

**UNIVERSIDAD NACIONAL
“HERMILIO VALDIZÁN” DE HUANUCO**

ESCUELA DE POST GRADO

DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD



**FACTORES Y SU INFLUENCIA EN EL RETRASO DE
LA ATENCIÓN EN LOS PACIENTE CON ARTROSIS EN
EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN EN EL HOSPITAL
SERGIO E. BERNALES LIMA 2015**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE
DOCTOR EN CIENCIAS DE LA SALUD**

DOCTORANDO: MG. JAIMES SAMBRANO, Katherine Milagros

HUÁNUCO - PERÚ

2016

DEDICATORIA

A Dios, por darme la oportunidad de vivir experiencias y retos nuevos

A mi familia en especial a mi madre Irma Jaimes fiel compañera de todos mis retos y por su amor sin límites.

AGRADECIMIENTO

Agradecimiento infinito a los que contribuyeron a este esfuerzo:

A la UNHEVAL, por la oportunidad que nos brinda, a sus docentes, particularmente a mis dilectos maestros: Dr Ewer Portocarrero, Dra Nancy Veramendi por sus aportes invalorable, a la Dra Enit Carbajal nuestra coordinadora, a los pacientes encuestados por su tiempo, paciencia y aportación, y todos los que de una u otra manera han aportado en la cristalización de este trabajo.

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar los factores y su influencia en el retraso de la atención en los pacientes con artrosis.

MÉTODOS: Se llevó a cabo un estudio correlacional, conformado por 160 pacientes con artrosis de servicio de rehabilitación del hospital Sergio E. Bernaldes – Lima, 2015. En la recolección de los datos se utilizó una guía de entrevista y un cuestionario. Para el análisis inferencial de los resultados se utilizó la prueba Chi cuadrada.

RESULTADOS: El 46,3% (74 pacientes) manifestaron retraso en la atención recibida. Por otro lado, los factores que influyen significativamente en el retraso de la atención de los pacientes con artrosis fueron: el desconocimiento del flujo de atención ($p \leq 0,004$); las citas prolongadas ($p \leq 0,043$); el déficit de personal ($p \leq 0,011$); y el exceso de pacientes ($p \leq 0,028$).

CONCLUSIONES: Existe influencia significativa del desconocimiento del flujo de atención, citas prolongadas, déficit de personal y exceso de pacientes en el retraso de atención de los pacientes con artrosis.

Palabras clave: *retraso de atención, factores, artrosis, paciente.*

SUMMARY

OBJECTIVE: Identify the factors and their influence on the delay of care in patients with osteoarthritis.

METHODS: A correlational study was conducted, comprised of 160 patients with osteoarthritis of service rehabilitation hospital Sergio E. Bernales - Lima, 2015. The data collection an interview guide and questionnaire was used. For the inferential analysis of results chi-square test was used.

RESULTS: 46.3 % (74 patients) showed delayed care. On the other hand, factors that significantly influence the delay of care of patients with osteoarthritis were: the lack of flow of attention ($p \leq 0,004$); lengthy quotations ($p \leq 0,043$); staff deficit ($p \leq 0,011$); and excess patients ($p \leq 0,028$).

CONCLUSIONS: There is significant influence of ignorance care flow, prolonged appointments, staff shortages and excess patients delay care patients with osteoarthritis.

Keywords: *delay care, factors, osteoarthritis, patient.*

RESUMO

OBJETIVOS: Identificar os fatores e sua influência sobre o atraso dos cuidados em pacientes com osteoartrite.

MÉTODOS: Um estudo foi conduzido de correlação, composta de 160 pacientes com osteoartrite do hospital de reabilitação serviço de Sergio E. Bernales - Lima, 2015. A coleta de dados foi utilizado um roteiro de entrevista e questionário. Para a análise inferencial dos resultados foi utilizado o teste do qui-quadrado.

RESULTADOS: 46,3% (74 pacientes) mostrou cuidados com atraso. Por outro lado, os factores que influenciam significativamente o atraso de tratamento de pacientes com osteoartrite foram: a falta de fluxo de atenção ($p \leq 0,004$); citações longas ($p \leq 0,043$); déficit de pessoal ($p \leq 0,011$); e pacientes em excesso ($p \leq 0,028$) .

CONCLUSÕES: Há uma influência significativa do fluxo de atendimento ignorância, compromissos prolongados, falta de pessoal e pacientes excesso atrasar pacientes de cuidados com osteoartrite.

Palavras-chave: *cuidados de atraso, fatores, osteoartrite, paciente.*

INTRODUCCION

La calidad de atención es un componente fundamental en los servicios de salud, que contiene un enfoque centrado en el cliente y es una estrategia predominante en la gestión de salud. En la globalización de la información los pacientes son las diferentes presiones que han llevado a que se vuelva de moda la garantía de la calidad o el mejoramiento continua de la calidad, donde nuestras necesidades actuales son controles de costos, demandas , incremento de la cobertura, etc. (1).

Calidad etimológicamente, proviene del latín *qualitas* o *qualitatis*, que significa “Perfección” (2), y si nos referimos a calidad en el cuidado de la salud circunscribe aspectos agregados a la calidad técnica de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, conteniendo aspectos como responder en forma pronta, satisfactoria, culturalmente relevante y fácil de entender a las preguntas de las personas o plantear y realizar los procedimientos médicos en forma tal que no sean percibidos como atemorizadores (3).

Uno de los factores más importantes relacionados con la calidad asistencial es la satisfacción del paciente/usuario con los servicios prestados, y por tanto, cualquier organización que pretenda mejorar su calidad debe orientar sus servicios hacia la satisfacción de sus clientes (4).

Se define que la persona presenta tres niveles de necesidades en proporción a la calidad; el primero, de necesidades o expectativas básicas donde la persona espera que sea fiable, revestida de competencia, caballerosidad, cultura, honestidad, credibilidad, seguridad y con resultados acordes a los tratamientos; en el segundo nivel se sitúan el interés y la disposición por ofrecer un servicio rápido, responsable, asequible, individualizado, comunicación adecuada y una implicación personal en los aspectos humanos del cuidado; y; el tercer nivel, de

un buen aspecto físico de la infraestructura y del personal así como una relación favorable de costo-beneficio (5).

Por otro lado, el conocimiento de la percepción de los usuarios es fundamental para detectar oportunidades de mejora y aplicar los cambios necesarios para corregir las deficiencias de funcionamiento detectadas y conseguir, así, una mayor calidad de la asistencia y un mayor grado de satisfacción con el servicio que se presta (6).

En consecuencia, la presente investigación tiene por objetivo determinar los factores que influyen para un déficit y demora en la atención de la población del hospital Sergio E. Bernales en comas, Lima durante el 2015; a fin de identificar las debilidades y así poder implementar intervenciones educativas.

Bajo este panorama, el estudio se organizó en cinco capítulos. En el primero comprende el problema, la formulación del problema, los objetivos, la hipótesis, las variables, la justificación e importancia y la factibilidad y limitaciones del estudio.

El segundo capítulo se compone por el marco teórico, el cual incluye los antecedentes de investigación, las bases teóricas para el sustento del problema, las definiciones conceptuales y la base epistémica.

En el tercer capítulo se ostenta la metodología de la investigación, la cual está compuesta de las siguientes partes: tipo de estudio, diseño, población y muestra, y las técnicas de recolección y procesamiento y análisis de datos.

En el cuarto capítulo se presenta los resultados de la investigación. Y, en el quinto capítulo se menciona la discusión de los resultados. Posteriormente se presentan las conclusiones y las recomendaciones. También se incluyen las referencias bibliográficas y los anexos.

INDICE

	Pág.
DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	III
RESUMEN	IV
SUMMARY	V
RESUMO	VI
INTRODUCCIÓN	VII

CAPÍTULO I**EL PROBLEMA DE INVESTIGACION**

1.1. Descripción del problema	01
1.2. Formulación del Problema	07
– Problema general	07
– Problemas específicos	07
1.3. Objetivos	08
1.4. Hipótesis y/o sistema de hipótesis	09
1.5. Variables	10
1.6. Justificación e importancia	11
1.7. Viabilidad	13
1.8. Limitaciones	14

CAPÍTULO II**MARCO TEÓRICO**

2.1. Antecedentes	15
2.2. Bases teóricas	20
2.3. Definiciones conceptuales	26

2.4. Bases epistémicos	31
------------------------	----

CAPÍTULO III

METODOLOGIA

3.1. Tipo de estudio	37
3.2. Diseño y esquema de la investigación	38
3.3. Población y muestra	38
3.4. Instrumentos de recolección de datos	40
3.5. Técnicas de recojo, procesamiento y presentación de datos	41

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. Presentación y análisis descriptivo de los resultados	44
4.2. Análisis inferencial de los resultados	66

CAPÍTULO V

DISCUSION

5.1. Discusión de los resultados	74
----------------------------------	----

CONCLUSIONES	77
---------------------	----

SUGERENCIAS	78
--------------------	----

BIBLIOGRÁFIA	79
---------------------	----

ANEXOS	
---------------	--

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Las esperas prolongadas constituyen una de las principales causas de insatisfacción de los usuarios de los servicios de salud, siendo causa frecuente de quejas y reclamaciones (7). Por ello, los tiempos de espera constituyen un importante método de control de calidad para los Servicios de Atención de Salud (8).

El objetivo principal de la asistencia sanitaria es llevar a cabo una buena atención que sea aceptable para la población (9). Desde hace unos años, en los que se implantaron los programas de calidad en los servicios sanitarios, hasta la actualidad, la orientación de la calidad asistencial ha ido evolucionando hacia métodos de mejora continua de la calidad, enmarcado dentro del proceso de calidad total (10). En dicho proceso, la satisfacción del usuario es reconocida como uno de los componentes de la calidad (11-13). La satisfacción del usuario y el estado de salud de la población han sido propuestos como los dos resultados de interés en la evaluación de la calidad asistencial (14,15). La accesibilidad, según Donabedian, es el grado de ajuste entre las

características de los recursos disponibles para la salud y los de la población. En esta definición se encuentran implícitos los recursos que se destinan a cubrir las necesidades de la población y a identificar las barreras que impiden su utilización. Entre estas «barreras», el tiempo medido en cualquiera de sus dimensiones es una variable clave en el proceso de atención médica, a la vez que un indicador de la accesibilidad de los servicios de atención a la población (16).

El tiempo de espera parece influir en la satisfacción del paciente, modulado por múltiples determinantes como la información, la educación al paciente, posibles causas de retrasos en la asistencia, la prioridad de los enfermos, etc. (17).

Por otro lado, en un estudio reciente llevado a cabo en Holanda en una consulta de artrosis, investigan los posibles factores relacionados con el retraso en la derivación del paciente a la consulta del especialista, ya que sólo el 30% de los pacientes recibidos por ellos llevaban menos de tres meses de evolución.

Hay varios factores que influyeron en la rápida consulta al médico o en la precoz derivación al especialista. Las mujeres y las personas ancianas tardaron más en llegar al especialista, así como aquellos pacientes que iniciaron la enfermedad con articulaciones pequeñas (más difíciles de explorar en profesionales sin experiencia). Por el contrario, los pacientes que iniciaban los síntomas de manera más abrupta, aquellos que modificaron precozmente los parámetros analíticos y los que iniciaron la enfermedad con inflamación en alguna articulación grande de miembros inferiores fueron los que llegaron antes a la consulta del especialista.

También Los cambios en el estilo de vida de la población han contribuido a que las enfermedades crónico-degenerativas como la diabetes y las enfermedades articulares como la artrosis entre otras enfermedades constituyen actualmente una de las principales preocupaciones para las autoridades de salud a nivel mundial.

Según Díaz (18), la rodilla es muy vulnerable porque carga la mayor parte del peso corporal, es una articulación muy expuesta a la progresión de la artrosis. Asociada a la sobrecarga, traumas, alteraciones biomecánicas, infecciones y herencia es un problema creciente en los servicios de rehabilitación donde se emplean numerosos recursos en su tratamiento por su alta incidencia. Por tal situación, la artrosis de rodilla o gonartrosis, es una enfermedad degenerativa del cartílago articular caracterizada por dolor, limitación funcional, crepitación y grados variables de inflamación con mayor prevalencia en las mujeres añadiéndose como factor predisponente para su aparición y desarrollo la obesidad. Al igual que en otras articulaciones, se produce adelgazamiento del cartílago articular, haciéndose la superficie articular rugosa con lesiones ulcerosas del cartílago, desapareciendo éste en forma parcial o total. La movilidad de la rodilla suele ser muy dolorosa, sobre todo en estadios avanzados. Por ello la artrosis es considerada un problema grave de salud. La incidencia de la artrosis de rodilla, aumenta exponencialmente con la edad, desde la quinta década y alcanza un segundo pico a los 65 años.

Las molestias en casi el 80% de la artrosis de rodilla en una inflamación siempre dolorosa de la rodilla, el 100% son diagnosticadas por el médico. Dichos síntomas, de ser observados en una etapa

temprana, podrían ayudar a evitar las operaciones de prótesis. Más del 50% de las personas mayores de 50 años de edad en el Perú padecen de artrosis, enfermedad que se caracteriza por la degeneración de las articulaciones, sobretodo en la zona de las rodillas, la cadera, la columna vertebral y los dedos de las manos y de los pies.

Al respecto, Mykolay Inyutin médico, especialista en medicina cuántica del Centro Médico Galenic, manifestó que a mayor edad existen más posibilidades de tener esta enfermedad degenerativa pero ello no significa que no pueda afectar a menores de 50 años. Agregó que en el caso de personas menores de 50 años de edad son factores de riesgos los antecedentes familiares, la presencia de artritis, las condiciones climáticas como el frío o la humedad, así como actividades laborales y traumas deportivos.

Explicó además, que las personas con artrosis inicialmente pasan por un largo periodo asintomático después del cual empiezan a presentar los primeros síntomas que son: dolor matutino de las articulaciones y dificultad para el movimiento articular. Preciso que dependiendo del desgaste del cartílago esta dolencia puede ser de grado leve, moderado o severo.

De otro lado, diversos especialistas informan que la artrosis no tiene cura, pero el deterioro del proceso degenerativo de las articulaciones puede ser controlado mediante el tratamiento con ondas electromagnéticas, es decir, mediante el uso de diferentes tipos de láser de baja potencia.

