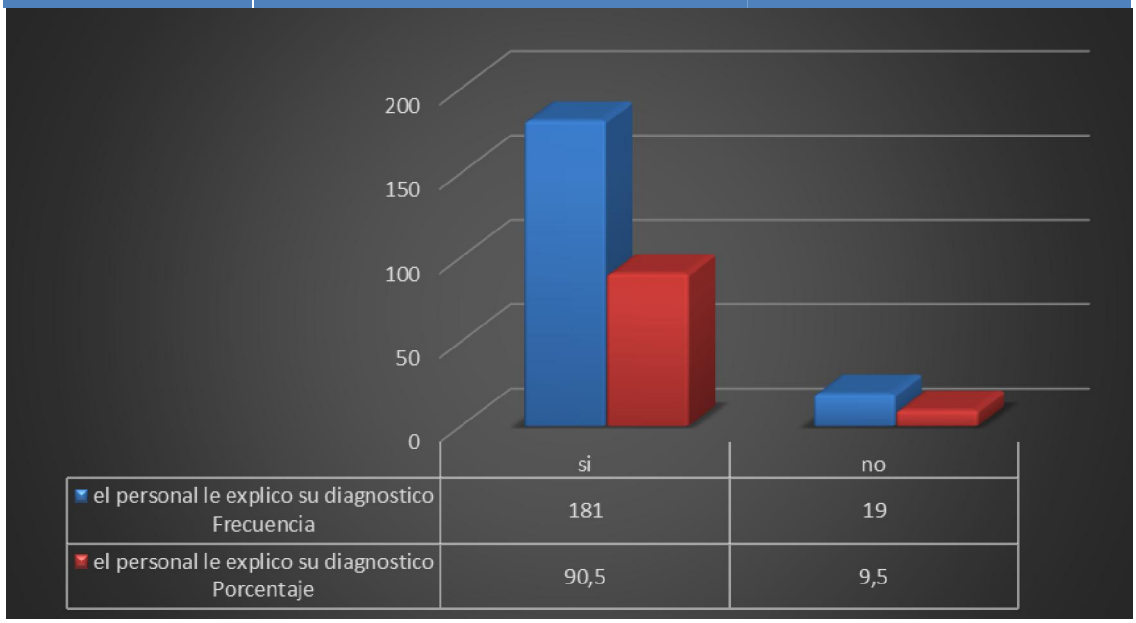
Nota Explicativa.- En la presente grafica podemos observar que el 94.5% (189 pacientes) fueron examinados y el 5.5 % (11 pacientes) no se lo examino.

Tabla Nº 11

EL PERSONAL ASISTENCIAL LE EXPLICO SU DIAGNOSTICO

	Frecuencia	Porcentaje

Si	181	90.5%
No	19	9.5%
Total	200	100%



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

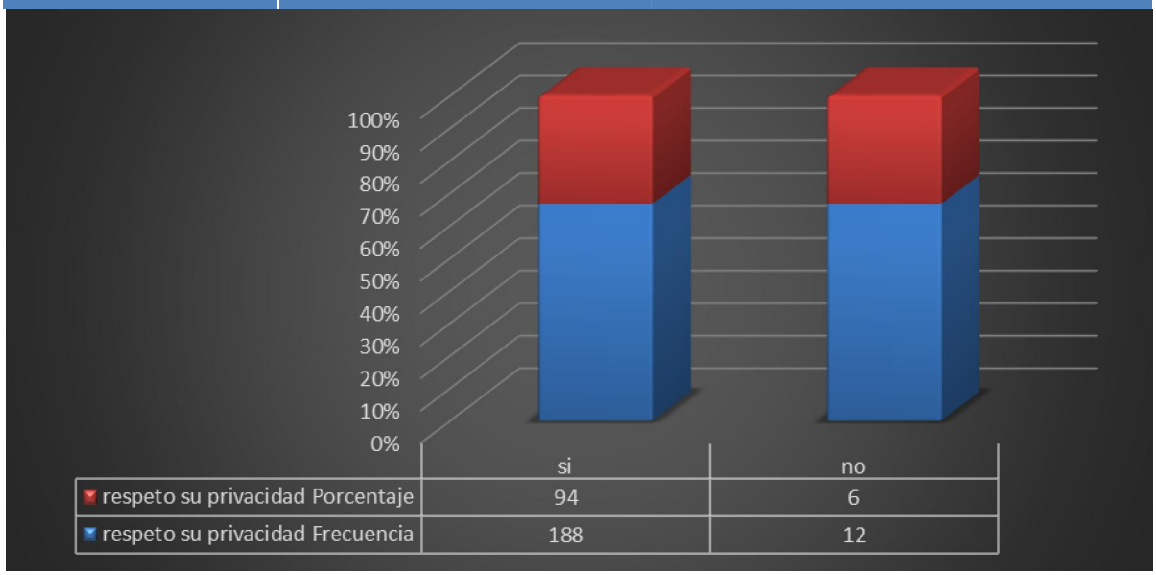
Nota Explicativa.- En la presente grafica podemos observar que el 90.5% (181 pacientes) fueron examinados y el 9.5 % (19 pacientes) no se los examino.

Tabla Nº 12

SE RESPETÓ SU PRIVACIDAD EN LA CONSULTA MÉDICA

	Frecuencia	Porcentaje

Si	188	94%
No	12	6%
Total	200	100%



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

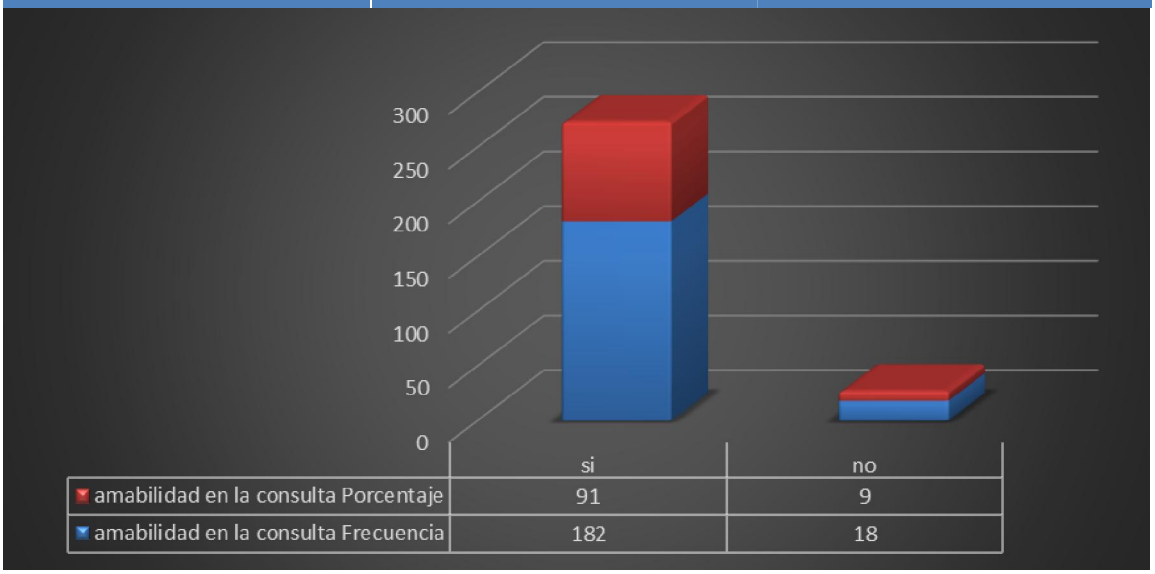
Nota Explicativa.- En la presente grafica podemos observar que el 94% (188 pacientes) se respetó su privacidad y el 6% (12 pacientes) no se le llego a respetar su privacidad.

Tabla Nº 13

SE LE TRATO CON AMABILIDAD EN LA CONSULTA

	Frecuencia	Porcentaje

Si	182	91%
No	18	9%
Total	200	100%



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

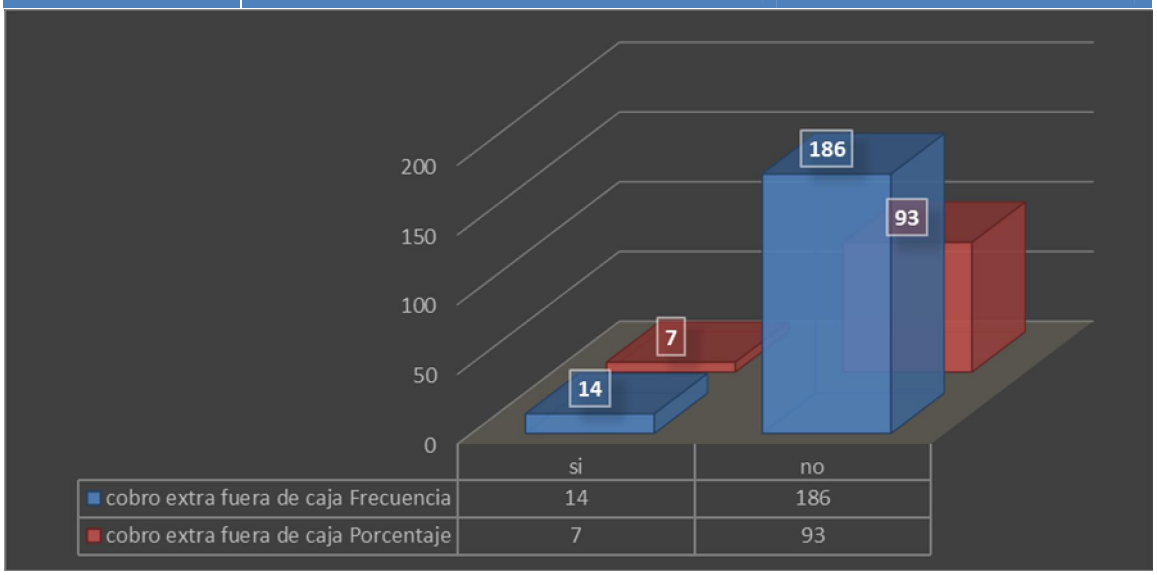
Nota Explicativa.- En la presente grafica podemos observar que el 91% (182 pacientes) se los trato con amabilidad en la consulta y el 9% (18 pacientes) no se los trato con amabilidad.

Tabla Nº 14

SE REALIZO COBROS EXTRA FUERA DE CAJA

	Frecuencia	Porcentaje

Si	14	7%
No	186	93%
Total	200	100%



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

Nota Explicativa.- En la presente grafica podemos observar que el 93% (196 pacientes) no se les realizo ningún cobro extra, el 7% (14 pacientes) se les realizo cobros fuera de caja.

Tabla Nº 15

SE LE RECOMENDÓ CONTINUAR SU TRATAMIENTO EN CONSULTA PARTICULAR

	Frecuencia	Porcentaje
Si	14	7%
No	186	93%
Total	200	100%

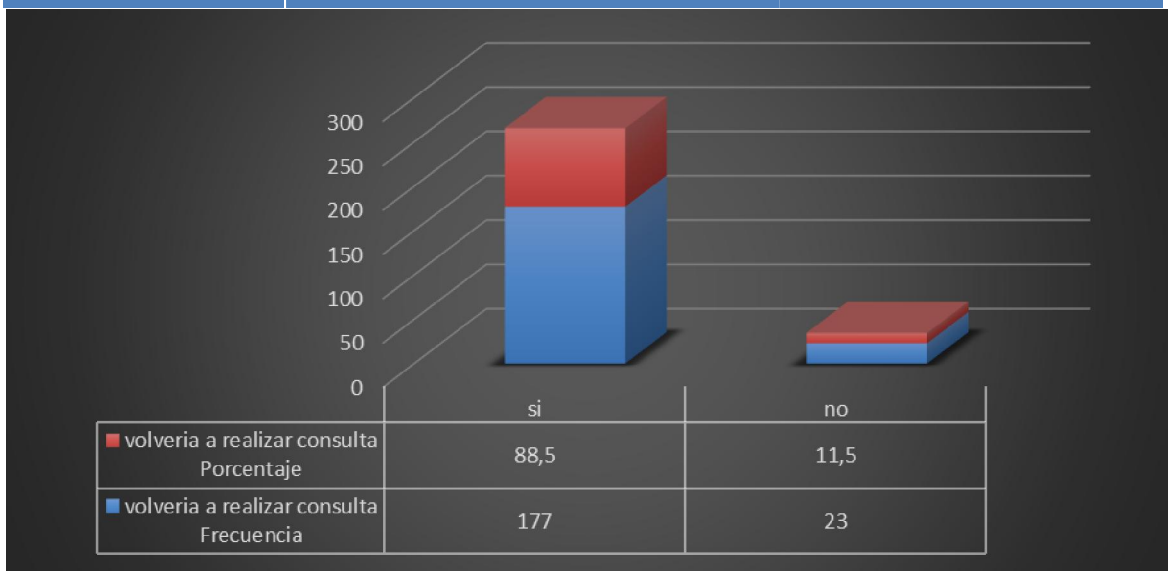
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

Nota Explicativa.- En la presente grafico podemos observar que el 93% (186 pacientes) no se les recomendó continuar su consulta en forma particular, el 7% (14 pacientes) se les pidió realizar sus tratamientos en consulta particular.

Tabla Nº 16

VOLVERÍA A EFECTUAR CONSULTA NUEVAMENTE EN EL INSTITUTO

	Frecuencia	Porcentaje
Si	177	88.5%
No	23	11.5%
Total	200	100%



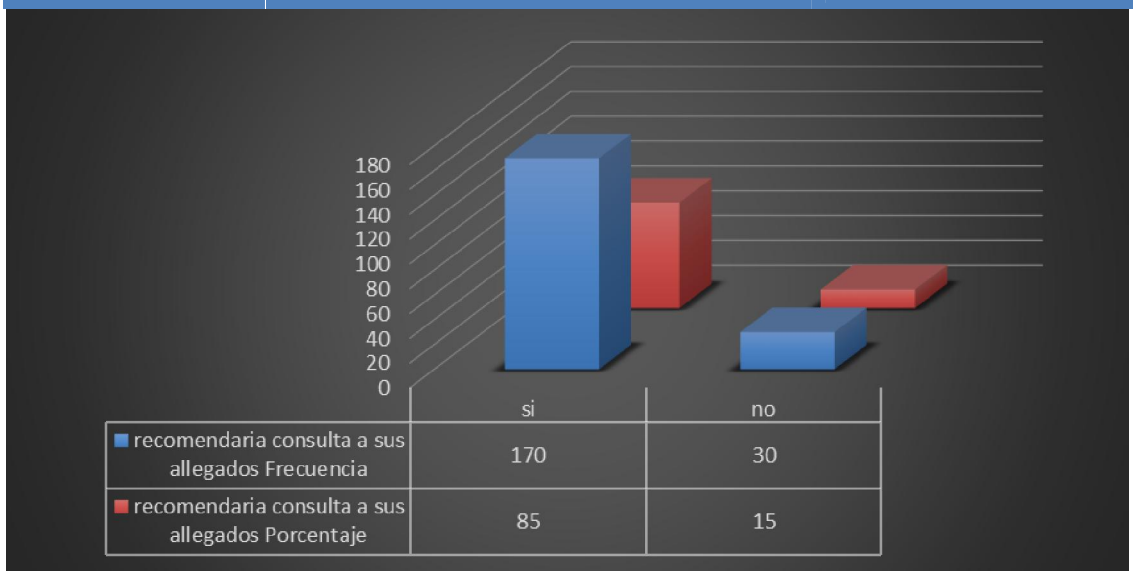
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

Nota Explicativa.- En la presente grafica podemos observar que el 88.5% (177 pacientes) volvería a efectuar consulta en el instituto, el 11.5% (23 pacientes) no volverían a realizar consulta en el instituto.

Tabla Nº 17

USTED RECOMENDARÍA A SUS ALLEGADOS REALIZAR CONSULTA MEDICA EN EL INSTITUTO

	Frecuencia	Porcentaje
Si	170	85%
No	30	15%
Total	200	100%



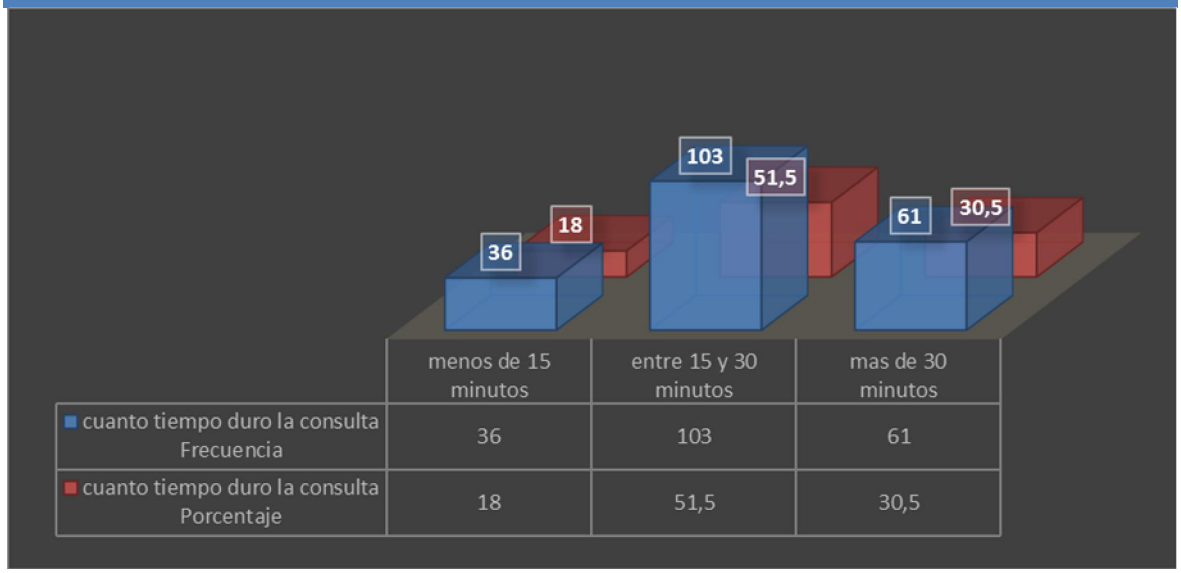
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

Nota Explicativa.- En la presente grafica podemos observar que el 15% (30 pacientes) no recomendaría a sus allegados realizar consulta y el 85% (170 pacientes) recomendaría realizar consulta en el instituto.

Tabla Nº 18

CUANTO TIEMPO DURO LA CONSULTA A LA QUE ASISTIÓ

	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 15 minutos	36	18%
Entre 15 y 30 minutos	103	51.5%
Más de 30 minutos	61	30.5%
Total	200	100%



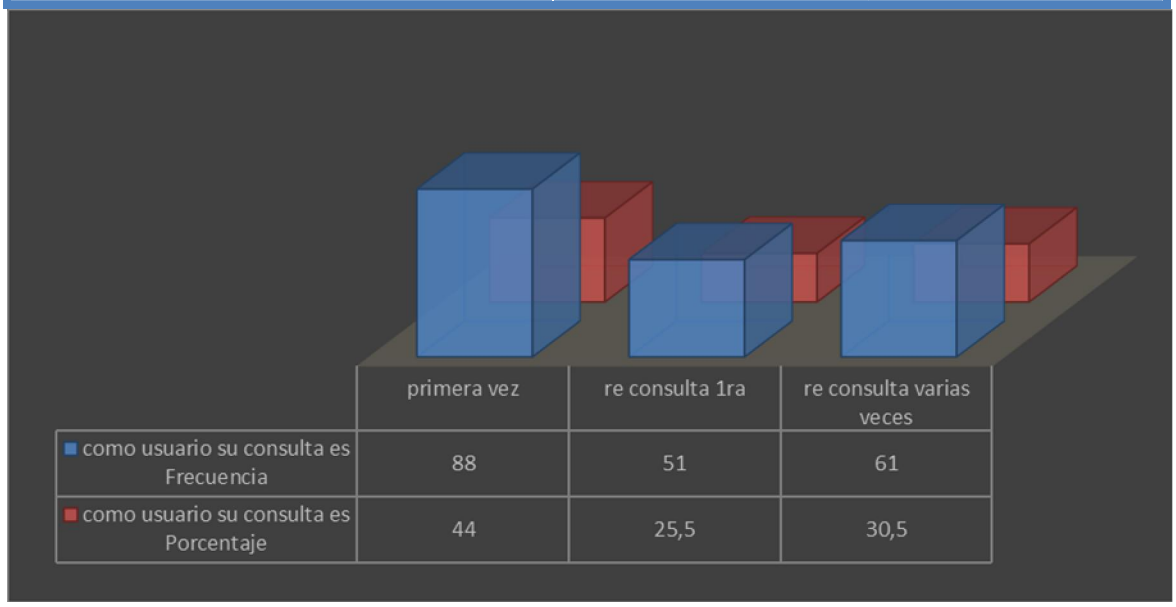
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

Nota Explicativa.- En la presente grafica podemos observar que el 51.5% (103 pacientes) su consulta fue entre 15 y 30 minutos, el 30.5% (61 pacientes) realizo consulta más de 30 minutos y el 18% (36 pacientes) su consulta fue menos de 15 minutos en el instituto.

Tabla Nº 19

COMO USUARIO SU CONSULTA ES

	Frecuencia	Porcentaje
Primera vez	88	44%
Re consulta 1ra	51	25.5%
Re consulta varias veces	61	30.5%
Total	200	100%



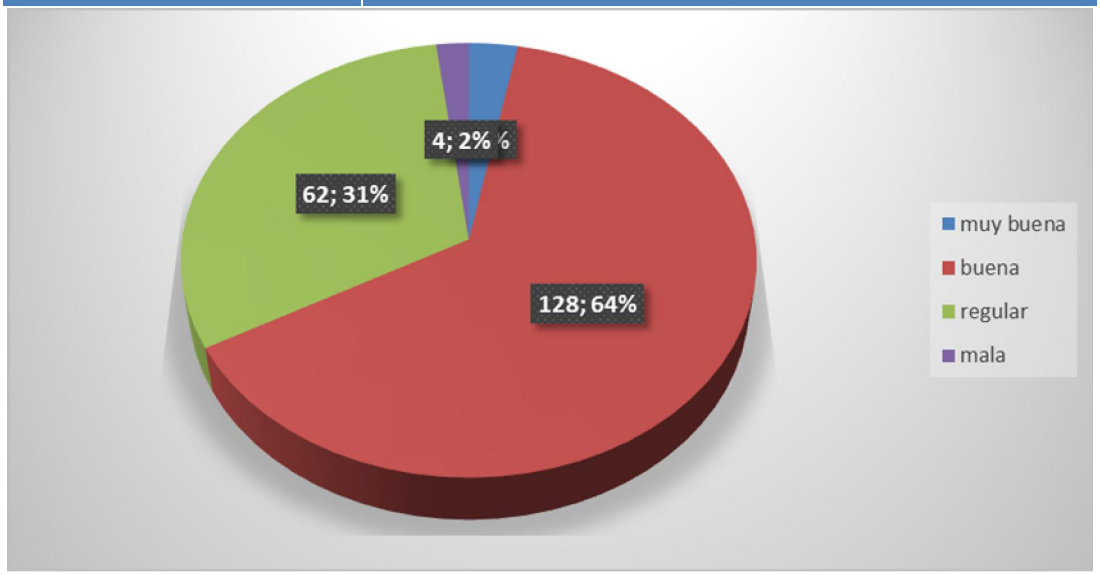
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

Nota Explicativa.- En la presente grafica podemos observar que el44% (88 pacientes) viene por primera vez, 30.5% (61 pacientes) viene como re consulta varias veces, 25.5% (51 pacientes) viene como re consulta por primera vez.

Tabla Nº 20

SEGÚN SU CRITERIO COMO ES LA INFRAESTRUCTURA PARA DEL INSTITUTO

	Frecuencia	Porcentaje
Muy buena	6	3%
Buena	128	64%
Regular	62	31%
Mala	4	2%
Total	200	100%



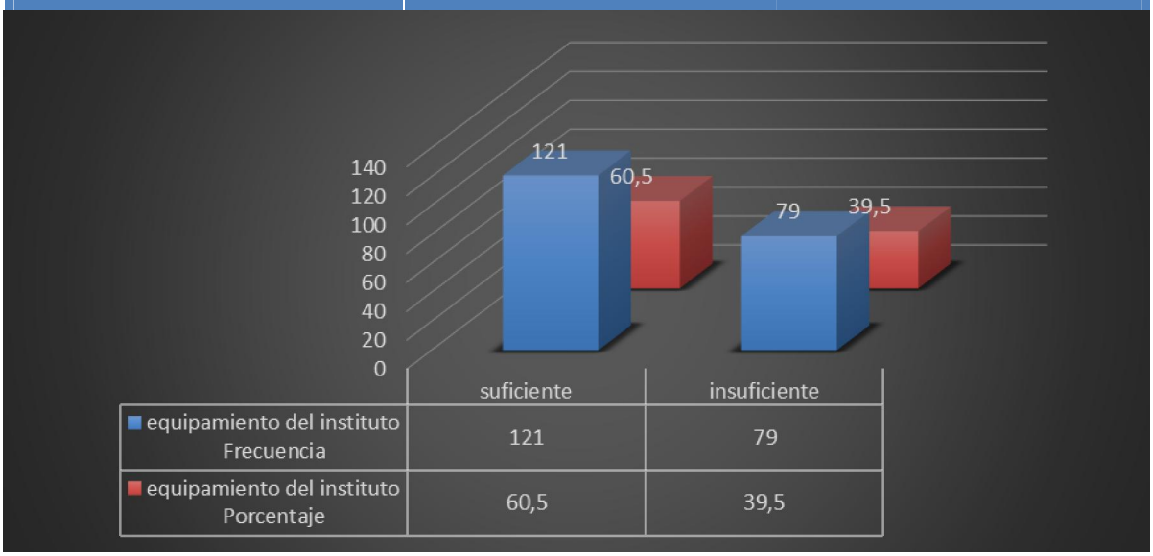
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

Nota Explicativa.- En la presente grafica podemos observar que el64% (128 pacientes) piensa que la infraestructura es buena, 31% (62 pacientes) piensa que la infraestructura es regular, el 3% (6 pacientes) piensa que es muy buena y el 2% (4 pacientes) es mala.