En los EE.UU, la artrosis, es la patología articular más frecuente, afecta significativamente la calidad de vida (19), En el 5% de los casos

la artrosis afecta a individuos con ciertos factores predisponentes, como la lesión traumática de una articulación. La artrosis de rodilla ocupa es la cuarta forma más frecuente de artrosis de rodilla en el mundo, de acuerdo a estimados de la OMS, con más de medio millón de casos nuevos cada año; es la forma, más frecuente de casos artrosis de rodilla femenino en EEUU, y también en Lima.

En la mayoría de los pacientes, la enfermedad se desarrolla aparentemente como parte del proceso de envejecimiento, sin causas predisponentes. La incidencia de la enfermedad aumenta de manera exponencial a partir de los 50 años; se estima que a los 65 años el 85% de la población presenta cierto grado de artrosis (20) En España en el 2012, esta enfermedad inflamatoria crónica afecta a 7 millones de españoles y causa el 35% de las consultas en Atención Primaria (21). Las expectativas futuras sobre esta enfermedad son alarmantes. Arturo Rodríguez de la Serna, jefe del Servicio de Reumatología del Hospital Sant Pau de Barcelona considera que “Los casos de artrosis en España se pueden duplicar en sólo seis años, debido al ritmo del envejecimiento y al incremento de la obesidad en la población”, y que “Siete millones de españoles sufren esta alteración”. Además, el experto vaticina que "Si sigue incrementando la obesidad a este ritmo y con el previsible aumento de la esperanza de vida, en 2015 podrían haber hasta 15 millones de afectados.

Según la OMS en el Perú en el año 2002 se reportaron 3.845 casos nuevos de artrosis de rodilla entre las mujeres peruanas. Esta incidencia ocupó el segundo lugar representando un 15% del total de casos nuevos relacionados con diferentes tipos de artrosis.

En el Hospital Sergio E. Bernales en el distrito de comas, encontramos una población de pacientes del servicio de rehabilitación, cuyas edades fluctúan entre los 60 y 78 años de edad. Dada que la mayor incidencia de artrosis de rodilla afecta a mujeres de este rango de edades, se encuentra predispuesta con mayor frecuencia a padecer este tipo de artrosis. Así mismo se evidenció el caso de que las pacientes carecen del conocimiento para dar una intervención y tratamiento temprano. Es por ello, que a través de esta investigación pretendo identificar el conocimiento de esta población en riesgo acerca del conocimiento sobre la artrosis de rodilla para de esta manera poder diagnosticar en su estado inicial la enfermedad degenerativa brindando un tratamiento oportuno y asimismo disminuyendo la incapacidad de esta población.

Más de la mitad de los pacientes artrósicos tienen un elevado riesgo gastrointestinal o cardiovascular pero aun así existe una inercia terapéutica, una tradición de recetar paracetamol y antiinflamatorios, sin tener en cuenta que ésta es una medicación para las fases agudas de la enfermedad, y que no se puede administrar de forma crónica debido a sus efectos secundarios (22).

En este contexto, la falta de un tratamiento adecuado puede provocar la incapacidad funcional y la inmovilidad de la articulación desgastada. En estas circunstancias, es necesario que el paciente se someta a una cirugía para reemplazar el cartílago por una prótesis. Sin embargo, esta intervención es extensa, dolorosa y costosa, y únicamente se puede realizar en las rodillas, los pies y la cadera (23).

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema general

¿Cuáles son factores y su influencia en el retraso de la atención en los pacientes con artrosis de servicio de rehabilitación del hospital Sergio E. Bernales – Lima, 2015?

1.2.2. Problemas específicos

¿Cuál es la influencia del factor de desconocimiento del flujo de atención en el retraso de la atención en los pacientes con artrosis de servicio de rehabilitación del hospital Sergio E. Bernales – Lima, 2015?

¿Cuál es la influencia del factor de citas prolongadas en el retraso de la atención en los pacientes con artrosis de servicio de rehabilitación del hospital Sergio E. Bernales – Lima, 2015?

¿Cuál es la influencia del factor de déficit de personal en el retraso de la atención en los pacientes con artrosis de servicio de rehabilitación del hospital Sergio E. Bernales – Lima, 2015?

¿Cuál es la influencia del factor de exceso de pacientes en el retraso de la atención en los pacientes con artrosis de servicio de rehabilitación del hospital Sergio E. Bernales – Lima, 2015?

1.3. OBJETIVOS

Objetivo general

- Determinar los factores y su influencia en el retraso de la atención en los pacientes con artrosis de servicio de rehabilitación del hospital Sergio E. Bernales – Lima, 2015.

Objetivos específicos

- Valorar la influencia del factor de desconocimiento del flujo de atención en el retraso de la atención en los pacientes con artrosis de servicio de rehabilitación del hospital Sergio E. Bernales – Lima, 2015.
- Analizar la influencia del factor de citas prolongadas en el retraso de la atención en los pacientes con artrosis de servicio de rehabilitación del hospital Sergio E. Bernales – Lima, 2015.
- Establecer la influencia del factor de déficit de personal en el retraso de la atención en los pacientes con artrosis de servicio de rehabilitación del hospital Sergio E. Bernales – Lima, 2015.
- Conocer la influencia del factor de exceso de pacientes en el retraso de la atención en los pacientes con artrosis de servicio de rehabilitación del hospital Sergio E. Bernales – Lima, 2015.

1.4. HIPÓTESIS Y/O SISTEMA DE HIPÓTESIS

1.4.1. Hipótesis general

H_a: Existe influencia significativa entre los factores y el retraso de la atención en los pacientes con artrosis de servicio de rehabilitación del hospital Sergio E. Bernales – Lima, 2015.

1.4.2. Hipótesis específicas:

H_{a1}: Existe influencia significativa entre el factor desconocimiento del flujo de atención y el retraso de la atención en los pacientes con artrosis de servicio de rehabilitación del hospital Sergio E. Bernales – Lima, 2015.

H_{a2}: Existe influencia significativa entre el factor citas prolongadas y el retraso de la atención en los pacientes con artrosis de servicio de rehabilitación del hospital Sergio E. Bernales – Lima, 2015.

H_{a3}: Existe influencia significativa entre el factor déficit de personal y el retraso de la atención en los pacientes con artrosis de servicio de rehabilitación del hospital Sergio E. Bernales – Lima, 2015.

H_{a4}: Existe influencia significativa entre el factor exceso de pacientes y el retraso de la atención en los pacientes con artrosis de servicio de rehabilitación del hospital Sergio E. Bernales – Lima, 2015.

1.5. VARIABLES

a. IDENTIFICACION DE LA VARIABLES:

VARIABLE DEPENDIENTE

Retraso de la atención.

VARIABLE INDEPENDIENTE

Factores

b. OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLES:

VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION
VARIABLE DEPENDIENTE:				
Retraso de la atención	Tiempo de citas	SI NO	Cualitativa	Nominal
VARIABLE INDEPENDIENTE:				
Factores	Desconocimiento del flujo de atención	SI NO	Cualitativa	Nominal
	Citas prolongadas	SI NO	Cualitativa	Nominal
	Déficit de personal	SI NO	Cualitativa	Nominal
	Exceso de pacientes	SI NO	Cualitativa	Nominal
VARIABLES DE CARACTERIZACION:				
Edad en años	Edad en años	18 a 35 36 a 53 54 a 71 72 a 89	Cualitativa	Ordinal
Género	Género	Masculino Femenino	Cualitativa	Nominal
Estado civil	Estado civil	Soltera Casada Viuda Divorciada Conviviente Madre soltera	Cualitativa	Nominal
Religión	Religión	Católico Evangélico	Cualitativa	Nominal
Grado de escolaridad	Grado de escolaridad	Analfabeta Primaria Secundaria Superior técnico Superior universitaria	Cualitativa	Ordinal
Ocupación	Ocupación	Ama de casa Empleado público Comerciante Agricultura Ganadería Otro	Cualitativa	Nominal

1.6. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

El presente estudio de investigación se justificó por las siguientes razones:

En el transcurso de las evaluaciones realizadas al Hospital Sergio E. Bernales, servicio de medicina física y rehabilitación lamentablemente se califica deficiente, propio del poco trato que damos al paciente, sea por citas largas en consultorio así como también por la poca fluidez de palabras poco complejas con la que explicamos al paciente de cómo realizar sus papeleos para una atención rápida en el área de rehabilitación, se puede afirmar pues que el usuario está insatisfecho con la atención realizada desde el personal administrativo que son quienes realizan las citas propio del poco personal para la inmensa población seguida desde técnico en rehabilitación que es quien realiza la organización de las historias , médicos de rehabilitación como del propio terapeuta físico que da citas demasiado largas y con escaso material terapéutico para que labore, por tanto urge la necesidad de una investigación sobre los factores que influyen en el déficit de atención en el servicio, sabiendo que la satisfacción del usuario expresara la calidad de la atención.

Teórica

La artrosis constituye una fuente importante de morbilidad, discapacidad y pérdida de función en la población general. Por ello, por su afectación de la calidad de vida y por el coste de su tratamiento, está asociada a una elevada carga socioeconómica (24). En base a ello, la presente investigación, busca identificar los factores que influyen en el retraso de la atención de la población del hospital Sergio E. Bernales

servicio de rehabilitación, siendo este grupo etéreo el más afectado y el que se encuentra con mayor predisposición a desarrollar artrosis de rodilla, ya que esta enfermedad afecta a toda la población en general sin distinción alguna, de raza, color, grado de instrucción, nivel económico, afectando también de manera alarmante el retraso de su ingreso en el área de rehabilitación etc., es por ello es importante que tengan conocimientos de la detección y tratamiento de artrosis de rodilla.

De esta manera se podrá determinar un diagnóstico temprano que mejore el pronóstico y permita que el tratamiento contribuya a atenuar las consecuencias de capacidad de movimiento con dolor en la vida cotidiana de quien lo padece. Dentro de las consecuencias se puede mencionar que una detección tardía de esta enfermedad trae consigo una posible intervención quirúrgica incrementándole a todo esto el gasto excesivo económico de lo que implica la prótesis.

Práctica

A pesar de la importancia que está adquiriendo la detección temprana de la artrosis de rodilla en el mundo y en América Latina, muchas personas de todas las edades todavía no conocen los hechos básicos de la enfermedad y tienden a ignorar hasta sus más simples síntomas y señales. Teniendo en cuenta cuan necesario es el conocimiento sobre esta patología y la falta de información y de material sencillo de entender para la población, nuestro fin es el de sensibilizar al personal que lo conforma para a través de ellos poder llegar a cada paciente y darle la información y charlas necesarias para su detección y prevención a tiempo con la finalidad de evitar mayores discapacidades

laborales así como los gastos excesivos que implica una cirugía de prótesis y por tanto mejor calidad de vida y tratamiento temprano.

Se ha determinado que la detección inmediata y el tratamiento adecuado de la enfermedad pueden incrementar la calidad de vida hasta un 90% sin operación. Por ello, es extremadamente importante educar a las personas, acerca de la importancia de la detección y tratamiento efectivo de la artrosis de rodilla.

1.7. VIABILIDAD

Fue factible realizar la presente investigación en el tiempo previsto. No existieron problemas éticos-morales en el desarrollo de la investigación.

Asimismo, se dispuso de recursos propios para financiarlo, dotando de recursos, económicos y materiales suficientes en su realización, existiendo, la participación la población en estudio.

Por otro lado, existe, mucha información, bibliográfica pero poco o nulo conocimiento sobre la enfermedad y sus derechos de salud que les pertenecen “¿factores y su influencia en el retraso de la atención en los pacientes con artrosis en el servicio de rehabilitación en el hospital Sergio E. Bernales lima 2014? sin embargo repito existe mucha información ya sea literaria o fisiopatologías de los mismo pacientes sin embargo hace falta buscar eh implementar en los servicios multidisciplinarios así como el servicio de rehabilitación del hospital Sergio E. Bernales servicio de rehabilitación Comas las sesiones educativas para informar de una manera accesible y con palabras que

sean de fácil entendimiento para la población y así evitar mayores consecuencias.

1.8. LIMITACIONES

El trabajo de investigación requirió el aporte de la investigadora en financiamiento y del apoyo de las autoridades del hospital, ámbito del estudio para facultar la recolección de la presente investigación.

Por otro lado, existen muchos antecedentes bibliográficos respecto a la investigación del tema así como las historias, la observación de las placas y guía de entrevista a los pacientes. Pero muchas veces el poco material, la falta de recursos económicos el tiempo es muy limitado por el trabajo que desempeñamos en otras áreas, no existe antecedentes sobre estudios del presente trabajo; sin embargo existe voluntad para realizar el trabajo mencionado.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

Hemos visitado las bibliotecas de las principales instituciones académicas de nuestro medio, así como se ingresó a la Página Web de universidades de nuestro país y el extranjero y el área de historias del hospital Sergio E. Bernales comas, en dichas actividades sólo encontramos trabajos vinculados propiamente a la patología pero ninguna evidencia de estudio preventivo, hacia una comunidad o área específica, hecho por ningún personal de salud o áreas colindantes; al no encontrar trabajos que estén relacionados directamente con nuestro problema de investigación llegamos a afirmar que el estudio proyectado no cuenta con antecedentes por ahora. Sin embargo hemos considerado los siguientes:

En el año 2013, en España, Romero, Enrique, Rodríguez, Mar y Soler (25) desarrollaron un estudio con el objetivo de analizar el rendimiento de la unidad, en términos de prolongación del tiempo hasta la necesidad de cirugía protésica de rodilla. Se realizó el análisis de una cohorte retrospectiva de pacientes atendidos en la CMAR y que

dispusieran de un conjunto mínimo de datos. Se realizaron un análisis de Kaplan-Meier para evaluar el tiempo hasta la derivación del paciente a cirugía y un análisis de regresión de Cox para estudiar los factores relacionados con el tiempo hasta la derivación. Participaron 224 pacientes con una edad media de 65,7 años (IC del 95%, 64 a 67), el 67,9% eran mujeres. El 48,2% tenía una afectación de grado 3 (Kellgren-Lawrence), un 27,5% de grado 2, un 15,3% de grado 4, y un 9% de grado 1. El 90,2% (202) recibió tratamiento con viscosuplementación (ácido hialurónico NASHA). La afectación de una sola articulación ($p < 0,0001$; OR = 0,267, IC del 95%, 0,130 a 0,549), la mayor gravedad de la artrosis ($p = 0,048$; OR = 0,410, IC del 95%, 0,169 a 0,992) y la menor intensidad del dolor ($p < 0,0001$; OR = 1,091, IC del 95%, 1,044 a 1,141) fueron los factores relacionados con menor tiempo hasta la cirugía. El tratamiento con viscosuplementación aumentó el tiempo hasta la cirugía en todos los pacientes.