Tabla Nº 21

EL EQUIPAMIENTO PARA SUS TRATAMIENTOS FUE SUFICIENTE O INSUFICIENTE

	Frecuencia	Porcentaje
Suficiente	121	60.5%
Insuficiente	79	39.5%
Total	200	100%



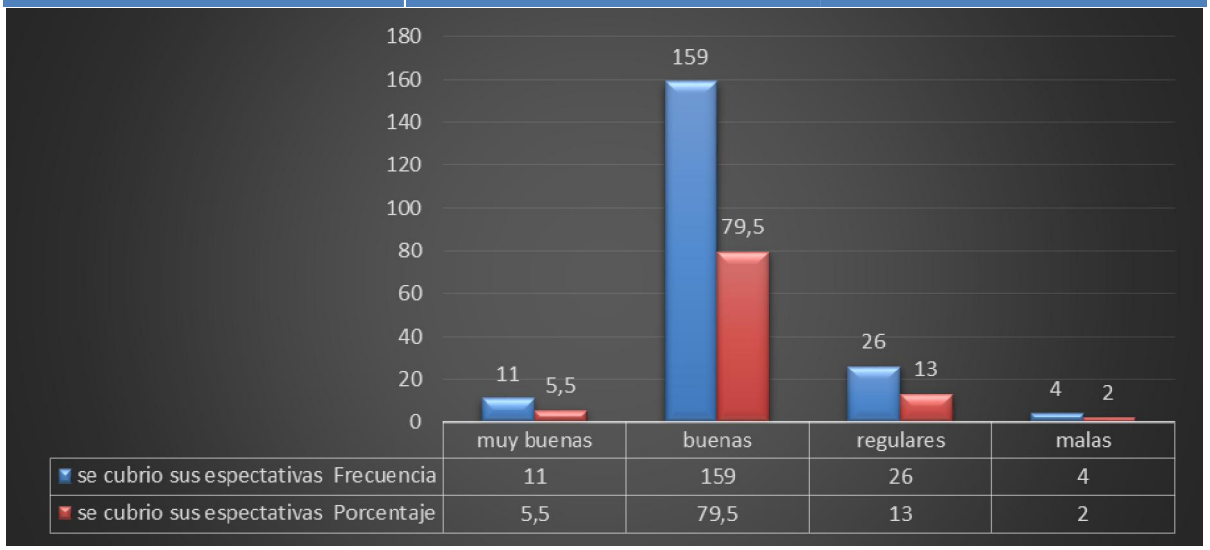
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

Nota Explicativa.- En la presente grafica podemos observar que el 60.5% (121 pacientes) piensa que el Instituto cuenta con equipamiento suficiente para su tratamiento y el 39.5% (79 pacientes) piensa que el equipamiento del instituto no es suficiente para su tratamiento.

Tabla Nº 22

SEGÚN SU PERSPECTIVA COMO SIENTE QUE EL INSTITUTO CUBRIÓ SUS EXPECTATIVAS ASISTENCIALES

	Frecuencia	Porcentaje
muy buenas	11	5.5%
buenas	159	79.5%
regulares	26	13%
malas	4	2%
Total	200	100%



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

Nota Explicativa.- En la presente grafica podemos observar que el79.5% (159 pacientes) su expectativa fue buena, el 13% (26 pacientes) su expectativa fue regular, 5.5% (11 pacientes) fue sus expectativas muy buenas y el 2% (4 pacientes) sus expectativas fueron malas.

RELACIÓN DE VARIABLES CON CHI- CUADRADO

Tabla Nº 23

CHI CUADRADO DE EDAD Y SEXO

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12,528	16	,707
Razón de verosimilitudes	14,723	16	,545
Asociación lineal por lineal	,058	1	,809
N de casos válidos	200		

FUENTE: ELABORACUION PROPIA

Nota Explicativa: según la significancia de .P≤ 707 estando el P ≤ 0.005 en la relación de edad y sexo de los pacientes que vienen a consulta podemos dar a conocer que no hay diferencia entre las proporciones de edad y sexo de los pacientes.

Tabla Nº 24

CHI CUADRADO DE EDAD Y SERVICIO AL QUE ACUDIO

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	43,732[a]	48	,648
Razón de verosimilitudes	50,720	48	,367
N de casos válidos	200		
59 casillas (86,8%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,04.			

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

Nota Explicativa: según la significancia de .P≤ 648 estando el P ≤ 0.005 en la relación de edad y servicio al que acudió podemos dar a conocer que no hay diferencia entre las proporciones de edad y el servicio al que acudió.

Tabla Nº 25

CHI CUADRADO DE SERVICIO AL QUE ACUDIO Y EL TIEMPO DE ESPERA HASTA LA ATENCION MÉDICA

		Tiempo desde la ficha y la atención medica				Total
		menos de 15 minutos	de 15 a 30 minutos	de 31 a 60 minutos	más de 60 minutos	
servicio al que acudió	Ortopedia y Traumatología	20	25	22	24	91
	Fisioterapia y Kinesiología	15	29	21	11	76
	Ortesis	10	13	2	4	29
	Otros	2	1	1	0	4
Total		47	68	46	39	200

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	14,348[a]	9	,110
Razón de verosimilitudes	15,796	9	,071
N de casos válidos	200		
a. 4 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,78.			

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

Nota Explicativa: Según la significancia de P≤ 110 estando el P ≤ 0.005 en la relación de servicio al que acudió y tiempo de espera hasta la atención médica podemos dar a conocer que no hay diferencia entre las variables.

Tabla Nº 26

CHI CUADRADO DE TIEMPO DE ESPERA DESDE LA COMPRA DE FICHAS HASTA LA ATENCIÓN MÉDICA Y PERCEPCIÓN DEL PACIENTE DEL TRATO DEL PERSONAL HASTA ANTES DE LA ATENCION MÉDICA

		Trato del personal hasta antes de la consulta				Total
		muy buena	buena	regular	mala	
Tiempo de espera desde la compra de ficha hasta la atención medica	menos de 15 minutos	0	24	23	0	47
	de 15 a 30 minutos	0	34	34	0	68
	de 31 a 60 minutos	1	14	29	2	46
	más de 60 minutos	0	10	29	0	39
Total		1	82	115	2	200

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	19,483[a]	9	,021
Razón de verosimilitudes	18,447	9	,030
N de casos válidos	200		

a. 8 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,20.

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

Nota Explicativa: Según la significancia de P≤ 021 estando el P ≤ 0.005 en la relación de tiempo de espera desde la compra de servicios hasta la atención médica y el trato del personal hasta antes de la consulta podemos dar a conocer que no hay significancia entre las variables.

Tabla Nº 27

CHI CUADRADO SE LE EXPLICO SU DIAGNOSTICO Y EL INSTITUTO CUBRIÓ SUS EXPECTATIVAS MEDICAS

		Se cubrió sus expectativas medicas				Total
		muy buenas	buenas	regulares	malas	
Se le explico su diagnostico	si	10	142	25	4	181
	no	1	17	1	0	19
Total		11	159	26	4	200

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,651[a]	3	,648
Razón de verosimilitudes	2,276	3	,517
N de casos válidos	200		

a. 4 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,38.

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

Nota Explicativa: Según la significancia de P≤648 estando el P ≤ 0.005 en la relación de se cubrió sus expectativas médicas y se le explico su diagnóstico podemos dar a conocer que no hay significancia entre las variables.

Tabla Nº 28

CHI CUADRADO SE LE REALIZO COBROS EXTRA FUERA DE CAJA Y EL INSTITUTO CUBRIÓ SUS EXPECTATIVAS MEDICAS

		Se cubrió sus expectativas medicas				Total
		muy buenas	buenas	regulares	malas	
Se realizó cobros extra fuera de caja	si	2	10	2	0	14
	no	9	149	24	4	186
Total		11	159	26	4	200

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,556[a]	3	,465
Razón de verosimilitudes	2,239	3	,524
N de casos válidos	200		

a. 4 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,28.

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

Nota Explicativa: Según la significancia de P≤465 estando el P ≤ 0.005 en la relación de se cubrió sus expectativas médicas y se le realizo cobros extra fuera de caja podemos dar a conocer que no hay significancia entre las variables.

Tabla Nº 29

CHI CUADRADO SE LE TRATO CON AMABILIDAD EN LA CONSULTA Y EL INSTITUTO CUBRIÓ SUS EXPECTATIVAS MEDICAS

		Se cubrió sus expectativas medicas				Total
		muy buenas	buenas	regulares	malas	
Se le trato con amabilidad en la consulta	si	11	144	23	4	182
	no	0	15	3	0	18
Total		11	159	26	4	200

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,725[a]	3	,631
Razón de verosimilitudes	3,055	3	,383
N de casos válidos	200		

a. 4 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,36.

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

Nota Explicativa: Según la significancia de P≤631 estando el P ≤ 0.005 en la relación de se cubrió sus expectativas médicas y se le trato con amabilidad en la consulta podemos dar a conocer que no hay significancia entre las variables.

Tabla Nº 30

CHI CUADRADO DE VOLVERÍA A REALIZAR CONSULTA EN EL INSTITUTO Y EL INSTITUTO CUBRIÓ SUS EXPECTATIVAS MEDICAS

		Se cubrió sus expectativas medicas				Total
		muy buenas	buenas	regulares	Malas	
Volvería a realizar consulta en el instituto	si	11	139	23	4	177
	no	0	20	3	0	23
Total		11	159	26	4	200

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,131[a]	3	,546
Razón de verosimilitudes	3,842	3	,279
N de casos válidos	200		

a. 4 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,46.

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

Nota Explicativa: Según la significancia de P≤546 estando el P ≤ 0.005 en la relación de se cubrió sus expectativas médicas y volvería a efectuar consulta en el Instituto podemos dar a conocer que no hay significancia entre las variables.

Tabla Nº 31

CHI CUADRADO DE CUANTO TIEMPO DURO LA CONSULTA Y EL INSTITUTO CUBRIÓ SUS EXPECTATIVAS MEDICAS

		Se cubrió sus expectativas medicas				Total
		muy buenas	buenas	regulares	Malas	
Cuanto tiempo duro la consulta	menos de 15 minutos	2	23	10	1	36
	entre 15 y 30 minutos	6	88	9	0	103
	mas de 30 minutos	3	48	7	3	61
Total		11	159	26	4	200

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13,985[a]	6	,030
Razón de verosimilitudes	14,037	6	,029
N de casos válidos	200		

a. 6 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,72.

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

Nota Explicativa: Según la significancia de P≤0.30 estando el P ≤ 0.005 en la relación de se cubrió sus expectativas médicas y el tiempo que duro la consulta podemos dar a conocer que no hay significancia entre las variables.

Tabla Nº 32

CHI CUADRADO EL EQUIPAMIENTO MEDICO Y EL INSTITUTO CUBRIERON SUS EXPECTATIVAS MEDICAS

		Se cubrió sus expectativas medicas				Total
		muy buenas	buenas	regulares	malas	
Equipamiento médico del instituto fue	suficiente	7	112	2	0	121
	insuficiente	4	47	24	4	79
Total		11	159	26	4	200

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	43,086[a]	3	,000
Razón de verosimilitudes	46,797	3	,000
N de casos válidos	200		

a. 3 casillas (37,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,58.

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

Nota Explicativa: Según la significancia de P≥000 estando el P ≥ 0.005 en la relación de se cubrió sus expectativas médicas y el equipamiento médico del instituto podemos dar a conocer que hay significancia entre las variables.

Tabla Nº 33

CHI CUADRADO DE LA INFRAESTRUCTURA DEL INSTITUTO PARA ATENCIÓN MEDICA Y EL INSTITUTO CUBRIERON SUS EXPECTATIVAS MEDICAS

		Se cubrió sus expectativas medicas				Total
		muy buenas	buenas	regulares	malas	
La infraestructura del instituto para la atención medica	muy buena	3	2	1	0	6
	buena	8	116	4	0	128
	regular	0	41	20	1	62
	mala	0	0	1	3	4
Total		11	159	26	4	200

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	170,640[a]	9	,000
Razón de verosimilitudes	75,167	9	,000
N de casos válidos	200		

a. 11 casillas (68,8%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,08.