En España, Rodríguez y Do Muíño (26) llevaron a cabo un estudio con el objetivo de analizar las características de las reclamaciones presentadas por escrito en el área sanitaria de atención primaria de Santiago de Compostela durante los años 2007-2008. Estudio observacional descriptivo transversal y retrospectivo. Se revisaron todas las reclamaciones recibidas en la gerencia de atención primaria de santiago durante este periodo. Se analizaron las características demográficas del reclamante, la fecha de la reclamación, el profesional o servicio implicado, la localización del centro, el motivo de la reclamación y el tiempo de respuesta. La tasa de incidencia de reclamación (número de reclamaciones/1000 usuarios/año) fue de 4,4. El 88,5% (IC del 95%:

87,5-89,5%) de las reclamaciones fue presentado en los propios centros de atención al usuario por mujeres (67,8%; IC 95:66,2-69,4). Tan solo el 33,1% (IC del 95%: 31,5-34,7%) de la totalidad de las reclamaciones, fueron dirigidas contra algún profesional, siendo el médico de familia el implicado con más frecuencia. Los motivos de queja más frecuentes fueron trato personal (18,2%; IC 95: 16,9-19,5%), falta de recursos humanos (18%; IC95: 16,7-19,3%), problemas con la cita previa (13,7%; IC 95: 12,6-14,8%), el retraso en la asistencia y listas de espera (13%; IC 95: 11,9-14,1%) y la organización de la asistencia (13%; IC 95:11,9-14,1%).

También, en España, Ballesteros, García, Fontcuberta, Sánchez, Pérez y Alcázar (27) realizaron un estudio con el objetivo de analizar los factores que influyen en la demora de entrada del paciente a la consulta médica (CM) en un centro de salud (CS). El diseño fue ciclo evaluativo completo de calidad prospectivo. El ámbito de estudio fue el CS-docente del Área de Salud de Cartagena (Murcia). Los sujetos fueron la totalidad los de pacientes atendidos en CM las semanas del estudio (primera fase: 3.823; segunda fase: 4.247). Las dimensiones evaluadas fueron la accesibilidad y la satisfacción del paciente, mediante cuatro criterios. Los datos se han recogido mediante el listado de cita previa y encuesta telefónica. Las medidas de intervención fueron: a) crear espacios vacíos sin cita para pacientes, en la agenda diaria, para evitar retrasos; b) crear espacios de tiempo al final de la agenda diaria para pacientes con urgencias, y c) evitar interrupciones en consulta. Primera fase: en el 48,3% de los días hubo pacientes con retraso mayor de 20 min al entrar en CM, con un retardo medio de espera de 21,3 min/paciente. El 63,1%

de las consultas tuvo más del 5% de citas forzadas/día, de las que el 61,3% fue 377 «urgencias». En el 72,6% de las consultas hubo cinco o más interrupciones/día. El 46,7% de los pacientes considera «mucho o bastante» el tiempo que esperan para entrar en la consulta. Segunda fase: tras aplicar los criterios de mejora disminuyó el número de consultas (37,1%) con tiempo de espera superior a 20 min ($p < 0,05$). Hubo una reducción del número de consultas con citas forzadas superior al 5% del total (35,7%) ($p = 0,001$), al igual que el de consultas con más de 5 interrupciones/día (58,6%) ($p = 0,001$). El total de pacientes que están insatisfechos con el tiempo que tardan en entrar en CM es menor (40,8%) ($p < 0,05$).

Ortiz, Muñoz, Lechuga y Torres (28) desarrollaron un estudio con el objetivo de identificar y evaluar los factores asociados con la calidad de la atención en las consultas externas de los hospitales del sector público en el estado de Hidalgo, México, mediante la opinión que manifiestan los usuarios. Se aplicó un diseño transversal, comparativo y analítico en 15 hospitales públicos del estado de Hidalgo, México. La muestra, compuesta por 9 936 encuestados (con un poder de 85% y un nivel de significación de 95%), fue seleccionada mediante muestreo aleatorio simple entre las personas atendidas en las consultas externas de julio de 1999 a diciembre de 2000. Se analizó la calidad de la atención según la escala de Likert. Para el análisis estadístico se empleó la regresión logística no condicional. La calidad de la atención fue percibida como buena por 71,37% de los encuestados y como mala por 28,63%. La mala calidad se percibió mayormente en las instituciones de la seguridad social (39,41% frente a. 19,42%). Se observó satisfacción

en 84,94% de los encuestados, de los cuales 49,2% esperaban una mejor atención. El 16% refirió que regresaría al mismo hospital por no tener otra opción para su atención y 2% manifestó que no regresaría. La mayor escolaridad y los ingresos económicos superiores se asociaron con la percepción de mala calidad y la desaprobación del tiempo de espera (razón de posibilidades [RP]: 2,3; IC95%: 2,02 a 2,82), del tiempo que duró la consulta (RP: 2,3; IC95%: 2,02 a 2,82) y del mal trato por parte del médico (RP: 4,22; IC95%: 3,6 a 4,8).

Y, en el Perú, Niño, Perales, Chavesta, Leguía y Díaz (29) realizaron un estudio con el objetivo de evaluar la calidad de servicio según el grado de satisfacción percibido por las personas de la consulta externa en el hospital nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. Estudio Descriptivo, Transversal y Observacional. Se seleccionó de manera no probabilística una muestra de 106 personas (proporción de 44,36%), constituida por los usuarios de los consultorios externos del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo en Octubre de 2010. Se utilizó muestreo no probabilístico, empleándose la encuesta SERVQUAL modificada a 19 pares. (Aspectos tangibles, Confiabilidad, Respuesta rápida, Seguridad y Empatía). El nivel de satisfacción se determinó calculando la diferencia entre las respuestas para las expectativas y las percepciones; < 0 = satisfacción amplia; 0 = satisfacción; > 0 y ≤ 2 = insatisfacción leve/moderada; > 2 = insatisfacción severa. Los datos fueron analizados con el SPSS. Luego de evaluar a las personas de la consulta externa en el hospital nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, se halló una insatisfacción global de 89,80% e insatisfacción en la

dimensión confiabilidad 88%; las dimensiones tangibles (81,50%), seguridad (47,66%), respuesta rápida (84,30%) y empatía (80,50%).

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. Teoría del conocimiento

Según Quintanilla (30) el conocimiento es un fenómeno con múltiples aspectos. Es un fenómeno psicológico, sociológico, biológico incluso. Cabe, pues, su estudio desde muchos puntos de vista, a partir de múltiples ciencias empíricas.

También en el estudio del conocimiento científico cabe esta perspectiva científica, representada ya de hecho por la ciencia de la ciencia. La epistemología genética de Piaget pretende también constituir una teoría general del conocimiento (de tipo racionalista: el conocimiento científico como modelo más desarrollado de cualquier forma de conocimiento) con base en los resultados de ciencias positivas que se ocupan de los procesos cognoscitivos, como la psicología genética fundada y desarrollada por el mismo Piaget, la biología, la sociología y la historia de las ciencias.

2.2.2. Teorías del aprendizaje

A continuación se detallan algunas teorías relevantes del aprendizaje referidas por Concari:

Para el grupo de Teorías Conductistas, lo relevante en el aprendizaje es el cambio en la conducta observable de un sujeto, cómo éste actúa ante una situación particular. La conciencia, que no se ve, es considerada como "caja negra". En la relación de aprendizaje sujeto - objeto, centran la atención en la experiencia

como objeto, y en instancias puramente psicológicas como la percepción, la asociación y el hábito como generadoras de respuestas del sujeto.

Provee una teoría de formación de los conceptos en la que éstos serían la unidad fundamental de conocimiento y explica su formación por un proceso de abstracción.

2.2.3. Teoría Clásica de la Administración.

Los autores de La Teoría Clásica de la Administración plantearon sus postulados bajo conceptos relevantes como el ejercicio de la administración como ciencia, la concepción de la organización como una estructura, la división del trabajo y la especialización, la coordinación y la autoridad lineal y el staff.

Henry Fayol es el principal exponente y pionero de la Teoría Clásica de la Administración...”dirigió su atención hacia el jefe de la empresa y tendió a perfeccionar la racionalización y el gobierno de esta” (31).

La obra de Fayol fue escrita en francés bajo el título de “Administration Industrielle et Générale. Prévoyance – Organisation – Comandement – Coordination – Contrôle. (Extrait de Bulletin de la Société de l’Industrie Minière) 1916. La Traducción del francés al español fue hecha por el doctor Constantino Dimitri bajo el título de Administración Industrial y General. Previsión – Organización – Mando – Coordinación - Control.

Fayol definió como administración “El conjunto de las operaciones que realizan las empresas”...(32)...Según él las funciones de la

empresa son las siguientes: 1) Técnicas, 2), Comerciales, 3) Financieras, 4) De seguridad, 5) de Contabilidad y 6) Administrativas. Estas últimas son los “elementos universales de la administración” que conforman el proceso administrativo...“que H. Fayol descompone en cinco diferentes grupos de operaciones”. Dichas funciones son: 1) Previsión, 2) Organización, 3) Mando, 4) Coordinación y 5) Control.

También formuló los “Principios Generales de la Administración” para los cuales sugiere que...”son flexibles y susceptibles de adaptarse a todas las necesidades. La cuestión consiste en saber servirse de ellos: es éste un arte difícil que exige inteligencia, experiencia, decisión y medida” (33). Los 14 principios definidos por Fayol en su libro *General and Industrial Management* son:

1. La división del trabajo.
2. La autoridad.
3. La disciplina.
4. La unidad de mando.
5. La unidad de dirección.
6. La subordinación de los intereses particulares al interés general.
7. La remuneración.
8. La centralización.
9. La jerarquía.
10. El orden.
11. La equidad.
12. La estabilidad del personal.

13. La iniciativa.

14. La unión del personal.

2.2.4 Teoría Contingencial o Situacional.

Surgió a raíz de las investigaciones de las organizaciones, su ambiente y la tecnología. Esas investigaciones demostraron que en esa época (1972) las teorías organizacionales no explicaban los mecanismos de ajuste de las organizaciones al ambiente y a la tecnología de forma proactiva y dinámica. La principal conclusión es que en administración todo depende de la situación que se afronte o se presente en cualquier organización. Pues ésta, al estar en continua interacción con el ambiente requiere de múltiples enfoques y técnicas administrativas para enfrentarlo, permanecer, crecer y desarrollarse en él.

Alfred Chandler Jr. realizó una investigación sobre estrategia y estructura organizacional en cuatro empresas y demostró que...“la estrategia refiere a los objetivos básicos a largo plazo de una compañía y las formas en que sus directivos desarrollan acciones y asignan recursos para alcanzarlos” (34). De manera que se puede concluir que “En una empresa, la estructura sigue a la estrategia y ésta constituye el plan general o marco de referencia para las decisiones operativas. Las estrategias son una expresión del cambio planeado en la organización, que también incluye formas de flexibilidad o ajuste frente a las contingencias” (35). Por tanto, las organizaciones deben evolucionar y adaptarse continuamente a los cambios del ambiente en el que se desenvuelven.

“En su estudio clásico sobre la evolución de las empresas industriales, A. Chandler (1962) intentó demostrar que los cambios ambientales no son determinantes en sí mismos, sino que son mediatizados por la inteligencia de la Dirección, por sus decisiones estratégicas. Son las políticas y estrategias las que resuelven qué aspectos de los escenarios futuros serán tomados como referencia para el cambio de las estructuras. Los escenarios no tienen una sola interpretación. Ellos son analizados como obstáculos o limitaciones, pero también pueden convertirse en oportunidades para el crecimiento” (36).

Con esta teoría...”aparece la administración del si y el entonces, donde el si son las condiciones del ambiente o variable independiente y el entonces, las técnicas y la administración que como variable dependiente deben ajustarse a los cambios del ambiente para alcanzar la eficacia y eficiencia” (37).

Por tanto, el tipo, la estructura, el tamaño, el estilo administrativo y todos los aspectos que caracterizan y coaccionan la actuación de las organizaciones depende en alto grado de la tecnología y los ambientes en los que se desarrolla porque estos son homogéneos, heterogéneos, estables o inestables según la situación que se presente o enfrente. Situaciones que generan incertidumbre que deberán enfrentar los propietarios, el gerente, el grupo social y la organización en su conjunto.

Esto exige que la organización sea flexible para enfrentar de mejor manera la incertidumbre. Pues esto le permite adaptarse su

estructura a los cambios del ambiente que deba asumir a través de la formulación y ejecución de múltiples estrategias.

En tal sentido, Michael Porter propone tres “estrategias genéricas”: 1) “Liderazgo en costo”; 2) “Diferenciación” y 3) “Foco (punto de atención central)”...”Se trata de formas que permiten diferenciarse y enfrentar con éxito a otros oferentes en el mercado. Otros autores han planteado la necesidad de incorporar el concepto de opciones estratégicas. La idea de opciones considera la diversidad de intereses que coexisten en la misma organización. De manera que la estrategia “genérica” es más bien un modelo global, que en la práctica se realiza como una decisión compuesta. Se trata de una combinación que trata de articular las opciones (producción, finanzas, mercadotecnia) que pugnan por ganar espacios en la empresa. De manera que lo “genérico” en el nivel de la corporación puede incluir enfoques no complementarios” (38). Con todo lo comentado, y de acuerdo con Carlos Méndez (39).

Se puede concluir que La teoría de la contingencia destaca la importancia del cambio en la vida de las organizaciones. Para ello hay que proyectarla en el tiempo apoyando este proceso en la planeación estratégica y además prepararla para los nuevos retos de sus decisiones y estrategias a través del desarrollo de la organización. Planeación estratégica y desarrollo organizacional se convierten en la década de los años 90 en fundamento para el cambio y la eficiencia de las organizaciones En conclusión, esta teoría establece la necesidad de una dinámica permanente y

adaptativa de la administración, de los administradores y de la organización en general para enfrentarse a ese entorno turbulento e impredecible.

2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES

2.3.1. La teoría de sistemas y los procesos de atención médica

Según Bertalanffy y Cháves (40) se ha definido a un sistema como un conjunto de elementos interrelacionados orientados a metas comunes. Los sistemas pueden clasificarse en abiertos o cerrados. Estos últimos, son los que no guardan relación con el medio. Los primeros (sistemas biológicos o sociales) intercambian información y recursos con el medio, lo modifican, y son modificados por él.

Los elementos de los sistemas abiertos es su interrelación permanente, de tal modo que “un cambio en el estado de cualquier elemento induce otros cambios en el estado de los demás elementos. Por este motivo, una prueba esencial de la relación de los sistemas es la existencia de patrones, flujos de información y cierto grado de estabilidad. Las porciones funcionales mayores de un sistema son sus “componentes”: los elementos de entrada, salida, y el procesador. Los elementos de entrada en el sistema consisten en aquellos que son transformados por él. Los elementos de salida son los que genera el sistema y comprenden también las finalidades para la cual funciona este último. El procesador es un mecanismo necesario para transformar los elementos de insumo o entrada, en otros de

salida o productos. Sus elementos comprenden una “estructura de comunicación y de distribución de procesos y métodos, personal que utiliza ambos, e instalaciones apropiadas, equipos y otros materiales” (41).

Con arreglo a estas bases teóricas, refiere Paganini, cualquier estudio de sistemas necesita identificar no solamente el procesador del sistema, sus elementos e interrelaciones, sino también su relación con el entorno, es decir, sus elementos de entrada y salida. Los hospitales pueden clasificarse en sistemas abiertos. Son un conjunto de elementos interrelacionados (recursos humanos, tecnología, información) que están orientados a metas comunes:

Mejorar la salud y la satisfacción de los pacientes y de la comunidad así como de otras actividades afines a la salud, como serían la enseñanza e investigación. El elemento más importante de entrada y de salida del sistema hospitalario es la población que solicita y recibe atención. El enfoque de analizar la estructura, los procesos y los resultados como método para evaluar la calidad de atención, guarda una estrecha relación con la teoría de sistemas. La estructura del sistema de atención o el procesador del sistema (conjunto de elementos y relaciones) se relaciona con la población (elemento de entrada del sistema) y producen los procesos de atención (interrelaciones entre los elementos de los sistemas y la población), lo cual se orienta hacia un cambio particular en el estado de salud del individuo o de su comunidad, es decir, los resultados o elementos de salida del sistema (42).

Según Donabedian (43) la estructura se refiere a las “características relativamente estables de quienes suministran atención, de los medios o herramientas y recursos con que cuentan, y el marco físico y organizativo dentro del cual trabajan... e incluye los recursos humanos, físicos y financieros que se necesitan para suministrar atención médica; comprende el número, distribución, capacidades y experiencia del personal y también el equipo de los hospitales y otras instalaciones”.

El mismo autor destaca la amplitud del concepto de estructura cuando afirma que: “el concepto va más allá de los factores de producción, para incluir los mecanismos por los que se organiza el financiamiento y suministro de servicios de salud, en sentido formal e informal, la presencia de seguros médicos, la forma en que los médicos realizan su trabajo, la práctica individual o en grupos, y los mecanismos por los que reciben su pago”.

Según Starfield (44), los elementos de la estructura incluyen: personal (número, tipo, preparación y motivación); instalaciones físicas (número, tipo, acreditación y estándares); equipos médicos; organización (coordinación, continuidad, accesibilidad y adecuación); sistemas y registro de información; financiamiento; gerencia y administración (gobierno).

Según Donabedian (45), la estructura constituye “un indicador indirecto de la calidad de la atención con algunas limitaciones, debido a nuestros conocimientos insuficientes sobre las relaciones entre estructura y resultado”. A pesar de todo, el mismo autor propone que “la relación entre la estructura y la calidad de la

atención es de máxima importancia para planear, diseñar y llevar a la práctica sistemas cuya meta es brindar servicios personales de salud” y que la “buena estructura, es decir, suficiencia de recursos y un diseño de sistemas apropiado, quizá constituya el medio más importante para proteger y estimular la calidad de la atención”.

2.3.2. El cliente (usuario)

El “paciente” (usuario) que acude a una institución de salud, puede venir por muchas razones, pero la esencial pudiera ser sin dudas solucionar un problema de salud (46).

En el transcurso por esta búsqueda de solución establece mejores o peores comunicaciones con el personal que lo atiende, recibe mejor o peor trato, establece amores y odios, esperanza y frustraciones, soluciona o no soluciona el problema por el que vino.

Sin embargo, puede no solucionar el problema y estar satisfecho porque fue bien atendido, o como dicen muchos “hicieron todo lo posible”. Pueden solucionar el problema y salir insatisfecho porque le cayó mal alguien o algo, o porque tuvo que esperar mucho un día o porque es alguien querellante, “protestón” o amargado (47).

2.3.3. El supuesto dador (o el presentador de los servicios de salud)

Es aquel que brinda la atención al paciente y en quien nos centramos muchas veces para evaluar la competencia profesional, sin embargo, buenos profesionales de la salud

pueden recibir una queja de un paciente muy exigente o de un paciente donde se procedió de un modo tan correcto que no era lo que el mismo esperaba, o sencillamente de un paciente pesado.

Profesionales no muy capaces, pero simpáticos, sociables, pueden lograr los mejores calificativos y donde todo el mundo sale contento.

Mientras más satisfechos de su labor estén los profesionales de la salud que brindan una atención existen más probabilidades de que se logre una atención satisfactoria (48).

2.3.4. La artrosis

La artrosis fue definida por la OMS en 1995 como un proceso degenerativo articular que se produce como consecuencia de trastornos mecánicos y biológicos que desestabilizan el equilibrio entre la síntesis y la degradación del cartílago articular, estimulando el crecimiento del hueso subcondral y con la presencia de sinovitis crónica de intensidad leve (49).

Según el American College of Rheumatology, la artrosis puede definirse como un grupo heterogéneo de condiciones que conducen a síntomas y signos articulares que se asocian con defectos en la integridad del cartílago articular, además de cambios relacionados con el hueso subcondral y con los márgenes articulares (50).

La artrosis afecta a todas las estructuras de la articulación, incluyendo el hueso subcondral, los meniscos, los ligamentos, la cápsula articular, la membrana sinovial y el músculo periarticular (51), sin efectos sistémicos, y se caracteriza clínicamente por la

presencia de dolor y limitación de la función articular, crepitación y posible derrame. Actualmente, algunos autores consideran la artrosis como un síndrome o como un grupo heterogéneo de procesos, con aspectos comunes y diferenciales en cuanto a su localización, su historia natural, su pronóstico y sus posibilidades de tratamiento (52).

2.3.5. Retraso de la atención:

Demora en la oportunidad de la atención o deficiencias en la calidad de la atención prestada. Se inicia en el momento del ingreso en la institución y finaliza al administrarse el tratamiento específico requerido en cada caso (53).

2.4. BASES EPISTEMICAS

En esta presente investigación, aplicaremos múltiples conceptos para evaluar los aspectos de la realidad que a lo largo de nuestra vida podemos desear llegar a conocer. Y tener en cuenta para conseguir con este fin conocimiento de cuáles son los factores que retrasan una atención óptima conociendo los conceptos básicos desencadenantes de una buena atención y así comprender procesos afectivos y cognitivos que dependerán de las circunstancias y un sujeto cambiante de acuerdo al juicio que perciba de la atención recibida.

No obstante y de la misma manera que ocurre con la Medicina, en las conceptualizaciones tradicionales de la fisioterapia se observa con relativa frecuencia la mención a nuestra profesión como Arte. ¿Qué quiere decir esto? ¿Es acaso la Fisioterapia también un Arte? No son pocas las voces que en la actualidad rechazan esta conceptualización

clásica: la Fisioterapia, argumentan, debe dejar de ser considerada un arte para pasar a formar parte definitivamente del cuerpo de las ciencias. Así pues, tenemos Arte como oposición a Ciencia. Para esta manera de pensar, Arte haría referencia fundamentalmente al aspecto empírico, artesanal de la profesión, tan alejado de los estándares que a la misma se le imprimen desde la evidencia científica. Otras voces, por el contrario, defienden la permanencia de la sustantivación del arte en la caracterización de la fisioterapia. Pero en realidad, ¿qué significa Arte? Y en lo referente a lo que nos ocupa ¿qué quiere decir que la fisioterapia sea un arte? Hasta donde tiene constancia, el autor no ha encontrado una reflexión sobre este asunto más allá de las simples referencias etimológicas del vocablo y su relación con la práctica manual o instrumental de la fisioterapia.

Si bien es cierto la tecnología y la terapia física están actuando de la mano evolucionando ambas de la misma manera para el beneficio de nuestros pacientes como por ejemplo e la implantación de miembros inferiores bonicos para una buena funcionabilidad del paciente, para las extremidades inferiores son importantes las sensaciones, ni qué decir tiene para las superiores. En el Laboratorio Bensmaia han desarrollado un método para trasladar la información desde una mano robótica al cerebro y viceversa. “Cada vez que tocamos algo, una parte del cortesa recibe señales sensoriales”, indica Sliman Bensamia, líder del proyecto Lifehand . “Una forma de restaurar la sensibilidad en personas que la han perdido es provocar esa actividad neuronal a través de estimulación eléctrica, Las prótesis diseñadas por el neurocientífico y su grupo de investigación contienen receptores que recogen información cuando

entran en contacto con una superficie. “La idea es trasladar estas sensaciones artificiales al cerebro provocando una percepción real”. Las señales son traducidas mediante modelos informáticos y la estimulación de las neuronas se realiza directamente mediante un chip que se implanta en el interior del cráneo. Bensamaia indica que su prototipo aún está en fase de ensayo clínico y hay que esperar a conocer los resultados definitivos.

Incluso la agencia de investigación DARPA, del Departamento de Defensa de Estados Unidos, ha financiado un programa en prótesis. Científicos de diferentes empresas, (entre ellas Kinea Design) y universidades como la Johns Hopkins, han trabajado en el desarrollo de extremidades artificiales capaces de transmitir sensaciones.

Después de ocho años de estudios y ensayos, la autoridad que regula los productos sanitarios en EE.UU. (la FDA, por sus siglas en inglés) dio en mayo el visto bueno a una prótesis fruto del trabajo de estos investigadores. Aunque teóricamente ya puede ser comercializada, su precio seguramente no esté al alcance de todos los bolsillos. La mano robótica, bautizada como ‘Luke’ en honor al personaje de la Guerra de las Galaxias, dispone de un complejo sistema de sensores que detectan las contracciones del músculo y las transforman en movimiento. Es tan precisa que permite girar una llave o sujetar un huevo. Su desarrollo es responsabilidad de la empresa Deka Integrated Solutions, cuyo fundador es Dean Kamen, conocido por ser el padre de los vehículos de dos ruedas que se conducen de pie: los famosos Segway.

Concepción múltiple de la realidad: no hay una única verdad que coincida con el supuesto mundo exterior al investigador, sino múltiples realidades construidas por cada uno de los sujetos al intentar conocer.

Percepción de una mala atención: la atención en Salud es, una de las mayores preocupaciones de quienes tienen la responsabilidad de la prestación de los servicios de salud y una necesidad de quienes requieren de estos servicios.

Es un hecho que toda institución prestadora de servicios de salud debe evaluar con alguna regularidad la calidad de la atención. El presente estudio tiene como objetivo la evaluación de la percepción del usuario

Preocupación: Se ubican en la tercera fase del acto la persona ha sido capaz de identificar el problema, de evaluar la realidad y situarla en sus esquemas de pensamiento formando una representación interna de lo externo, avanzando más o menos en la reflexión y transmisión de su opinión. En las preocupaciones hay una alta dosis de incertidumbre en el marco de posiciones realistas. Las posibilidades están abiertas y el deseo de solución o restitución adquiere un status privilegiado en los posibles desenlaces de la acción. Las predicciones toman en cuenta la valoración de las consecuencias y están atravesadas por elementos subjetivos como el nivel de confianza (lo que cree que puede hacer), y los objetivos (lo que es y no puede controlar).

Modernidad y salud pública:

La influencia del paradigma cartesiano newtoniano, constituyen sin lugar a dudas, la base conceptual de la salud pública en la modernidad.

Modelo que perpetua la idea del cuerpo como una simple máquina, una suma de partes desconectadas. La separación mente cuerpo, ha sido

una poderosa representación generando disyunción hombre- cuerpo, hombre – ambiente, hombre – sociedad, hombre- esencia (54).

Por otra parte, el modelo de atención se ha caracterizado por su disociación y fragmentación separándose lo preventivo de lo curativo, lo biológico de lo social y lo individual de lo colectivo. Esta visión medicalizada impide comprender que la salud no es el producto solamente de lo que hace el sector salud, mucho menos de lo que hacen los médicos en los hospitales. La salud es el resultado de lo que hace el conjunto de la sociedad, sus instituciones públicas y privadas y los ciudadanos (55). El patrón tecnológico se concretó con la puesta en escena del modelo flexneriano, legitimado por los marcos institucionales, políticos e ideológicos, sedimentándose un modo particular del sistema semiótico médico, que ha orientado la producción de sentido atendiendo a la ratio- técnica como matriz ideológica fundante.

Un saber en salud bajo los presupuestos del discurso de la ciencia moderna en sus pretensiones de objetividad, verificabilidad, coherencia, sistematicidad y neutralidad. Un modelo médico que se presenta como un conocimiento cerrado y centrado en el método terapéutico- alopático; el cual se construye y se configura en un lenguaje científico propio como instrumento de significación y de comunicación entre los interlocutores legítimos de este espacio.

Ante estas realidades, la salud no ha hecho más que intentar redefinir criterios que orientan su ser y su hacer, intentando aproximaciones que puedan dar respuestas a las complejidades socio sanitarias sin romper del todo con la lógica dominante. Ejemplo de ellos, son toda una serie

de encuentros internacionales donde se han formulado diferentes visiones de la salud pública (56).

Carta de Ottawa:

(1986) precisa que la salud, consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mejor control sobre la misma. Para alcanzar un adecuado bienestar físico, mental y social, un individuo o un grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones en función de satisfacer sus necesidades.