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

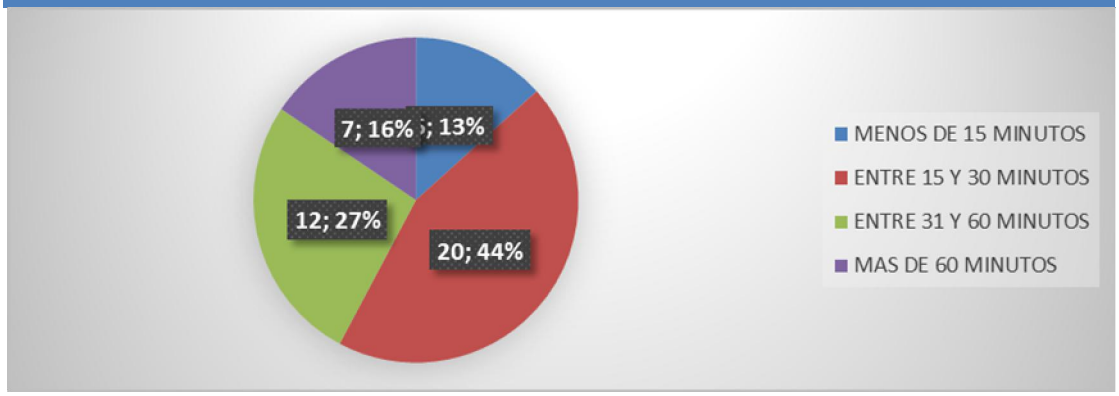
Nota Explicativa: Según la significancia de P≥000 estando el P≥ 0.005 en la relación de se cubrió sus expectativas médicas y la infraestructura del instituto para la asistencia médica podemos dar a conocer que hay significancia entre las variables.

ENCUESTA A GRUPOS FOCALES

Tabla Nº 34

TIEMPO DE ESPERA PARA LA ATENCIÓN MÉDICA

MENOS DE 15 MINUTOS	6	
ENTRE 15 Y 30 MINUTOS	20	
ENTRE 31 Y 60 MINUTOS	12	
MAS DE 60 MINUTOS	7	
Total	45	Pacientes



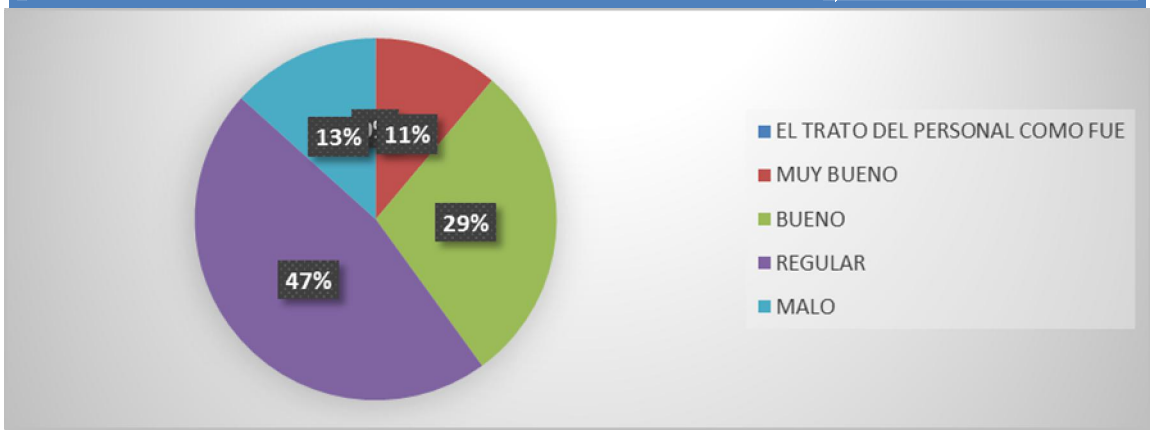
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

Nota Explicativa: Según la gráfica la mayoría delos pacientes esperaron entre 15 y 30 minutos 44%(20 pacientes), seguido de 31 a 60 minutos 27% (12 pacientes), más de 60 minutos 16% (7 pacientes), menos de 15 minutos 13% (6 pacientes).

Tabla Nº 35

EL TRATO DEL PERSONAL ASISTENCIAL COMO FUE

MUY BUENO	5
BUENO	13
REGULAR	21
MALO	6
Total	45



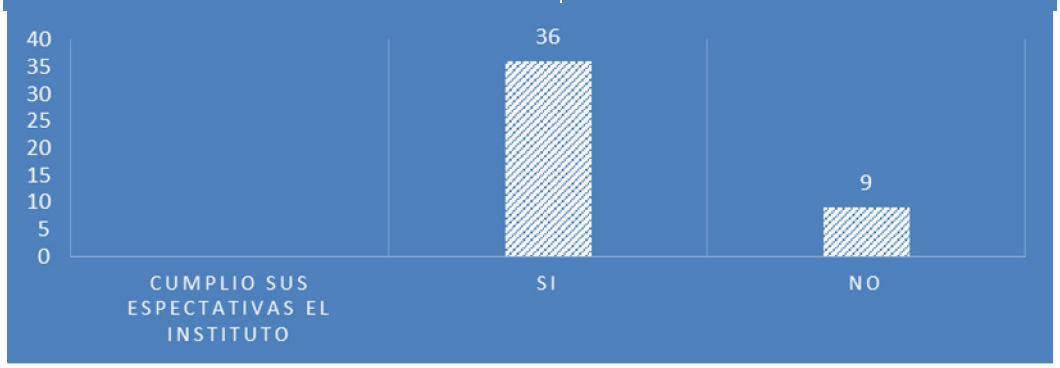
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

Nota Explicativa: Según la gráfica el trato del personal asistencial fue regular 47% (21 pacientes), bueno 29% (13 pacientes), malo 13% (6 pacientes), muy bueno 11% (5 pacientes).

Tabla Nº 36

CUMPLIÓ SUS EXPECTATIVAS EL INSTITUTO

SI	36
NO	9
Total	45



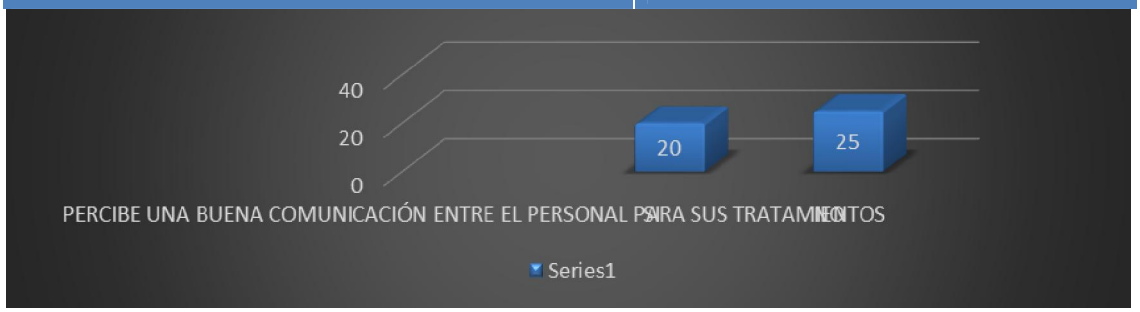
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

Nota Explicativa: Según la gráfica el Instituto cumplió sus expectativas asistenciales Si en 36 pacientes (80%), y en 9 pacientes no (20%).

Tabla Nº 37

PERCIBE UNA BUENA COMUNICACIÓN ENTRE EL PERSONAL PARA SUS TRATAMIENTOS

SI	20
NO	25



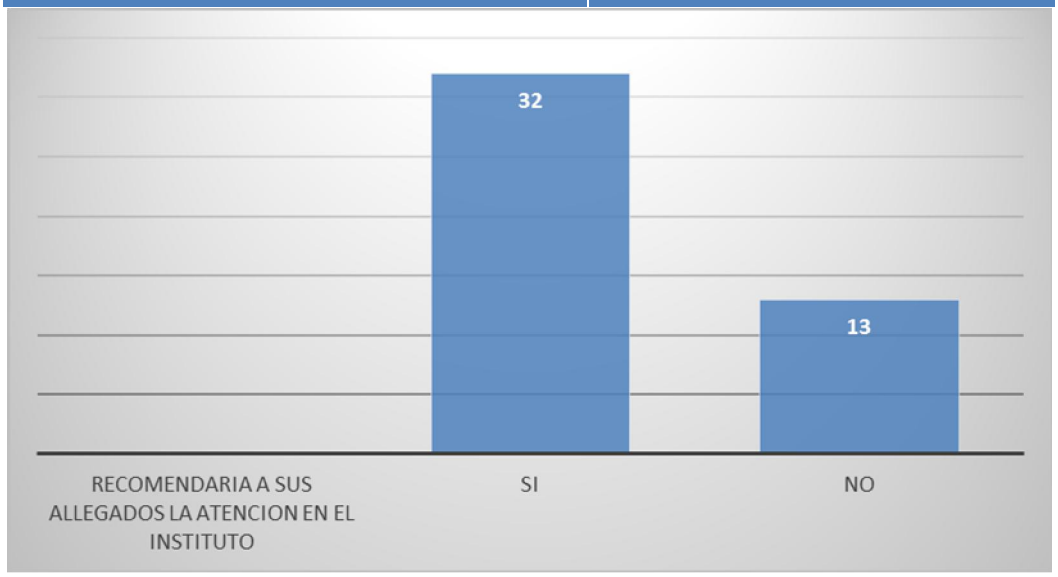
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

Nota Explicativa: Según la gráfica percibe una buena comunicación entre el personal para la realización de sus tratamientos Si (20 pacientes), No (25 pacientes).

Tabla Nº 38

RECOMENDARÍA A SUS ALLEGADOS LA ATENCIÓN EN EL INSTITUTO

SI	32
NO	13



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

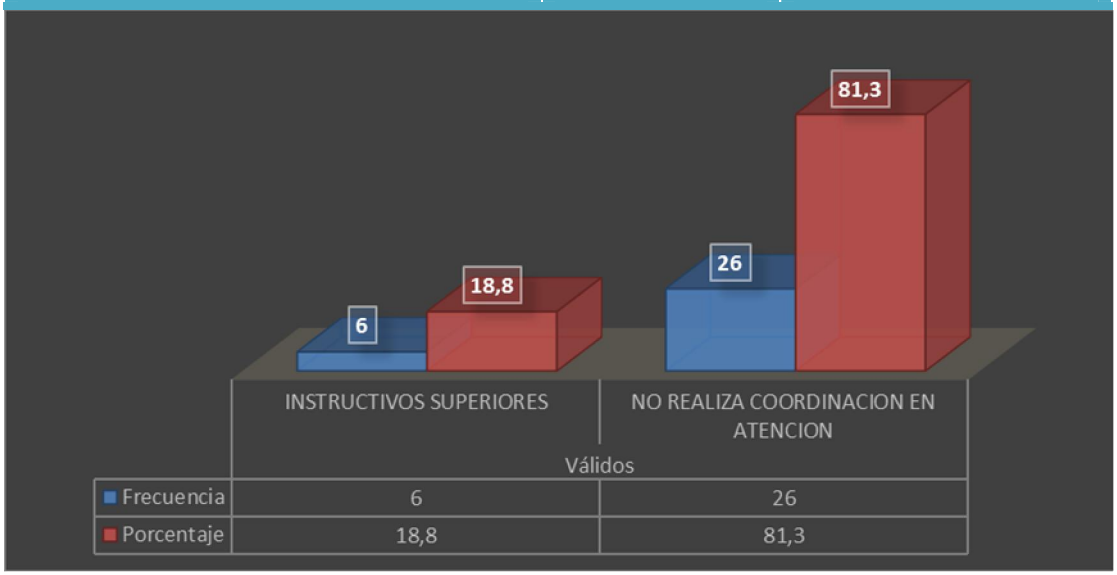
Nota Explicativa: Según la gráfica percibe una buena comunicación entre el personal para la realización de sus tratamientos Si (32 pacientes), No (13 pacientes).

FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE COORDINACIÓN DEL PERSONAL

Tabla Nº 39

COMO REALIZA LA COORDINACIÓN PARA LA ATENCIÓN EN SALUD ENTRE SUS COMPAÑEROS DE TRABAJO

	Frecuencia	Porcentaje
INSTRUCTIVOS SUPERIORES	6	18.8%
NO REALIZA COORDINACIÓN EN ATENCIÓN	26	81.3%
REUNIONES SEMANALES O MENSUALES	0	0%
CONSENSO DE TRABAJO DE EQUIPO	0	0%
Total	32	100%



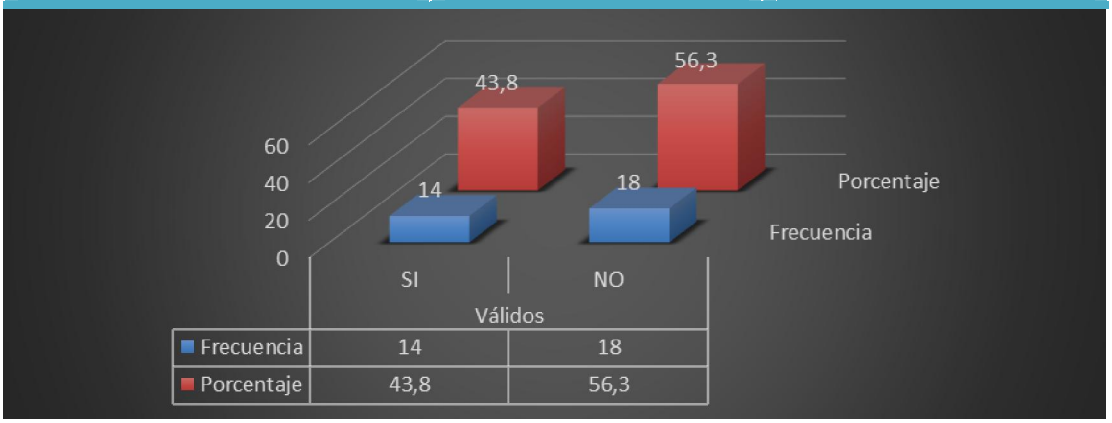
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

Nota Explicativa: Según la gráfica la coordinación en atención en salud es del 18.8% (6 funcionarios) y el 81.3% (26 funcionarios) no realizan ningún tipo de coordinación de trabajo.