Declaración de Liverpool

(1988) se introdujo el concepto de municipios saludables, definiéndolos como aquellos espacios donde las autoridades políticas y civiles, las instituciones públicas y privadas, las organizaciones empresariales, de trabajadores, comunitarias y la sociedad en general; dedican esfuerzos en pro de crear y mejorar su medio físico y social, fortaleciendo la participación comunitaria y por ende la construcción de ciudadanía.

Se comienzan a implementar los sistemas locales de salud (1990), se definieron como instrumentos para lograr la coordinación de todos aquellos recuerdos e instituciones que en el sector de salud fuera de él, tienen una relación con la salud de las personas y las poblaciones organizadas sobre una base geográfica y poblacional. Conformados como una red de servicios, fundamentados en la participación comunitaria y operando con modelos de atención que trascienden lo curativo.

CAPÍTULO III

METODOLOGIA

3.1. TIPO DE ESTUDIO

Por su finalidad, es una investigación aplicada, pues es la utilización de conocimientos ya establecidos, “factores y su retraso de atención” en el servicio de medicina física y rehabilitación en el hospital Sergio E. Bernal nos permitirá mejorar las conexiones entre lo administrativo – asistencial – pacientes.

Por la extensión del estudio, es una investigación de caso puesto que se utilizara, la encuesta mediante cuestionarios.

Por su naturaleza, cuantitativo, porque los datos obtenidos se expresaron mediante números. Se necesitaron herramientas de campo.

Por la intervención del investigador, observacional, los datos reflejan la realidad casuística de los hechos, con el propósito de mejorar un sistema.

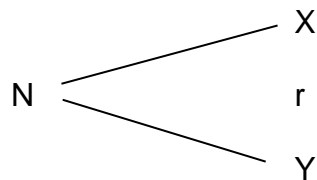
Según la planificación de la toma de datos, estudio prospectivo, puesto que los datos fueron observados en el tiempo con el fin de ver sus consecuencias en el tiempo manteniendo un control.

Según su alcance temporal, fue transversal, pues todas las variables fueron tomadas y medidas en un solo momento.

Según el número de variables, fue descriptivo, porque se trabajó sobre la realidad de los hechos, el análisis estadístico solo describió parámetros en la población de estudio a partir de una muestra.

3.2. DISEÑO Y ESQUEMA DE INVESTIGACIÓN

El diseño de investigación fue correlacional, como se muestra a continuación:



Dónde:

N = Población

X = Variable independiente

Y = Variable dependiente

r = Relación entre variables

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1. Población

La población estuvo constituida por los usuarios del servicio de rehabilitación de Medicina Física en el Hospital Sergio E. Bernales con Diagnósticos de artrosis de rodilla, según los registros de atención, dicha población fueron 160 usuarios.

Características de la población:○ **Criterios de inclusión:**

- Usuarios que acuden a rehabilitación en el servicio de Medicina Física en el Hospital Sergio E. Bernales con Diagnostico de Artrosis de Rodilla en comas 2015
- Usuarios que colaboren en la presente investigación en el Hospital Sergio E. Bernales con Diagnostico de Artrosis de Rodilla.

○ **Criterios de exclusión.** Se excluyeron del estudio:

- Pacientes que acudan al servicio de rehabilitación en el servicio de Medicina Física en el Hospital Sergio E. Bernales con Diagnósticos de Algias (lumbalgias, dorsalgias) comas 2015
- Pacientes que asistan al hospital Sergio E. Bernales con referencias a otros servicios.
- Pacientes que no acepten participar en la encuesta.

Ubicación de la población en espacio y tiempo:

- **Ubicación en el espacio.** El estudio se llevó a cabo en el servicio de rehabilitación física y rehabilitación del hospital Sergio E. Bernales, Lima.
- **Ubicación en el tiempo.** La duración del estudio fue en el periodo 2015.

3.3.2. Muestra

Unidad de análisis

Cada paciente.

Unidad de muestreo

La unidad seleccionada igual que la unidad de análisis.

Tamaño de la muestra

Lo conformaron 160 pacientes con diagnóstico de artrosis.

3.4. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.4.1. Instrumentos:

3.4.1.1. Guía de entrevista sociodemográfica

Lo conformaron preguntas relacionadas a las características demográficas y sociales (Anexo 01).

3.4.1.2. Cuestionario sobre factores del retraso de atención

Se empleó el cuestionario, modificado para medir los factores que intervienen en una demora de la atención en los pacientes se medirá fundamentalmente: déficit de personal, equipos (materiales de trabajo), exceso de pacientes, citas prolongadas, de forma general (Anexo 02).

3.4.2. Validez de los instrumentos

Para la validez del instrumento en estudio, se tuvo que requerir el juicio de 5 expertos, donde emitieron su juicio del instrumento Consolidado de recolección de datos (Anexo 03).

Luego en la concordancia se utilizó el coeficiente de V de Aiken, como se muestra a continuación:

Cuadro 01. Concordancia de las respuestas de los jueces.

Preguntas	JUECES					TOTAL ACIERTOS	V de Aiken
	1	2	3	4	5		
Pregunta1	A	A	A	A	A	5	1,00
Pregunta2	A	A	A	A	A	5	1,00
Pregunta3	A	A	A	A	A	5	1,00
Pregunta4	A	A	A	A	A	5	1,00
Pregunta5	A	A	A	A	A	5	1,00
Pregunta6	A	A	A	A	A	5	1,00
Pregunta7	A	A	A	A	A	5	1,00
Pregunta8	A	A	A	A	A	5	1,00
Pregunta9	A	A	D	A	A	4	0,80
Pregunta10	A	A	A	A	A	5	1,00

A: Acuerdos; D: Desacuerdos

Fuente. Elaboración propia

Se ha considerado:

1 = Si la respuesta es aprobado.

0 = Si la respuesta es no aprobado.

Se consideró que existe validez del instrumento cuando el valor del coeficiente de V de Aiken fuera igual o mayor de 0,80. En la valoración de los jueces ninguna pregunta obtuvo un valor inferior a 0,80; por lo cual concluimos que estos ítems presentan validez de contenido.

3.5. TÉCNICAS DE RECOJO, PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS

3.5.1. Plan de recolección de datos

Para el estudio se realizó los siguientes procedimientos:

- Solicitud de permiso al Hospital en estudio.
- Se tuvo en cuenta el estudio de validez.
- Se aplicó el instrumento para la toma de datos durante la investigación.
- Selección, cómputo, o tabulación y evaluación de datos.
- Se interpretó los datos según los resultados, confrontando con otros trabajos similares o con la base teórica disponible.
- Ejecución del informe final.

3.5.2. Plan de tabulación de datos

Se planteó las siguientes fases:

- **Revisión de los datos:** se examinó en forma crítica cada uno de los instrumentos que se utilizarán y se hará el control de calidad a fin de hacer las correcciones necesarias.
- **Codificación de los datos:** se efectuó la codificación en la etapa de recolección de datos, transformándose en códigos numéricos de acuerdo a las respuestas esperadas en los instrumentos respectivos, según las variables del estudio.
- **Clasificación de los datos:** se realizó de acuerdo a las variables de forma categórica, numérica y ordinal.
- **Presentación de datos:** se presentó los datos en tablas académicas y en figuras de las variables en estudio.

3.5.3. Análisis e interpretación de datos

- **Análisis descriptivo**

Se detallaron las características de cada una de las variables, de acuerdo al tipo de variable con que se trabajó (cualitativa, cuantitativa); se tendrá en cuenta las medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas y de frecuencias para las variables categóricas. Se emplearon figuras, para facilitar la comprensión, en cada caso tratamos de que el estímulo visual sea simple y resaltante.

- **Análisis inferencial**

En la prueba de hipótesis, aplicamos la Prueba Chi cuadrada de independencia. Para la significancia estadística de estas pruebas se tuvo en cuenta una $p < 0,05$. Para el procesamiento de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 19.0 para Windows.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS RESULTADOS

4.1.1. Características demográficas:

Tabla 01. Edad en años de los pacientes con artrosis de servicio de rehabilitación del Hospital Sergio E. Bernales - Lima 2015

Edad en años	Frecuencia	%
18 a 35	22	13,8
36 a 53	69	43,1
54 a 71	54	33,8
72 a 89	15	9,4
Total	160	100,0

Fuente: Guía de entrevista (Anexo 01).

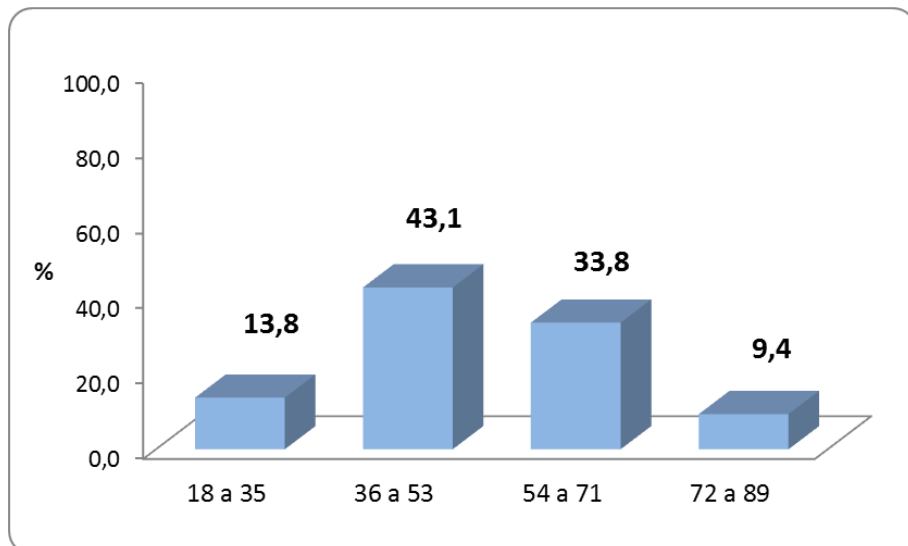


Gráfico 01. Porcentaje de pacientes según edad en años de servicio de rehabilitación del Hospital Sergio E. Bernales - Lima 2015

En cuanto a la edad en años de los pacientes con artrosis en estudio, se encontró que el 43,1% (69 pacientes) tuvieron edades entre 36 a 53 años, el 33,8% (54 pacientes) entre 54 a 71 años, el 13,8% (22 pacientes) entre 18 a 35 años y el 9,4% (15 pacientes) se encontraban con edades entre 72 a 89 años.

Tabla 02. Género de los pacientes con artrosis de servicio de rehabilitación del Hospital Sergio E. Bernales - Lima 2015

Género	Frecuencia	%
Masculino	58	36,3
Femenino	102	63,8
Total	160	100,0

Fuente: Guía de entrevista (Anexo 01).

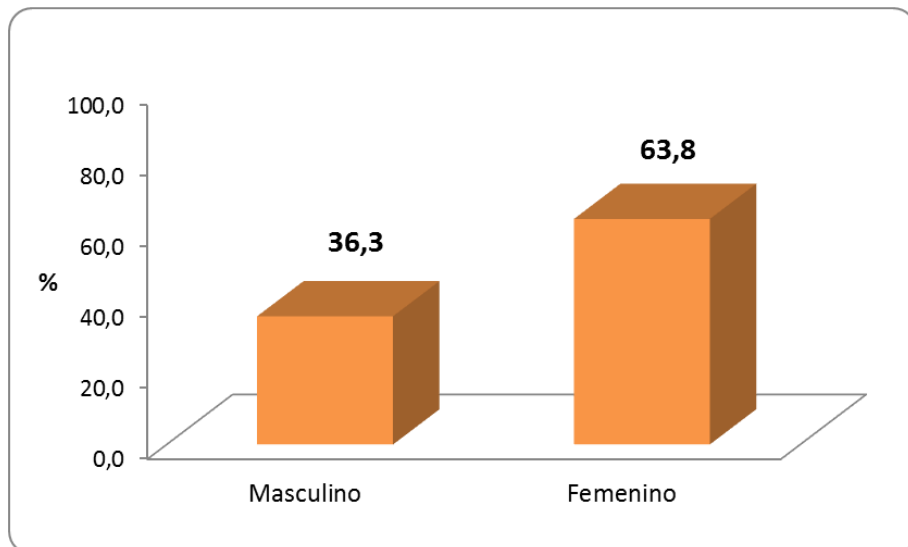


Gráfico 02. Porcentaje de pacientes según género de servicio de rehabilitación del Hospital Sergio E. Bernales - Lima 2015

En relación al género de los pacientes con artrosis en estudio, se encontró que el 63,8% (102 pacientes) fueron del sexo femenino y el 36,3% (58 pacientes) fueron del sexo masculino.

4.1.2. Características sociales:

Tabla 03. Estado civil de los pacientes con artrosis de servicio de rehabilitación del Hospital Sergio E. Bernales - Lima 2015

Estado civil	Frecuencia	%
Soltera	24	15,0
Casada	61	38,1
Viuda	30	18,8
Divorciada	14	8,8
Conviviente	25	15,6
Madre soltera	6	3,8
Total	160	100,0

Fuente: Guía de entrevista (Anexo 01).

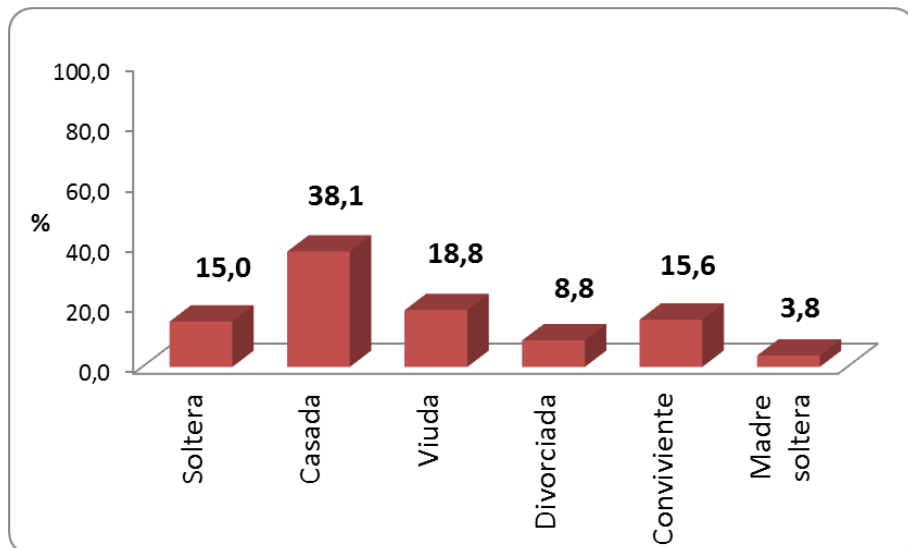


Gráfico 03. Porcentaje de pacientes según estado civil de servicio de rehabilitación del Hospital Sergio E. Bernales - Lima 2015

En razón al estado civil de los pacientes con artrosis en estudio, se encontró que el 38,1% (61 pacientes) tuvieron la condición de casados, el 18,8% (30 pacientes) fueron viudos, el 15,6% (25 pacientes) convivientes, el 15,0% (24 pacientes) solteros, el 8,8% divorciados y el 3,8% fueron madres solteras.

Tabla 04. Religión de los pacientes con artrosis de servicio de rehabilitación del Hospital Sergio E. Bernales - Lima 2015

Religión	Frecuencia	%
Católico	134	83,8
Evangélico	26	16,3
Total	160	100,0

Fuente: Guía de entrevista (Anexo 01).

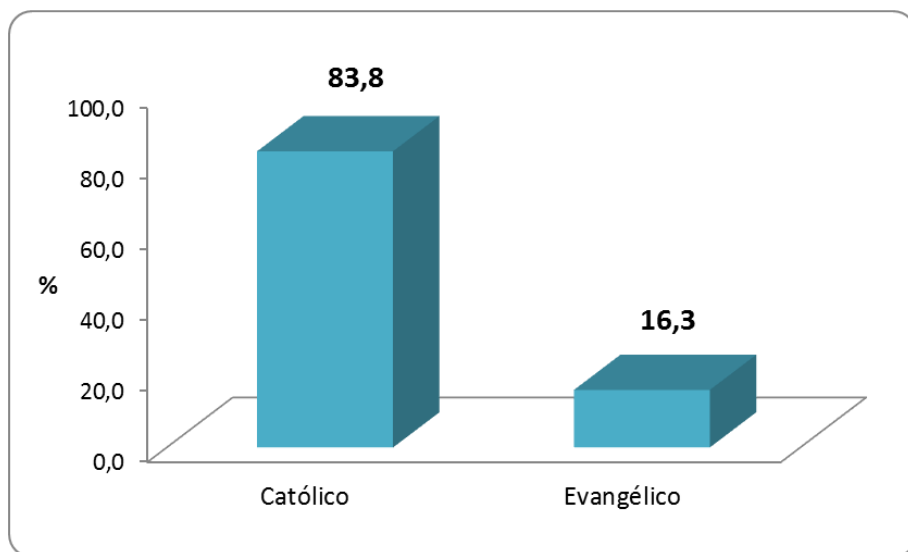


Gráfico 04. Porcentaje de pacientes según religión de servicio de rehabilitación del Hospital Sergio E. Bernales - Lima 2015

Respecto a la religión de los pacientes con artrosis en estudio, se encontró que la mayoría del 83,8% (134 pacientes) profesaban la religión católico y el 16,3% (26 pacientes) tuvieron la religión evangélica.

Tabla 05. Grado de escolaridad de los pacientes con artrosis de servicio de rehabilitación del Hospital Sergio E. Bernales - Lima 2015

Grado de escolaridad	Frecuencia	%
Analfabeta	9	5,6
Primaria	61	38,1
Secundaria	53	33,1
Superior técnico	23	14,4
Superior universitaria	14	8,8
Total	160	100,0

Fuente: Guía de entrevista (Anexo 01).

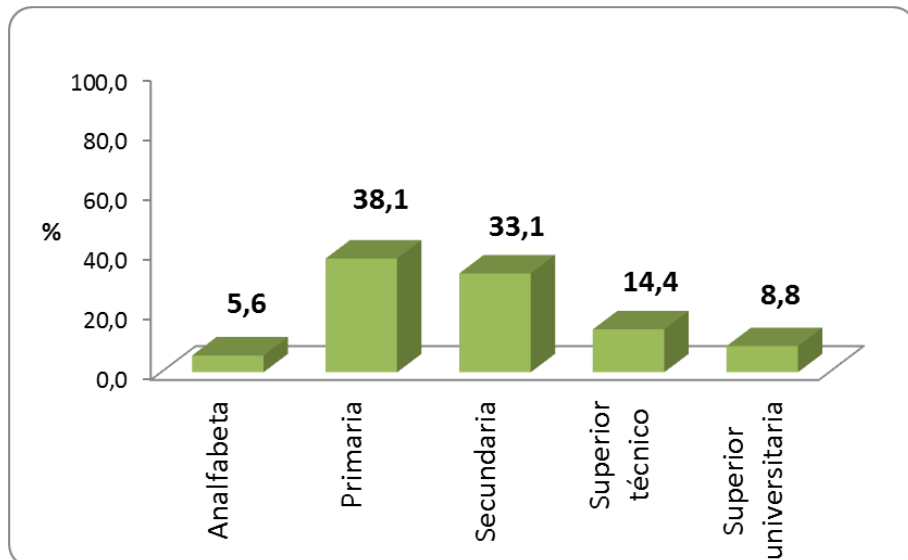


Gráfico 05. Porcentaje de pacientes según grado de escolaridad de servicio de rehabilitación del Hospital Sergio E. Bernales - Lima 2015

Con respecto al grado de escolaridad, se encontró que el 38,1% (61 pacientes) alcanzaron la educación primaria, el 33,1% (53 pacientes) la educación secundaria, el 14,4% (23 pacientes) tuvieron superior técnico, el 8,8% (14 pacientes) superior universitaria y el 5,6% no tuvieron educación.

Tabla 06. Ocupación de los pacientes con artrosis de servicio de rehabilitación del Hospital Sergio E. Bernales - Lima 2015

Ocupación	Frecuencia	%
Ama de casa	59	36,9
Empleado público	37	23,1
Comerciante	39	24,4
Agricultura	8	5,0
Ganadería	5	3,1
Otro	12	7,5
Total	160	100,0

Fuente: Guía de entrevista (Anexo 01).

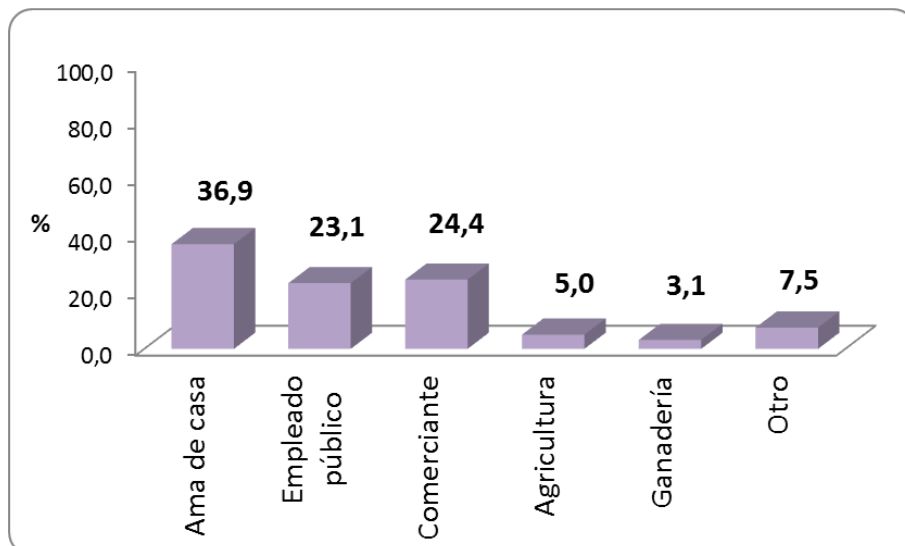


Gráfico 06. Porcentaje de pacientes según ocupación de servicio de rehabilitación del Hospital Sergio E. Bernales - Lima 2015

En concordancia a la ocupación de los pacientes con artrosis en estudio, se encontró que el 36,9% (59 pacientes) fueron amas de casa, el 24,4% (39 pacientes) tuvieron la ocupación de comerciante, el 23,1% empleado público, el 7,5% de otra ocupación, el 5,0% de agricultura y el 3,1% de ganadería.

4.1.3. Características del retraso de la atención:

Tabla 07. Características del tiempo de citas de los pacientes con artrosis de servicio de rehabilitación del Hospital Sergio E. Bernales - Lima 2015

Tiempo de citas	Frecuencia (n=160)	%
Oportunidad en consultas médicas		
SI	51	31,9
NO	109	68,1
Transferencia prolongada por tiempo mayor a un mes		
SI	98	61,3
NO	62	38,8
Tiempo necesaria de la consulta para su primera atención		
SI	74	46,3
NO	86	53,8
Tiempo adecuado de un consultorio primario a uno de especialidad		
SI	72	45,0
NO	88	55,0
Tiempo oportuno de cita para recibir la terapia		
SI	98	61,3
NO	62	38,8

Fuente: Cuestionario (Anexo 02).

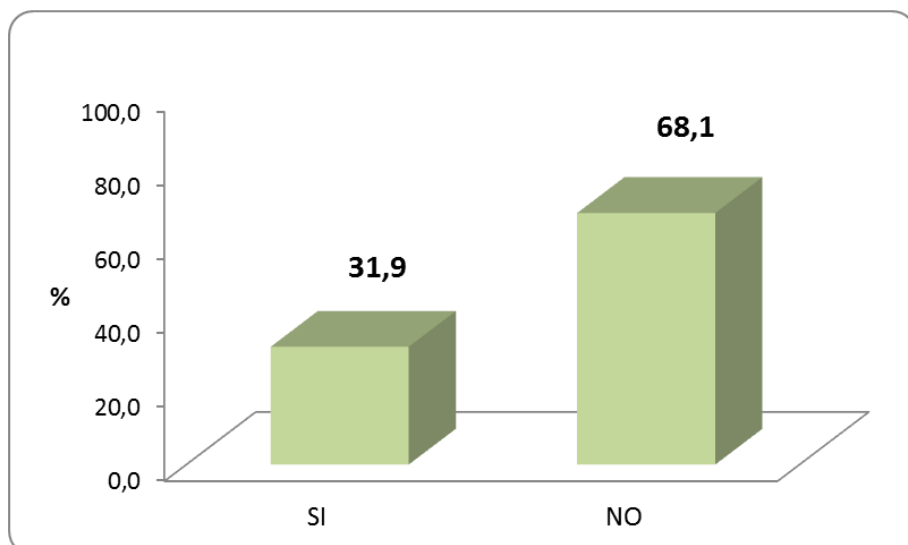


Gráfico 07. Porcentaje de pacientes según oportunidad en consultas médicas de servicio de rehabilitación del Hospital Sergio E. Bernales - Lima 2015

En relación a las características del tiempo de citas de los pacientes con artrosis en estudio, se encontró que el 31,9% (51 pacientes) manifestaron oportunidad en consultas médicas, el 61,3% (98 pacientes) declararon transferencia prolongada por tiempo mayor a un mes, el 46,3% (74 pacientes) afirmaron el tiempo necesario de la consulta para su primera atención, el 45,0% (72 pacientes) indicaron tiempo adecuado de un consultorio primario a uno de especialidad y el 61,3% (98 pacientes) revelaron tiempo oportuno de cita para recibir la terapia.

Tabla 08. Retraso de la atención de los pacientes con artrosis de servicio de rehabilitación del Hospital Sergio E. Bernales - Lima 2015

Retraso de la atención	Frecuencia	%
SI	74	46,3
NO	86	53,8
Total	160	100,0

Fuente: Cuestionario (Anexo 02).

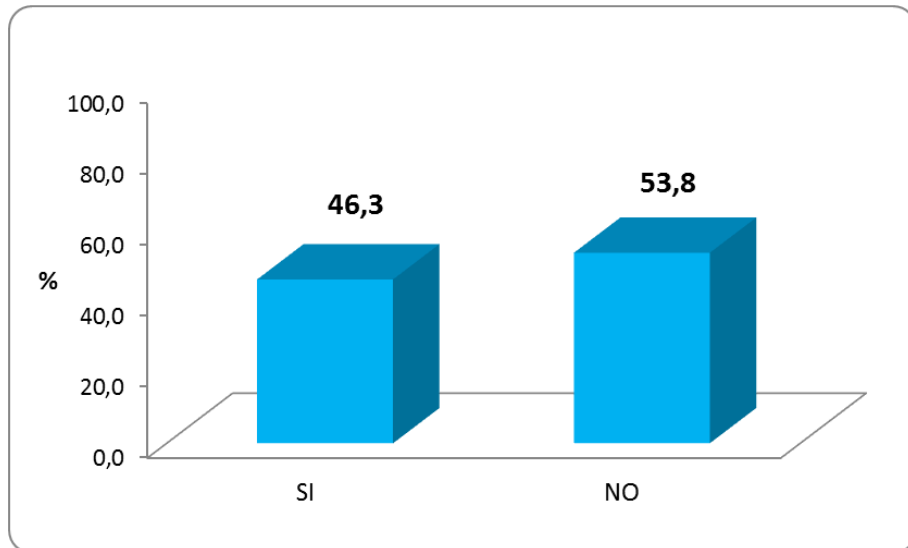


Gráfico 08. Porcentaje de pacientes según retraso de la atención de servicio de rehabilitación del Hospital Sergio E. Bernales - Lima 2015

Con respecto al retraso de la atención de los pacientes con artrosis en estudio, se encontró que el 46,3% (74 pacientes) manifestaron retraso en la atención recibida y el 53,8% (86 pacientes) indicaron lo contrario.

4.1.4. Características de los factores:

Tabla 09. Características del desconocimiento del flujo de atención de los pacientes con artrosis de servicio de rehabilitación del Hospital Sergio E. Bernales - Lima 2015

Desconocimiento del flujo de atención	Frecuencia (n=160)	%
Conocimiento de número de pacientes que se atienden por terapeuta		
15	28	17,5
20	106	66,3
Más de 20	26	16,3
Conocimiento de número de pacientes que se atienden por médico de rehabilitación		
15	74	46,3
20	65	40,6
Más de 20	21	13,1
Conocimiento de número de pacientes que se atienden por terapia física, de lenguaje, ocupacional y consultas médicas		
100	40	25,0
150	83	51,9
Más de 150	37	23,1

Fuente: Cuestionario (Anexo 02).