Tabla Nº 40

TIENE METAS ANUALES TRAZADAS EN SU FUENTE LABORAL

	Frecuencia	Porcentaje
SI	14	43.8%
NO	18	56.3%
Total	32	100%



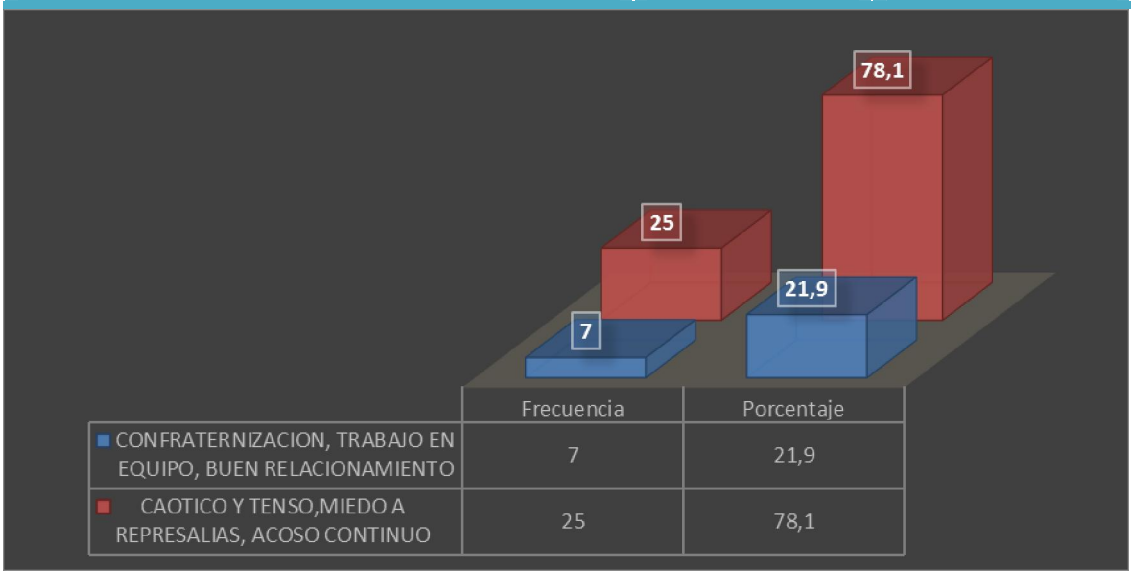
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

Nota Explicativa: Según la gráfica para ver si tienen metas anuales trazadas en su fuente laboral el 43.8% (14 funcionarios) tiene metas, el 56.3% (18 funcionarios) no tiene metas en su fuente laboral.

Tabla Nº 41

COMO CATALOGA A L AMBIENTE LABORAL DONDE TRABAJA

	Frecuencia	Porcentaje
CONFRATERNIZACIÓN, TRABAJO EN EQUIPO, BUEN RELACIONAMIENTO	7	21.9%
CAÓTICO Y TENSO, MIEDO A REPRESALIAS, ACOSO CONTINUO	25	78.1%
Total	32	100%



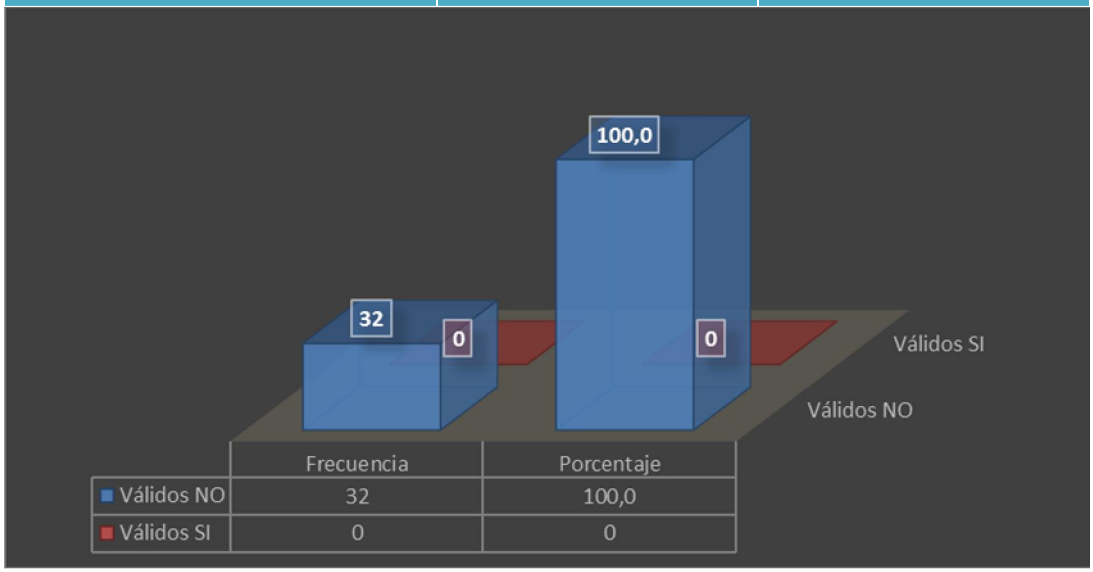
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

Nota Explicativa: Según la gráfica para ver como cataloga al ambiente laboral donde trabaja el 21% (7 funcionarios) confraternizan, el 78.1 % (25 funcionarios) ven que es caótico, tenso, con represalias y acoso continuo.

Tabla Nº 42

LA INFORMACIÓN QUE SE TRANSMITE DE SUS SUPERIORES PARA LA ATENCIÓN ES CLARA, COHERENTE Y OPORTUNA

	Frecuencia	Porcentaje
NO	32	100%
SI	0	0%



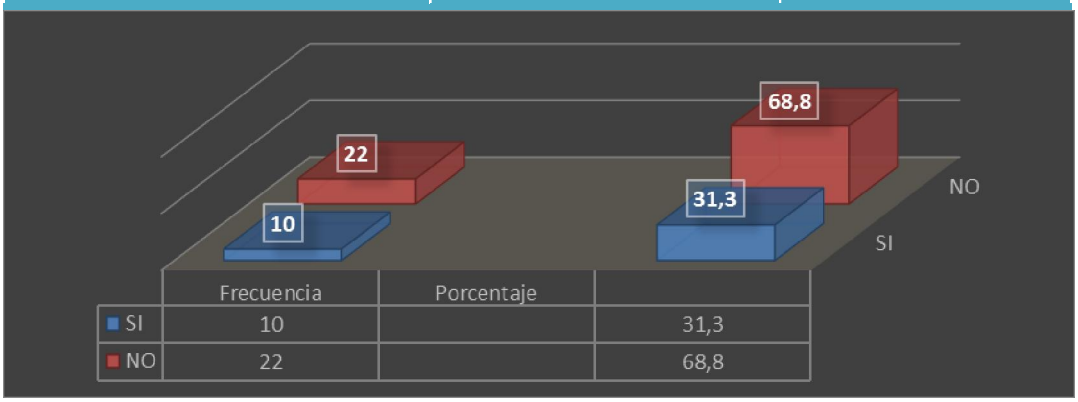
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

Nota Explicativa: Según la gráfica para ver como la información que se transmite de parte de sus superiores es clara, coherente y oportuna el 100% (32 funcionarios) expresan que no y el 0%(0 funcionarios) dice que sí.

Tabla Nº 43

EXISTE TRABAJO EN EQUIPO ENTRE EL PERSONAL DESDE SU PUNTO DE VISTA

	Frecuencia	Porcentaje
SI	10	31.3%
NO	22	68.8%
Total	32	100%



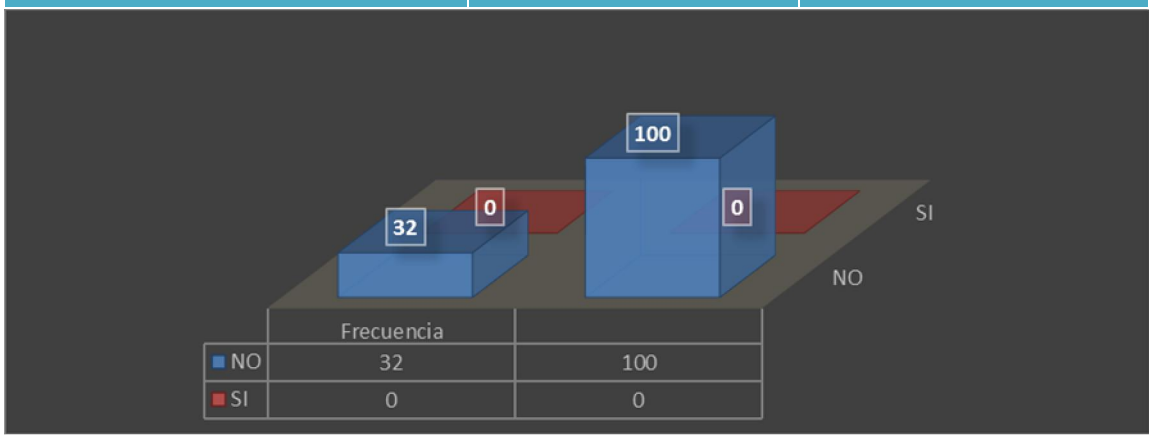
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

Nota Explicativa: Según la gráfica para ver si hay trabajo en equipo entre el personal el 31.3% (10 funcionarios) refiere que si hay, el 68.8% (22 funcionarios) dice que no.

Tabla Nº 44

LA COMUNICACIÓN ES FLUIDA Y RECIPROCA ENTRE TODO EL PERSONAL Y SUS SUPERIORES

	Frecuencia	Porcentaje
NO	32	100%
SI	0	0%



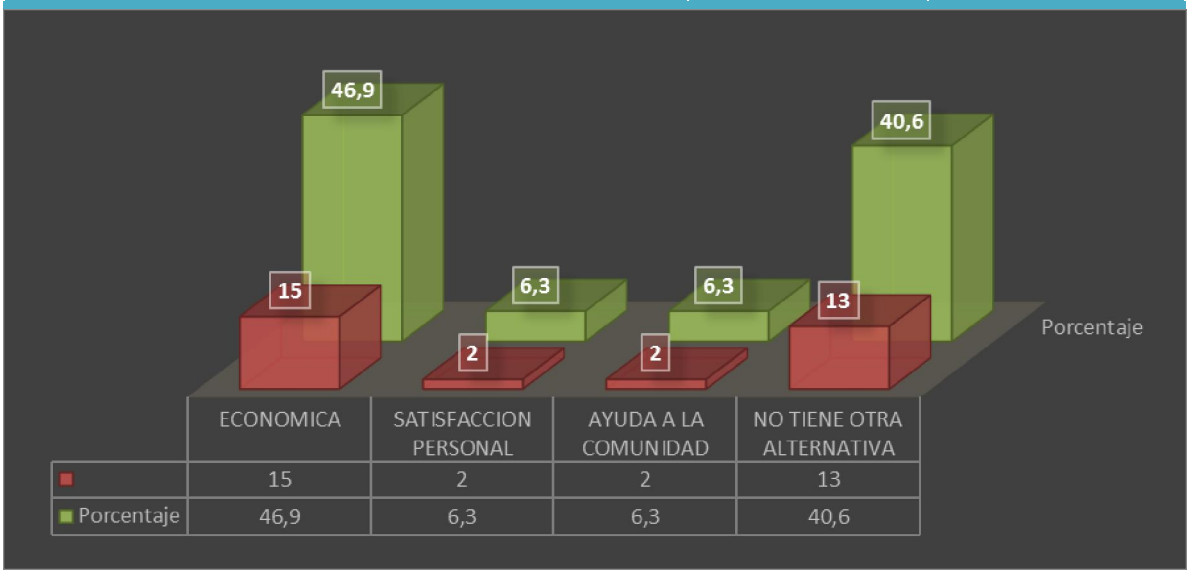
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

Nota Explicativa: Según la gráfica para ver la comunicación si es fluida el 100% (32 funcionarios) refiere que no y el 0% (0 funcionarios) dice que sí.

Tabla Nº 45

EL TRABAJO QUE REALIZA ES CON EL FIN DE PERCIBIR UNA REMUNERACIÓN

	Frecuencia	Porcentaje
ECONÓMICA	15	46.9%
SATISFACCIÓN PERSONAL	2	6.3%
AYUDA A LA COMUNIDAD	2	6.3%
NO TIENE OTRA ALTERNATIVA	13	40.6%
Total	32	100%



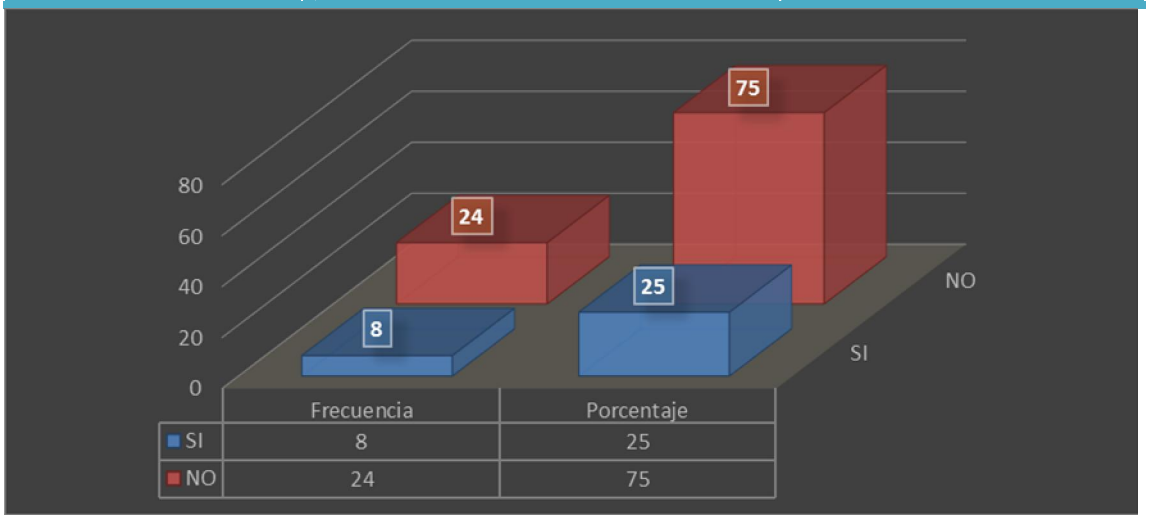
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

Nota Explicativa: Según la gráfica para ver qué tipo de remuneración percibe el 46.9%(15 funcionarios) es económica, el 40.6% (13 funcionarios) es no tiene otra alternativa, 6.3% (2 funcionarios) es de ayuda a la comunidad y el 6.3% (2 funcionarios) es de satisfacción personal.

Tabla Nº 46

SE ESCUCHA SUS INQUIETUDES DE MEJORAR SUS FUNCIONES O SE LE NIEGA TODA FORMA DE INICIATIVA PERSONAL

	Frecuencia	Porcentaje
SI	8	25%
NO	24	75%
Total	32	100%



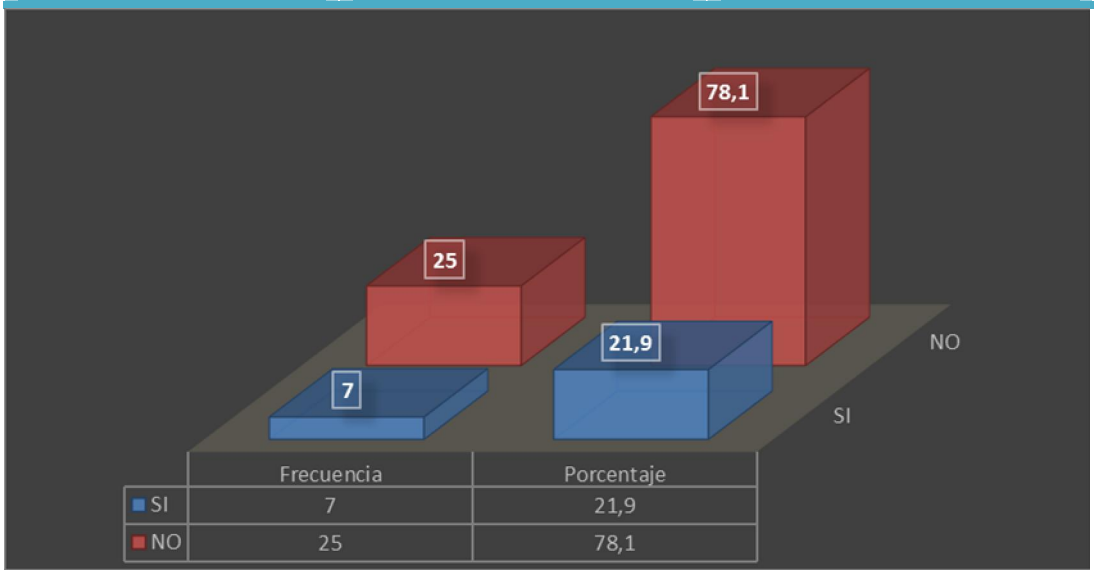
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

Nota Explicativa: Según la gráfica para ver si se escucha sus inquietudes para mejorar su trabajo el 75% (24 funcionarios) refiere que no y el 25% (8 funcionarios) dice que sí.

Tabla Nº 47

ESTA SATISFECHO CON SU PUESTO DE TRABAJO

	Frecuencia	Porcentaje
SI	7	21.9%
NO	25	78.1%
Total	32	100%



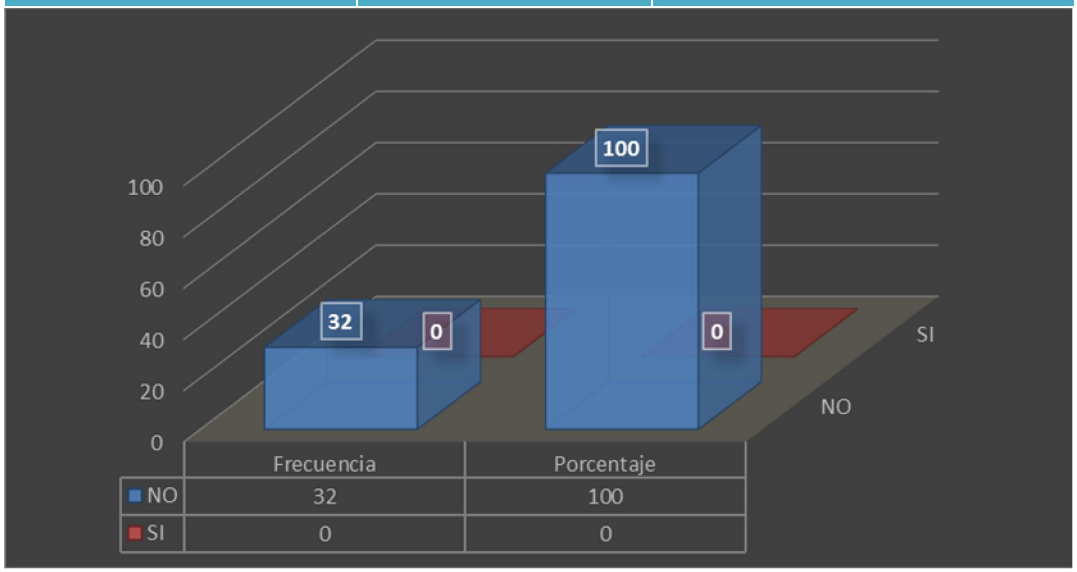
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

Nota Explicativa: Según la gráfica para ver si está satisfecho con su puesto de trabajo el 78.1% (32 funcionarios) refiere que no y el 21.9% (7 funcionarios) refiere que sí.

Tabla Nº 48

LA CANTIDAD DE PERSONAL ES SUFICIENTE PARA LA REALIZACIÓN DE LAS ATENCIONES EN SALUD

	Frecuencia	Porcentaje
NO	32	100%
SI	0	0%



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

Nota Explicativa: Según la gráfica para ver si la cantidad de personal es suficiente para la realización de atenciones en salud el 100% (32 funcionarios) refieren que no y el 0%(0 funcionarios) refiere que sí.

13. CONCLUSIONES

De acuerdo a los objetivos específicos planteados en el estudio podemos determinar:

Relacionando con el Objetivo Nº1:

> Establecer el porcentaje de insatisfacción de los pacientes en el Instituto de Rehabilitación Infantil.

Según el estudio realizado el porcentaje insatisfacción de la atención en salud no es muy aparente ya que hay más satisfacción de la atención en salud que la propia insatisfacción, pero es de notar que las causas de la insatisfacción se catalogan de acuerdo a el tiempo de espera para sus tratamientos entre 30-60 o más minutos de espera, también influenciada por la amabilidad en la atención de salud, la realización de tratamientos diferentes a los previstos por el área médica y la realización de listas de espera. Estos argumentos de los pacientes hacen notar que hay insatisfacción en la atención en salud pero de forma no relevante, ya que más de tres cuartas partes de la población aprueban la atención en salud que se va realizando.

Relacionado con el Objetivo Nº2:

> Establecer las causas de la insatisfacción de los pacientes se debe a otros factores como los infraestructurales o de equipamiento del Instituto de Rehabilitación Infantil.

Los posibles factores infraestructurales según los datos no son la causa de insatisfacción ya que se evidencia que más de la mitad de los pacientes manifiestan una infraestructura buena y un porcentaje menor una infraestructura regular. En cuanto a los equipamientos para la

asistencia médica son para más de la mitad de los pacientes suficientes para sus tratamientos.

Relacionado con el Objetivo Nº3:

Determinar el grado de coordinación interna entre el personal asistencial y personal administrativo.

El grado de coordinación entre el personal asistencial y administrativo está según nos refleja los datos obtenidos muy mal la coordinación del personal, no realiza coordinaciones del personal, no tiene metas institucionales por su POA anual, el ambiente de trabajo es tenso, no hay comunicación fluida entre los mismos trabajadores y sus superiores, no se escucha sus opiniones y no están satisfechos con su trabajo. Siendo esto factible por la forma de manejo gerencial con una realización muy jerárquica y la presencia de cadena de mando impartida desde los mandos superiores, además de menospreciar el talento humano de los trabajadores en su conjunto.

Relacionado con el Objetivo Nº4:

Proponer estrategias de manejo de pacientes en salud que promueva satisfacción en los servicios de salud del Instituto de Rehabilitación Infantil.

La realización de las estrategias de los pacientes en salud se verá en la parte de PROPUESTAS.

14. RECOMENDACIONES

Con las conclusiones de la investigación se llegó a las siguientes recomendaciones:

1. Si bien el funcionamiento del instituto está dentro de las condiciones aceptables para satisfacer a los pacientes en cuanto a sus necesidades de atención médica, aún tenemos que avanzar en el mejoramiento de la calidad de atención a los pacientes que es una parte fundamental para el desarrollo y progreso de la Institución, se sugiere mejorar más el tiempo de espera para la atención en salud, disminuir la descoordinación de tratamientos asistenciales y aumentar la capacidad de RR-HH para limitar la presencia de listas de espera de la población.

2. Se recomienda diseñar medidas de prevención del deterioro infraestructural y la prevención del deterioro de los equipos, con la realización de sus respectivos mantenimientos, con el fin de mantener una calidad de funcionamiento de los equipos y de la infraestructura.

3. Realizar la toma de medidas para fortalecimiento de coordinación del personal en su conjunto.
   - Dar el tiempo necesario al personal para realizar cursos de actualización para mejoras y capacitación continua en su área de trabajo.
   - Conformar el Comité de Gestión de Calidad en Salud en el establecimiento con los fines de monitoreo, seguimiento y control de la calidad.
   - Mejorar el trabajo en equipo, sensibilizando a las direcciones en que el recurso humano es indispensable para el funcionamiento institucional.

- Tener jerarquías de trabajo de tipo gerenciales en las que se refleje una relación horizontal de trabajo donde todos los funcionarios puedan ser escuchados y tomados en cuenta en la toma de decisiones para el mejoramiento del Instituto.
- Realizar jornadas de relacionamiento entre el personal para mejorar el trabajo en equipo del personal.

15. MARCO PROPOSITIVO (VER ANEXO N°7)

- Con los resultados del presente trabajo podemos dar a conocer la siguiente propuesta:

15.1. PROGRAMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD DEL INSTITUTO DE REHABILITACIÓN INFANTIL

Generar las condiciones que permitan el efectivo ejercicio del derecho a la salud a todos los pacientes con discapacidad física del departamento de La Paz, mediante el desarrollo de un Sistema de atención de Salud con calidad sustentado en los principios de equidad y solidaridad, igualdad de género y viendo a la discapacidad física no como una barrera para el logro de objetivos personales de los usuarios, más bien como una meta, llegando a cumplir las necesidades de la población.

Consolidar equipos de trabajo capaces de enmendar cualquier tipo de falencia organizacional de salud capas de aprender todo lo necesario para responder a las demandas de la población en riesgo, y al mismo tiempo dar atención en salud.