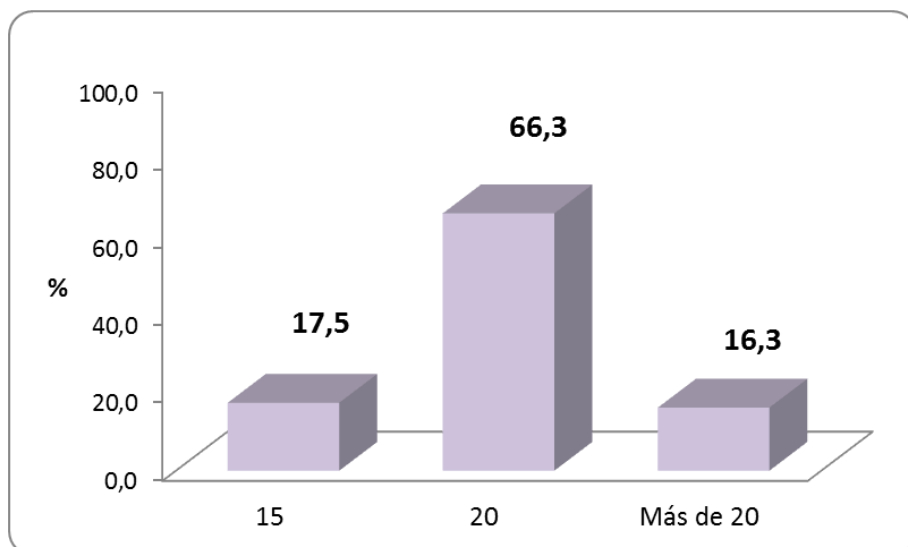


Gráfico 09. Porcentaje de pacientes según conocimiento de número de pacientes que se atienden por terapeuta de servicio de rehabilitación del Hospital Sergio E. Bernales - Lima 2015

En razón a las características del desconocimiento del flujo de atención de los pacientes con artrosis en estudio, se encontró que el 66,3% (106 pacientes) revelaron el conocimiento de 20 pacientes que se atienden por terapeuta, el 46,3% (74 pacientes) declararon el conocimiento de 15 pacientes que se atienden por médico de rehabilitación y el 51,9% (83 pacientes) revelaron el conocimiento de 150 pacientes que se atienden por terapia física, de lenguaje, ocupacional y consultas médicas.

Tabla 10. Desconocimiento del flujo de atención de los pacientes con artrosis de servicio de rehabilitación del Hospital Sergio E. Bernales - Lima 2015

Desconocimiento del flujo de atención	Frecuencia	%
SI	132	82,5
NO	28	17,5
Total	160	100,0

Fuente: Cuestionario (Anexo 02).

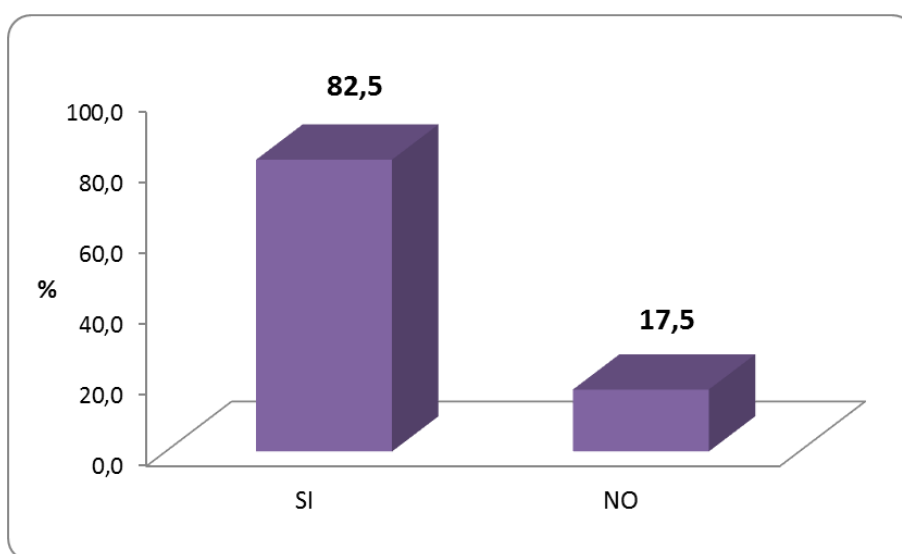


Gráfico 10. Porcentaje de pacientes según desconocimiento del flujo de atención de servicio de rehabilitación del Hospital Sergio E. Bernales - Lima 2015

Con referencia al desconocimiento del flujo de atención de los pacientes con artrosis en estudio, se encontró que el 82,5% (132 pacientes) mostraron desconocimiento del flujo de atención y el 17,5% (28 pacientes) revelaron lo contrario.

Tabla 11. Características de citas prolongadas de los pacientes con artrosis de servicio de rehabilitación del Hospital Sergio E. Bernales - Lima 2015

Citas prolongadas	Frecuencia (n=160)	%
Tiempo en que se prolongan sus citas		
Días	45	28,1
Semanas	80	50,0
Meses	35	21,9
Disminución de citas a la semana		
SI	106	66,3
NO	54	33,8
Disminución de número de atenciones empeoran el estado actual del dolor		
SI	70	43,8
NO	90	56,3
Tiempo oportuno de la transferencia de la posta al hospital más cercano		
SI	91	56,9
NO	69	43,1

Fuente: Cuestionario (Anexo 02).

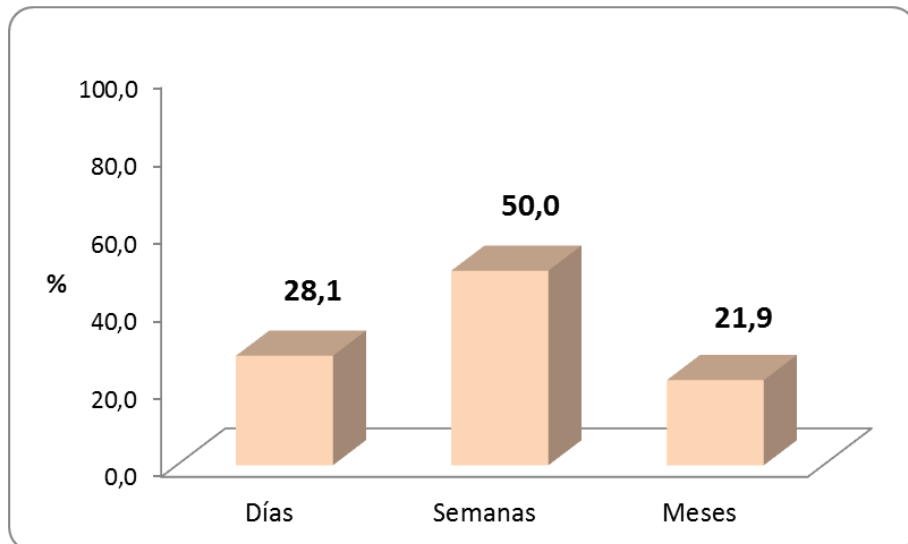


Gráfico 11. Porcentaje de pacientes según tiempo en que se prolongan sus citas de servicio de rehabilitación del Hospital Sergio E. Bernales - Lima 2015

En relación a las características de citas prolongadas de los pacientes con artrosis en estudio, se encontró que el 50,0% (80 pacientes) manifestaron el tiempo en semanas en que se prolongan sus citas, el 66,3% (106 pacientes) declararon disminución de citas a la semana, el 43,8% (70 pacientes) aseveraron que la disminución de número de atenciones empeoran el estado actual del dolor y el 56,9% (91 pacientes) revelaron el tiempo oportuno de la transferencia de la posta al hospital más cercano.

Tabla 12. Citas prolongadas de los pacientes con artrosis de servicio de rehabilitación del Hospital Sergio E. Bernales - Lima 2015

Citas prolongadas	Frecuencia	%
SI	77	48,1
NO	83	51,9
Total	160	100,0

Fuente: Cuestionario (Anexo 02).

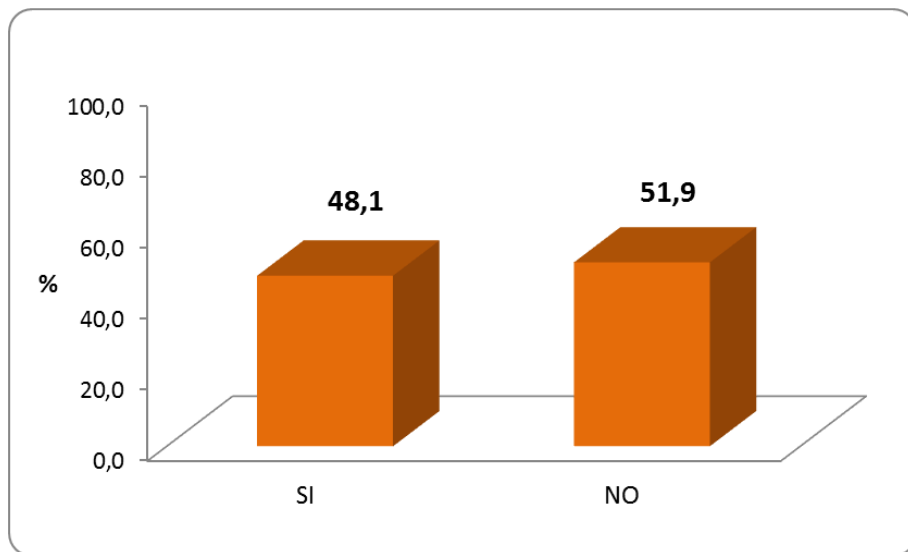


Gráfico 12. Porcentaje de pacientes según citas prolongadas de servicio de rehabilitación del Hospital Sergio E. Bernales - Lima 2015

Respecto a las citas prolongadas de los pacientes con artrosis en estudio, se encontró que el 48,1% (77 pacientes) declararon que existen citas prolongadas y el 51,9% (83 pacientes) indicaron lo contrario.

Tabla 13. Características de déficit de personal de los pacientes con artrosis de servicio de rehabilitación del Hospital Sergio E. Bernales - Lima 2015

Déficit de personal	Frecuencia (n=160)	%
Número de personal asistencial adecuado en terapia física por turno		
SI	60	37,5
NO	100	62,5
Déficit de personal disminuye la calidad de atención para cada paciente		
SI	101	63,1
NO	59	36,9
Número de pacientes que debería atender un terapeuta físico		
10 a 15	50	31,3
16 a 20	106	66,3
Más de 20	4	2,5

Fuente: Cuestionario (Anexo 02).

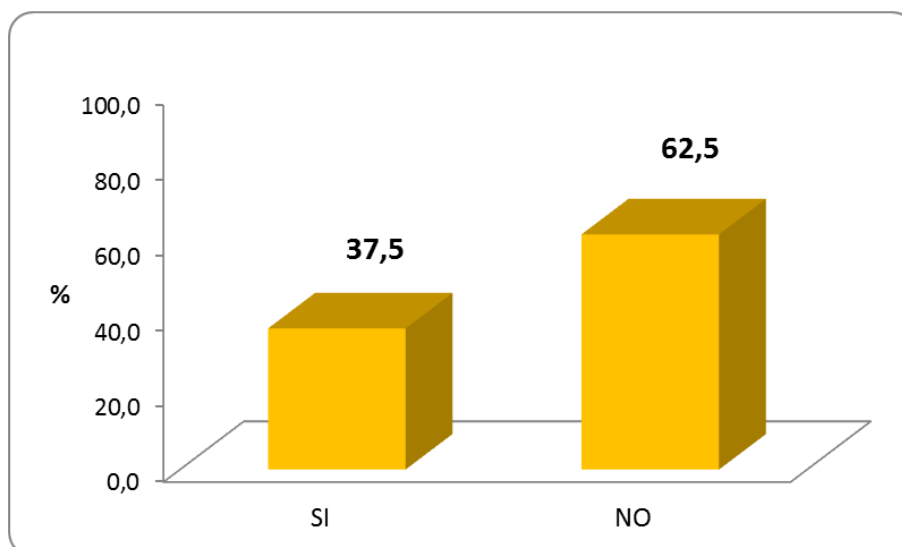


Gráfico 13. Porcentaje de pacientes según número de personal asistencial adecuado en terapia física por turno de servicio de rehabilitación del Hospital Sergio E. Bernales - Lima 2015

En concordancia a las características de déficit de personal de los pacientes con artrosis en estudio, se encontró que el 37,5% (60 pacientes) mostraron que existe el número de personal asistencial adecuado en terapia física por turno, el 63,1% (101 pacientes) manifestaron que el déficit de personal disminuye la calidad de atención para cada paciente y el 66,3% (106 pacientes) revelaron que entre 16 a 20 pacientes es que debería atender un terapeuta físico.

Tabla 14. Déficit de personal de los pacientes con artrosis de servicio de rehabilitación del Hospital Sergio E. Bernales - Lima 2015

Déficit de personal	Frecuencia	%
SI	91	56,9
NO	69	43,1
Total	160	100,0

Fuente: Cuestionario (Anexo 02).

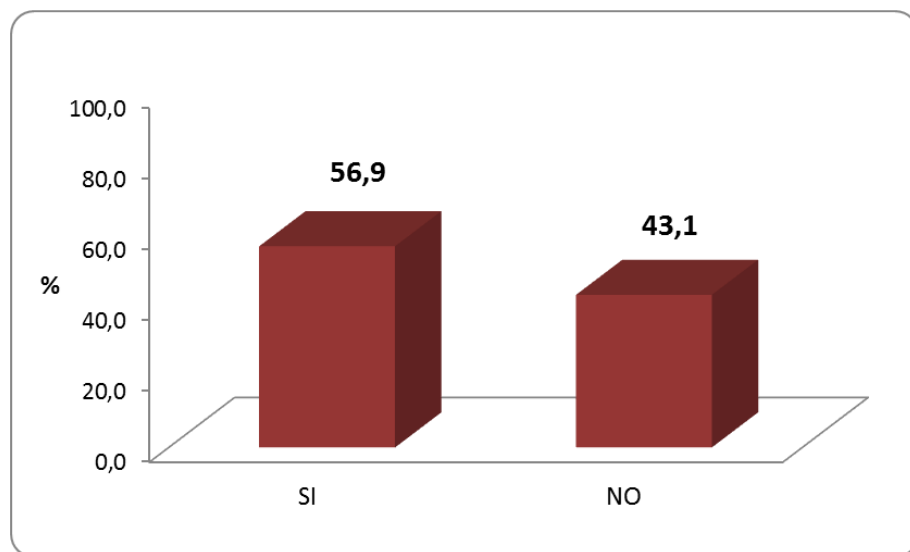


Gráfico 14. Porcentaje de pacientes según déficit de personal de servicio de rehabilitación del Hospital Sergio E. Bernales - Lima 2015

Con referencia al déficit de personal de los pacientes con artrosis en estudio, se encontró que el 56,9% (91 pacientes) manifestaron que existe déficit de personal y sin embargo el 43,1% (69 pacientes) indicaron lo contrario.