Entendemos la Calidad de Atención en salud como la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario y del personal de salud a través de un proceso de planificación, evaluación y mejora continua.

Avanzar en este sentido requiere un cambio de cultura de la organización basado en los

siguientes principios:

1. Enfoque centrado en la satisfacción de las necesidades y expectativas de las:
    a. Personas: Es probablemente el concepto más renovador dado que implica cambiar la actitud paternalista hacia las personas e incorporarlas como sujetos activos en los procesos de atención en salud.
    b. Mejora continua. Es el campo en que los servicios asistenciales tienen mayor historia propia acumulada, a través de ateneos, comités, normas de atención por profesiones y especialidades, entre muchas otras actividades. El avance debería ser la sistematización y generalización de las mismas y el esfuerzo por analizarlas como parte de procesos globales.
    c. Participación de las personas y de los miembros del equipo de salud en la búsqueda permanente de mejoras a los servicios de calidad creciente. La calidad también incorpora el compromiso activo de todo el personal como condición ineludible para su desarrollo.
    d. Red social. Constituir una red de aprendizaje en Gestión de Calidad implica compartir experiencias y de este modo acortar caminos para lograr mejores resultados con la ayuda de otras instituciones con mayor trayectoria en calidad de atención.

Propósitos

El fin principal del Programa es el de incorporar la Gestión de Calidad en salud en la administración del instituto dependiente del SEDEGES (Servicio Departamental de Gestión Social) para promover un cambio cultural que permita acompañar el proceso de fortalecimiento del Instituto acorde a las demandas existentes de la población emergente en el departamento de La Paz.

Objetivos

- Lograr la conformación del Comité de Gestión de Calidad en el área de salud en el

Instituto de Rehabilitación Infantil.

- Potenciar la implantación de actividades de la gestión de calidad en el sistema de salud mediante actividades voluntarias, internas, con mejoras documentadas.
- Poner en marcha en el Instituto actividades de evaluación y mejora de la calidad como una actividad normalizada y sistemática.
- Aplicar la metodología de resolución de problemas para la mejora continua de los procesos de atención de la salud.
- Desarrollar ciclos completos de mejora, con su correspondiente monitorización y evaluación.
- Identificar necesidades de capacitación en el área y organizar las actividades necesarias para su satisfacción.
- Desarrollar una red de comunicación y aprendizaje mediante la creación y mantenimiento de una base de datos actualizada en temas de Gestión de Calidad.
- Desarrollar líneas de investigación para la resolución de problemas metodológicos concretos.

Metodología

Con relación a la Gestión de Calidad:

- Lograr la adhesión al Programa por parte de los funcionarios del instituto en forma voluntaria mediante una estrategia de apoyo, facilitación e inducción.
- Comprometer a los funcionarios que se responsabilicen de la aplicación del Programa de Gestión de Calidad.
- Apoyar y facilitar el compromiso de los trabajadores de la salud con la calidad de atención en salud.
- Desarrollar estrategias para la identificación de necesidades de los usuarios, identificación de problemas, implantación de planes de mejora, resolución de problemas, evaluación y monitorización de los resultados.
- Trabajar en equipo en todos los niveles de la organización.

Con relación a la Capacitación:

- Desarrollar estrategias de formación en el marco de la capacitación en servicios asistenciales.
- Organizar la capacitación de acuerdo a las necesidades que surgen localmente.
- Acompañar los procesos de reflexión sobre la práctica adecuada en salud para lograr una transformación del Instituto.

Con relación a la investigación:

- Desarrollar investigación cuya finalidad prioritaria sea producir conocimientos aplicables a la mejora continua de la atención en salud.
- Se combinarán enfoques cualitativos y/o cuantitativos según el objeto de estudio y la línea de investigación elegida.

Actividades:

Se realizarán actividades para: La sensibilización:

Todas aquellas acciones que persigan la difusión y la promoción de los principios de la calidad en atención de salud a la comunidad con discapacidad física.

La detección de necesidades de los usuarios: Encuestas/buzón de sugerencias/entrevistas.

El seguimiento y monitoreo del programa:

Aquellas acciones destinadas a conocer y acompañar el desarrollo de cada programa.

La constitución de la red de Gestión de Calidad:

- Construcción de la base de datos.
- Implementación de medios para la difusión de los avances del programa.
- Realización de una red informática en atención al usuario.
- Realización de una red de capacitación y aprendizaje en la forma de manejo de pacientes y satisfacción del usuario

Seguimiento y control del programa:

- Evaluaciones mensuales de objetivos cumplidos.
- Evaluaciones trimestrales en los CAI del sector.
- Evaluación de propuestas y puesta en marcha de sugerencias de mejora de la calidad de atención en el Instituto.
- Periodo de toma de decisiones de enmendar errores del personal en la Gestión de calidad en atención en salud.

16. BIBLIOGRAFÍA

1. ISO 9000 (Organización Internacional de Normalización). Norma Internacional: Sistemas de gestión de la calidad — Fundamentos y vocabulario (Traducción certificada).
2. Ginebra: ISO; 2005 Aguirre-Gas H. Calidad de la Atención Médica, op. Cit OMS. Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Ginebra: OMS; 2007
3. DONABEDIAN, A. Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad. Revista de Salud Pública de México 1993;35(3):238-247.
4. WILLIAMS B. Patientsatisfaction: ¿a valid concept? Social Science& Medicine 1994; 38.
5. VALARIE A. ZEITHAML A. PARASURAMAN LEONARD L. BERRY (Ed. Díaz de Santos - 2003) Calidad total en la gestión de los servicios.
6. CARR-HILL RA. Themeasurement of patientsatisfaction. J PublicHealthMed 1992;14(3):236-49.
7. MIRA JJ, ARANAZ J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. MedClin (Barc) 2000;114(Supl 3):26-33.
8. PALOMERRM, REVUELTA EA, MIRALLES JD. La calidad en la atención primaria de la salud: nuevas perspectivas. Atención Primaria 1994;1(1):7-18.
9. CABRERA G, LONDOÑO J, BELLO L. Validación de un instrumento para medir calidad percibida por usuarios de hospitales de Colombia. Rev. Salud Pública 2009;10(3):443-51.
10. MIRA, J. J., RODRÍGUEZ Y OTROS (2000). “Semejanzas y Diferencias entre Satisfacción y Calidad Percibida”, Revista Calidad Asistencial, (Nº 15), pp. 36-42.

11. Morales,Martha y otra. Percepcion de la calidad de atencion por el usuario de consulta externa del centro de salud Villa Candelaria, CNS Policlinico Nº 32. Bolivia. 2007
12. Laura Ana. Satisfacción de los servicios de salud y su relación con la calidad en los Hospitales Publicos de Ixmiquilpan HGO, Estado de Hidalgo , Mexico, 2005
13. Aguirre Hector. Evaluación de la calidad de la atención medica. Mexico.1990
14. Gonzales, Elizabeth."Calidad de la atención en el servicio de urgencias del área de salud Heredia Cubujuquí desde la perspectiva del cliente" San José, Costa Rica , 2008
15. Cruz, Danitza. Estrategias de gestión de salud para mejorar la calidad atención de los programas de salud según compromiso de gestión en Sacaba.Cochabamba – Bolivia.2007
16. De J. Ramírez y otros. Percepción de la calidad de la atención en los Servicios de Salud. México. 1998
17. Diprete Brown y otros. Garantía de calidad de atención de salud en los países de desarrollo. USA. Wisconsin. 2da Edición. 1990
18. De J. Ramírez y otros. Percepción de la calidad de la atención en los Servicios de Salud. México. 1998
19. Diprete Brown y otros. Garantía de calidad de atención de salud en los países de desarrollo. USA. Wisconsin. 2da Edición. 1990

17. ANEXOS

ANEXO Nº1

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE			
Elaboración del perfil	X	X														
Elaboración del marco teórico			X	X												
Instrumentos de recolección de datos					X	X	X	X								
Elaboración del marco practico									X	X						
Elaboración del marco propositivo											X	X				
Documento final													X	X		
defensa															X	X

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA BASADA EN EL LIBRO DE METODOS Y TECNICAS DE INVESTIGACION Y APRENDIZAJE (LIC. LEXIN RAMEL ARADIA SARAVIA)

ANEXO Nº2

ASPECTO JURIDICO

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO

Artículo 14.

I. Todo ser humano tiene personalidad y capacidad jurídica con arreglo a las leyes y goza de los derechos reconocidos por esta Constitución, sin distinción alguna.

II. El Estado prohíbe y sanciona toda forma de discriminación fundada en razón de sexo, color, edad, orientación sexual, identidad de género, origen, cultura, nacionalidad, ciudadanía, idioma, credo religioso, ideología, filiación política o filosófica, estado civil, condición económica o social, tipo de ocupación, grado de instrucción, discapacidad, embarazo, u otras que tengan por objetivo o resultado anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio, en condiciones de igualdad, de los derechos de toda persona.

III. El Estado garantiza a todas las personas y colectividades, sin discriminación alguna, el libre y eficaz ejercicio de los derechos establecidos en esta Constitución, las leyes y los tratados internacionales de derechos humanos.

IV. En el ejercicio de los derechos, nadie será obligado a hacer lo que la Constitución y las leyes no manden, ni a privarse de lo que éstas no prohíban.

V. Las leyes bolivianas se aplican a todas las personas, naturales o jurídicas, bolivianas o extranjeras, en el territorio boliviano.

VI. Las extranjeras y los extranjeros en el territorio boliviano tienen los derechos y deben cumplir los deberes establecidos en la Constitución, salvo las restricciones que ésta contenga.

Artículo 18.

I. Todas las personas tienen derecho a la salud.

II. El Estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna.

III. El sistema único de salud será universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social. El sistema se basa en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno.

Artículo 71.

I. Se prohibirá y sancionará cualquier tipo de discriminación, maltrato, violencia y explotación a toda persona con discapacidad.

II. El Estado adoptará medidas de acción positiva para promover la efectiva integración de las personas con discapacidad en el ámbito productivo, económico, político, social y cultural, sin discriminación alguna.

III. El Estado generará las condiciones que permitan el desarrollo de las potencialidades individuales de las personas con discapacidad.

Artículo 72.

El Estado garantizará a las personas con discapacidad los servicios integrales de prevención y rehabilitación, así como otros beneficios que se establezcan en la ley.

LEY GENERAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

CAPÍTULO PRIMERO

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1. (OBJETO). El objeto de la presente Ley es garantizar a las personas con discapacidad, el ejercicio pleno de sus derechos y deberes en igualdad de condiciones y equiparación de oportunidades, trato preferente bajo un sistema de protección integral.

Artículo 2. (FINES). Constituyen fines de la presente Ley, los siguientes:

1. Promover, proteger y asegurar el goce pleno, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad y promover el respeto de su dignidad.

2. Lograr la efectiva inclusión social de las personas con discapacidad en las entidades públicas del Estado en sus niveles Central, Departamental, Regional, Municipal e Indígena Originario Campesino y en las instituciones privadas.

3. Establecer la inclusión de las instituciones privadas en políticas sociales, culturales, ambientales y económicas para personas con discapacidad.
4. Establecer políticas públicas y estrategias sociales destinadas a la prevención de causas que pudieran provocar deficiencias, discapacidad y mayores grados de discapacidad.
5. Promover políticas públicas en los ámbitos de salud, educación, deporte, recreación, empleo, desarrollo económico, cultural, político y social a favor de las personas con discapacidad.
6. Mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad, reduciendo los índices de pobreza y exclusión social.
7. Promover los derechos humanos y las libertades fundamentales de las niñas, niños, jóvenes y mujeres con discapacidad en igualdad de oportunidades en todas las esferas de la vida.
Artículo 3. (ÁMBITO DE APLICACIÓN). La presente Ley es aplicable en todo el territorio del Estado Plurinacional y de cumplimiento obligatorio por todos los Órganos del Estado, así como por las instituciones; sean estas públicas, privadas, cooperativas y/o de economía mixta.
Artículo 4. (PRINCIPIOS GENERALES). La presente Ley, en concordancia con los Convenios Internacionales y la Constitución Política del Estado, se rige por los siguientes principios:
1. Igualdad en Dignidad. Por el que las personas con discapacidad tienen la misma dignidad y derechos que el resto de los seres humanos.
2. No Discriminación. No se anula o afecta el reconocimiento, goce o ejercicio pleno de los derechos en base a cualquier forma de distinción, exclusión, restricción o preferencia, fundada en razón de su situación de persona con discapacidad.
3. Inclusión. Todas las personas con discapacidad participan plena y efectivamente en la sociedad en igualdad de oportunidades, en los ámbitos: económico, político, cultural, social, educativo, deportivo y recreacional.
4. Accesibilidad. Por el que los servicios que goza la sociedad puedan también acomodarse para ser accedidos por las personas con discapacidad, sin restricción alguna, sean arquitectónicas, físicas, sociales, económicas, culturales, comunicacionales.

5. Equidad de Género. Por el que se equiparan las diferencias en razón de género existentes entre hombres y mujeres con discapacidad, reconociendo la orientación sexual e identidad de género, en el marco del ejercicio de los derechos reconocidos en la Constitución Política del Estado.

6. Igualdad de Oportunidades. Las personas con discapacidad tienen las mismas posibilidades de acceso al ejercicio de los derechos económicos, sociales, políticos, religiosos, culturales, deportivos, recreacionales y al medio ambiente, sin discriminación alguna.

7. No Violencia. Garantía y protección a las personas con discapacidad, con énfasis a mujeres, niños y niñas y adolescentes contra toda forma de violencia física, psicológica o sexual.

8. Asistencia Económica Estatal. Por el que el Estado promueve una renta solidaria para las personas con discapacidad grave y muy grave; y asistencia económica mediante planes, programas y proyectos a las personas con discapacidad.

CAPÍTULO SEGUNDO

DERECHOS Y DEBERES DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Artículo 10. (DERECHO A LA EDUCACIÓN). El Estado Plurinacional de Bolivia garantiza el acceso y permanencia de estudiantes con discapacidad en el Sistema Educativo Plurinacional, en el marco de la educación inclusiva e integral.

Artículo 11. (DERECHO A LA COMUNICACIÓN EN SISTEMAS Y LENGUAS ALTERNATIVAS). El Estado Plurinacional de Bolivia promueve la comunicación en sistemas y lenguas alternativas para la inclusión y el acceso a la información y al ejercicio pleno de las personas con discapacidad.

Artículo 12. (DERECHO A SERVICIOS DE SALUD INTEGRALES Y GRATUITOS). El Estado Plurinacional de Bolivia garantiza el acceso de las personas con discapacidad a los servicios integrales de promoción, prevención, atención, rehabilitación y habilitación, con carácter gratuito, de calidad y con calidez, en la red de Servicios Públicos y en los tres niveles de atención.

Artículo 13. (DERECHO A EMPLEO, TRABAJO DIGNO Y PERMANENTE). El Estado Plurinacional garantiza y promueve el acceso de las personas con discapacidad a toda

forma de empleo y trabajo digno con una remuneración justa, a través de políticas públicas de inclusión socio-laboral en igualdad de oportunidades.

Artículo 17. (DERECHO A LA ACCESIBILIDAD). El Estado Plurinacional de Bolivia garantiza el derecho de las personas con discapacidad a gozar de condiciones de accesibilidad que les permitan utilizar la infraestructura y los servicios de las instituciones públicas, privadas, espacios públicos, medios y sistemas de comunicación, tecnología y transporte, para su utilización y disfrute de manera autónoma con independencia de su condición de discapacidad y a exigir a las instituciones del Estado la adopción de medidas de acción positiva para el ejercicio de éste derecho.

Artículo 18. (DERECHO A LA PARTICIPACIÓN POLÍTICA).

I. El Estado Plurinacional garantiza que las personas con discapacidad participen plena y efectivamente en las actividades de políticas públicas, en igualdad de condiciones y oportunidades, al igual que el resto de las personas.

II. El Tribunal Supremo Electoral introducirá en los actos eleccionarios los ajustes razonables necesarios para que las personas con discapacidad voten libre y conscientemente. Este derecho incluye que ingresen a los recintos de votación acompañados de una persona de confianza elegida por ellos, para recibir la ayuda necesaria.

Artículo 19. (DERECHO A LA INTEGRIDAD).

I. Toda persona con discapacidad tiene derecho a que se respete su integridad física y mental especialmente de niñas, niños y mujeres con discapacidad.

II. Las mujeres y varones con discapacidad, sus familias y toda persona que trabaja con mujeres, niños y adolescentes con algún tipo de discapacidad deben estar plenamente informadas de las precauciones que se han de tomar para prevenir el abuso sexual.

LEY CÓDIGO NIÑA. NIÑO. ADOLECENTE

LIBRO PRIMERO: DERECHOS Y DEBERES FUNDAMENTALES

TÍTULO I: DERECHO A LA VIDA Y A LA SALUD

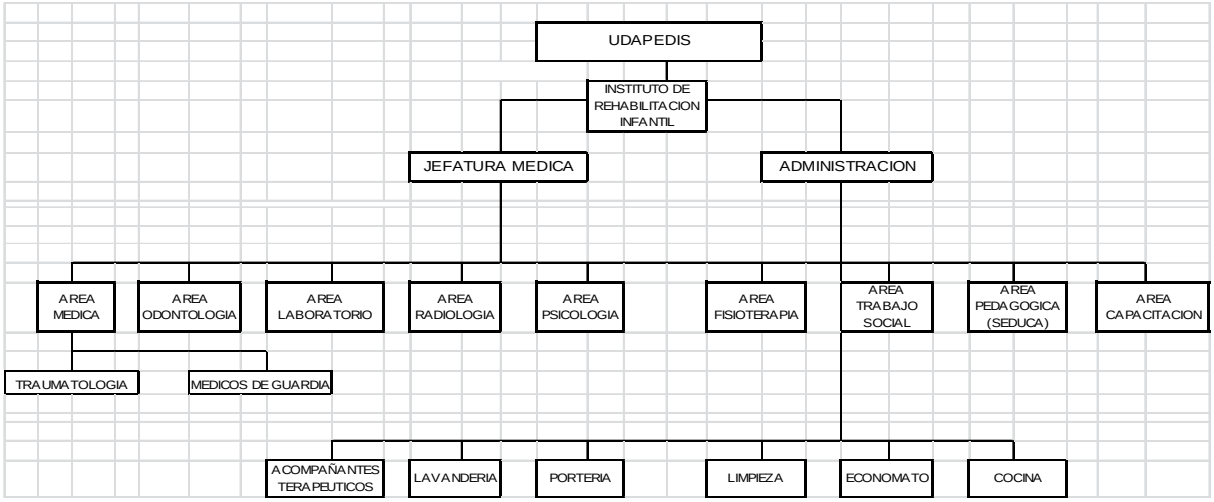
CAPÍTULO ÚNICO

Artículo 14 (Acceso universal a la salud).- El Estado a través de los organismos correspondientes, debe asegurar a todo niño, niña y adolescente, el acceso universal e igualitario a los servicios de promoción, prevención, protección y recuperación de la salud,

más el suministro gratuito, para quien no tenga recursos suficientes, de medicinas, prótesis y otros relativos al tratamiento médico, habilitación o rehabilitación que fueran necesarios.

ANEXO Nº3

ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DEL INSTITUTO DE REHABILITACION INFANTIL



Fuente: Estructura Orgánica del área IRI realizado en el área de Planificación (SEDEGES)

ANEXO Nº4

CUESTIONARIO PARA LOS PACIENTES

Fecha Nº de encuesta:…….

ENCUESTA PARA LOS PACIENTES

Se está realizando la presente encuesta para conocer mejor las necesidades y opinión de los pacientes sobre el servicio que brinda el Instituto de Rehabilitación Infantil. Las respuestas son confidenciales y se le agradece su sinceridad.

DATOS DEL ENTREVISTADO

1. EDAD:_____
2. SEXO: MASCULINO_____
   FEMENINO_____
3. SERVICIO AL QUE ACUDIÓ:
   a. ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA
   b. FISIOTERAPIA Y KINESIOLOGÍA
   c. ORTESIS
   d. OTROS
4. COMO CONSIDERA QUE FUE LA ATENCIÓN DEL ÁREA ADMINISTRATIVA PARA LA ESPERA DE ATENCIÓN, VENTA DE FICHAS, LLENADO DE DATOS.
   a. MUY BUENA
   b. BUENA
   c. REGULAR
   d. MALA
5. CUANTO TIEMPO ESPERO PARA LA ATENCIÓN ADMINISTRATIVA EN EL INSTITUTO
   a. MENOS DE 15 MINUTOS.
   b. ENTRE 15 Y 30 MINUTOS.
   c. DE 31 A 60 MINUTOS.
   d. MAS DE 60 MINUTOS
6. CUANTO TIEMPO ESPERO DESDE LA COMPRA DE FICHA HASTA LA ATENCIÓNMEDICA:
   a. MENOS DE 15 MINUTOS

b. DE 15 A 30 MINUTOS
c. DE 31 A 60 MINUTOS
d. MAS DE 60MINUTOS

7. SE LE COLOCO EN UNA LISTA DE ESPERA PARA SUS TRATAMIENTO:
   a. SI b. NO
8. LOS TRATAMIENTOS MÉDICOS, INDICADOS PARA REALIZARSE EN LAS OTRAS ÁREAS DEL INSTITUTO NO SON LAS QUE SE LE RECETO Y/O SE EXPLICO QUE SE LE DARIA.
   a. SI b. NO

9. EN GENERAL COMO SE SIENTE CON EL TRATO DEL PERSONAL (HASTA ANTES DE LA ATENCIÓN MEDICA):
   a. MUY BUENA
   b. BUENA
   c. REGULAR
   d. MALA
10. EL PERSONAL ASISTENCIAL LO EXAMINO SI NO
11. EL PERSONAL ASISTENCIAL LE EXPLICO EL DIAGNOSTICO SI NO
12. SE RESPETO SU PRIVACIDAD EN LA CONSULTA SI NO
13. SE LE TRATO CON AMABILIDAD EN LA CONSULTA SI NO
14. LE HICIERON ALGÚN COBRO EXTRA FUERA DE CAJA SI NO
15. SE LE RECOMENDÓ CONTINUAR SU TRATAMIENTO EN CONSULTA PARTICULAR SI NO
16. VOLVERÍA A EFECTUAR CONSULTA NUEVAMENTE EN EL INSTITUTO SI NO
17. USTED RECOMENDARÍA A SUS ALLEGADOS A REALIZAR CONSULTA MEDICA SI NO
18. CUANTO TIEMPO DURO LA CONSULTA A LA QUE ASISTIÓ
    a. MENOS DE 15 MINUTOS
    b. ENTRE 15 Y 30 MINUTOS
    c. MAS DE 30 MINUTOS
19. COMO USUARIO SU CONSULTA ES:
    a. PRIMERA VEZ
    b. RE-CONSULTA 1RA
    c. RE-CONSULTA VARIAS VECES
20. SEGÚN SU CRITERIO LA INFRAESTRUCTURA DEL INSTITUTO PARA LA ATENCIÓN MEDICA ES:

a. MUY BUENA
b. BUENA
c. REGULAR
d. MALA

21. SEGÚN SU PUNTO DE VISTA EL EQUIPAMIENTO EL INSTITUTO PARA SUS TRATAMIENTOS FUE:
    a. SUFICIENTE b. INSUFICIENTE
22. SEGÚN SU PERSPECTIVA, COMO SIENTE QUE EL INSTITUTO CUBRIÓ SUS EXPECTATIVAS MEDICAS:
    a. MUY BUENAS
    b. BUENAS
    c. REGULARES
    d. MALAS.

ANEXO Nº 5

ENCUESTA A GRUPOS FOCALES

1. El tiempo de espera para la atención medica desde su ingreso hasta la consulta.
2. El trato del personal asistencial como fue
3. Cumplió sus expectativas asistenciales el instituto.
4. Percibe una buena comunicación entre el personal para realizar sus tratamientos multidisciplinarios.
5. Recomendaría a sus allegados la atención en el instituto.

ANEXO Nº 6

ENCUESTA A LOS FUNCIONARIOS

11. Como realiza la coordinación para la atención en salud entre sus compañeros de trabajo:
    a. Reuniones semanales o mensuales
    b. Instructivos superiores
    c. Consenso de equipo de trabajo
    d. No realiza coordinación en atención
12. Tiene metas anuales trazadas en su fuente laboral
    a. Si
    b. No
13. Como cataloga al ambiente laboral donde trabaja
    a. Confraternización, Trabajo en equipo, Relacionamiento por igual entre los trabajadores y sus superiores
    b. Caótico y tenso, Miedo a represalias continuas, acoso laboral, flojera y falta de voluntad.
14. La información que se transmite de sus superiores para la atención es clara, coherente y oportuna.
    a. Si

b. No

15. Existe trabajo en equipo entre el personal desde su punto de vista
    a. Si
    b. No
16. La comunicación es fluida y recíproca entre todo el personal y sus superiores
    a. Si
    b. No
17. El trabajo que realiza es con el fin de percibir una remuneración
    a. Económica
    b. Satisfacción personal
    c. Ayuda a la comunidad
    d. No tiene otra alternativa de trabajo
18. Se escucha sus inquietudes de mejorar sus funciones o se le niega toda forma de iniciativa personal
    a. Se escucha sus iniciativas
    b. No se escucha sus iniciativas
19. Está satisfecho con su puesto de trabajo
    a. Si
    b. No
20. La cantidad de personal es suficiente para la realización de las atenciones en salud.
    a. Si
    b. No

ANEXO Nº 7
ESQUEMA DEL PROGRAMA DE GESNTION DE CALIDAD EN SALUD

FUENTE: ELABORACION PROPIA