Tabla 15. Características del exceso de pacientes de los pacientes con artrosis de servicio de rehabilitación del Hospital Sergio E. Bernales - Lima 2015

Exceso de pacientes	Frecuencia (n=160)	%
La estructura, número de cabinas y máquinas de rehabilitación es paralelo con el número de pacientes		
SI	73	45,6
NO	87	54,4
Número de pacientes por hora que atiende la terapeuta físico		
3 a 4	65	40,6
5 a 6	89	55,6
No sabe	6	3,8
Tiempo de atención es el mismo frente a mayor cantidad de pacientes		
SI	74	46,3
NO	86	53,8
La dolencia mejora debido al exceso de pacientes		
SI	87	54,4
NO	73	45,6
Tiempo adecuado de la reevaluación con el médico de rehabilitación luego de concluida la terapia física		
SI	32	20,0
NO	128	80,0

Fuente: Cuestionario (Anexo 02).

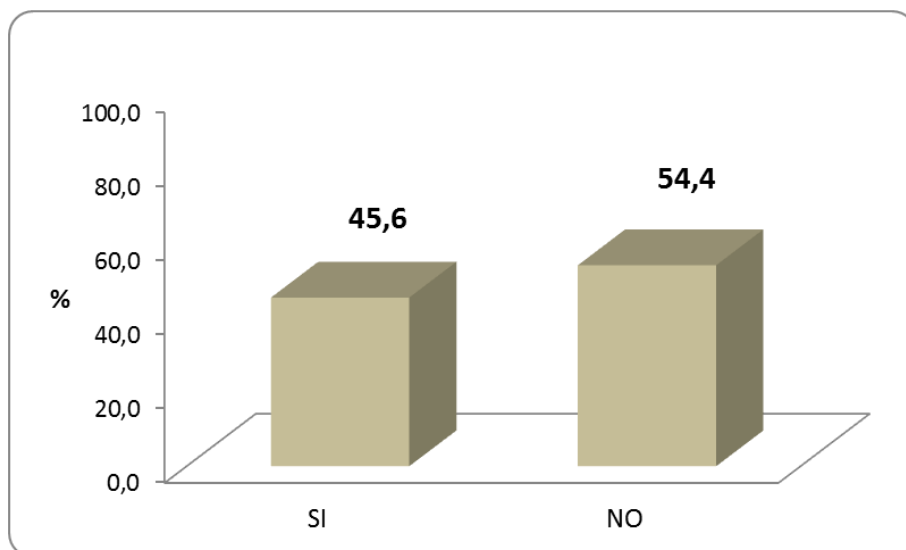


Gráfico 15. Porcentaje de pacientes según la estructura, número de cabinas y máquinas de rehabilitación es paralelo con el número de pacientes de servicio de rehabilitación del Hospital Sergio E. Bernales - Lima 2015

Referente a las características del exceso de pacientes, se encontró que el 45,6% (73 pacientes) manifestaron que la estructura, número de cabinas y máquinas de rehabilitación es paralelo con el número de pacientes, el 55,6% (89 pacientes) declararon que entre 5 a 6 pacientes por hora atiende la terapeuta físico, el 46,3% (74 pacientes) afirmaron que el tiempo de atención es el mismo frente a mayor cantidad de pacientes, el 54,4% (87 pacientes) indicaron que la dolencia mejora debido al exceso de pacientes y el 20,0% (32 pacientes) revelaron el tiempo adecuado de la reevaluación con el médico de rehabilitación luego de concluida la terapia física.

Tabla 16. Exceso de pacientes de los pacientes con artrosis de servicio de rehabilitación del Hospital Sergio E. Bernales - Lima 2015

Exceso de pacientes	Frecuencia	%
SI	78	48,8
NO	82	51,3
Total	160	100,0

Fuente: Cuestionario (Anexo 02).

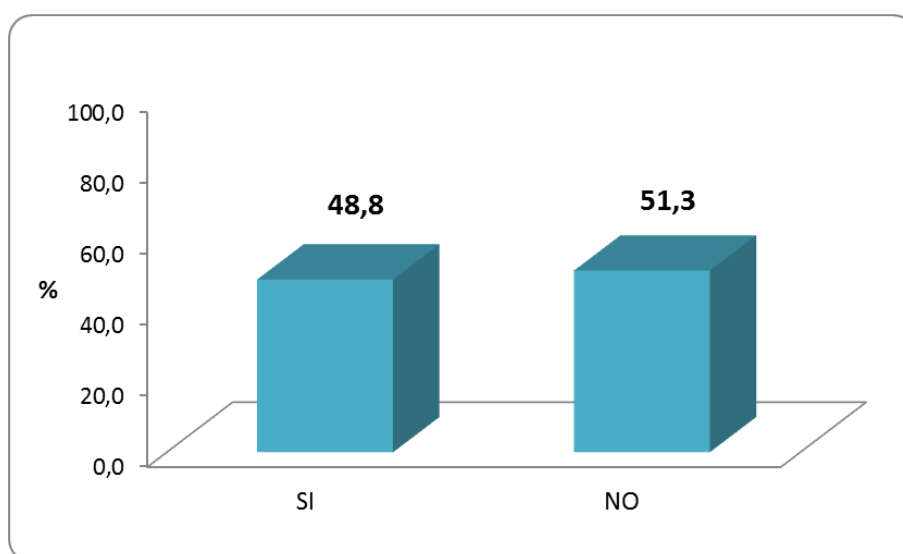


Gráfico 16. Porcentaje de pacientes según exceso de pacientes de servicio de rehabilitación del Hospital Sergio E. Bernales - Lima 2015

Con respecto a la percepción del exceso de paciente de los pacientes con artrosis en estudio, se encontró que el 48,8% (78 pacientes) manifestaron la existencia de exceso de pacientes y el 51,3% (82 pacientes) indicaron lo contrario.

4.2. ANÁLISIS INFERENCIAL DE LOS RESULTADOS

Tabla 17. Relación entre el desconocimiento del flujo de atención y el retraso de la atención de los pacientes con artrosis de servicio de rehabilitación del Hospital Sergio E. Bernales - Lima 2015

Desconocimiento del flujo de atención	Retraso de la atención				Total		Prueba Chi cuadrada	Significancia
	SI		NO		N°	%		
	N°	%	N°	%				
SI	68	42,5	64	40,0	132	82,5	8,41	0,004
NO	6	3,8	22	13,8	28	17,5		
Total	74	46,3	86	53,8	160	100,0		

Fuente: Anexo 01 y 02.

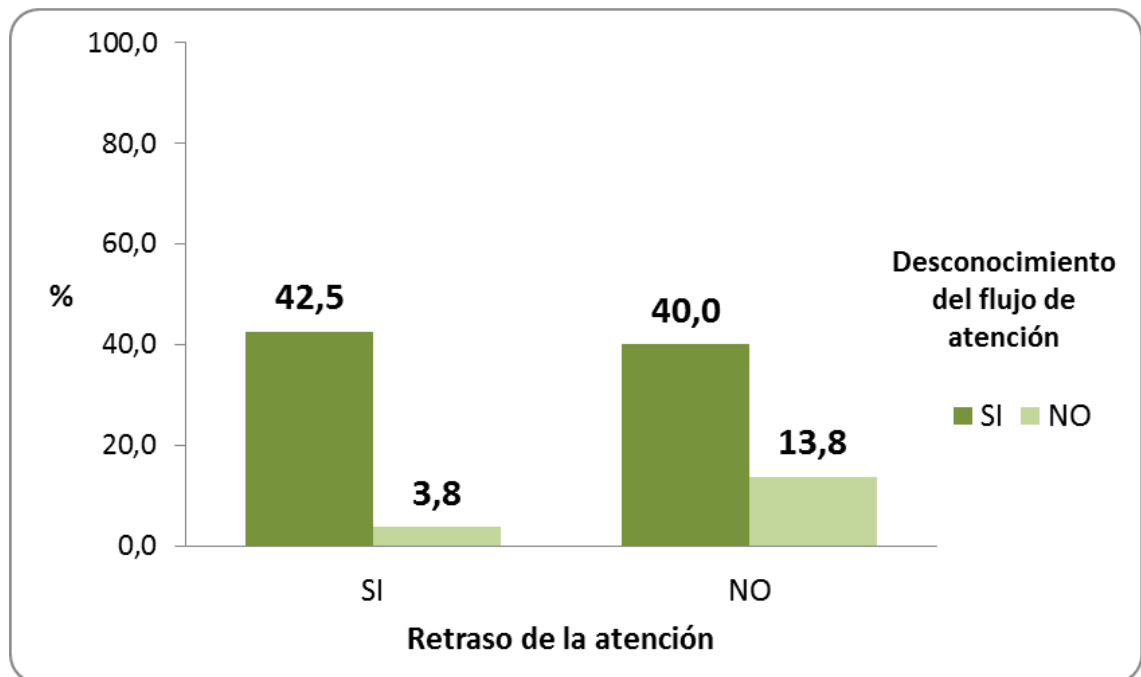


Gráfico 17. Porcentaje de pacientes según desconocimiento del flujo de atención y el retraso de la atención de los pacientes con artrosis de servicio de rehabilitación del Hospital Sergio E. Bernales - Lima 2015

En concordancia a la relación entre el desconocimiento del flujo de atención y el retraso de la atención de los pacientes con artrosis en estudio, observamos que el 42,5% de los pacientes manifestaron desconocimiento del flujo de atención y a la vez señalaron retraso de la atención. Mediante la Prueba de Chi cuadrado resultó significativo estadísticamente ($X^2=8,41$; $P\leq 0,004$); es decir el desconocimiento del flujo de atención se relaciona significativamente con el retraso de la atención de los pacientes con artrosis de servicio de rehabilitación del Hospital Sergio E. Bernales - Lima.

Tabla 18. Relación entre las citas prolongadas y el retraso de la atención de los pacientes con artrosis de servicio de rehabilitación del Hospital Sergio E. Bernales - Lima 2015

Citas prolongadas	Retraso de la atención				Total		Prueba Chi cuadrada	Significancia
	SI		NO					
	N°	%	N°	%	N°	%		
SI	42	26,3	35	21,9	77	48,1	4,11	0,043
NO	32	20,0	51	31,9	83	51,9		
Total	74	46,3	86	53,8	160	100,0		

Fuente: Anexo 01 y 02.

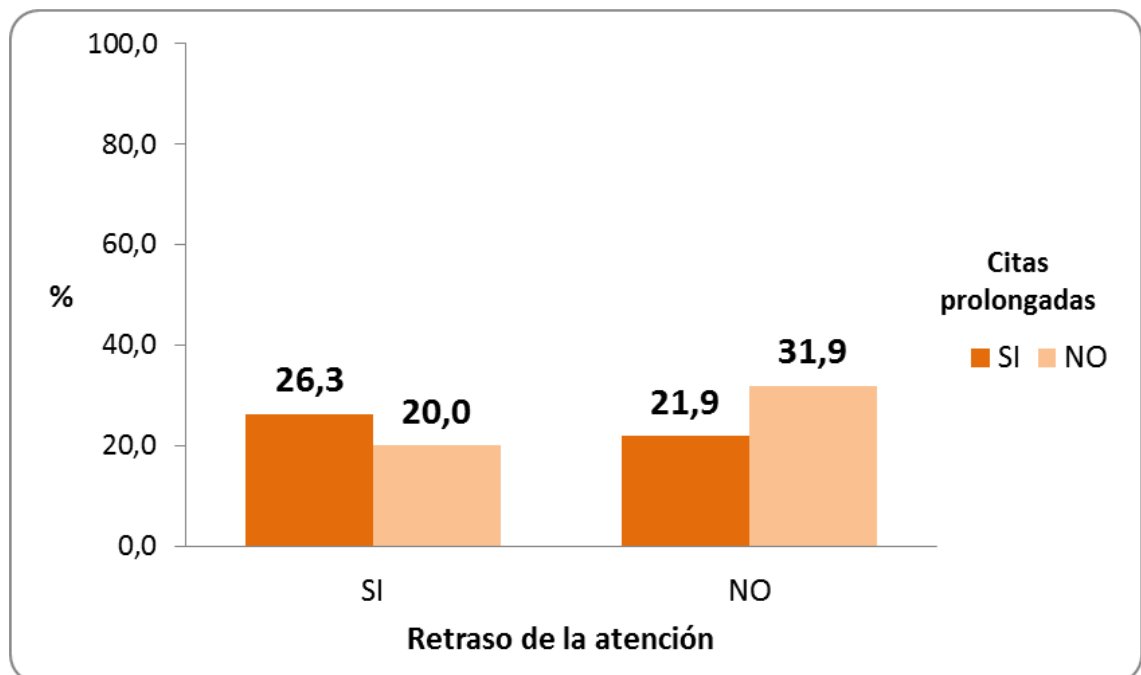


Gráfico 18. Porcentaje de pacientes según las citas prolongadas y el retraso de la atención de los pacientes con artrosis de servicio de rehabilitación del Hospital Sergio E. Bernales - Lima 2015

En referencia a la relación entre las citas prolongadas y el retraso de la atención de los pacientes con artrosis en estudio, observamos que el 26,3% de los pacientes declararon la existencia de citas prolongadas y a la vez señalaron retraso de la atención. Mediante la Prueba de Chi cuadrado resultó significativo estadísticamente ($X^2=4,11$; $P\leq 0,043$); es decir las citas prolongadas se relaciona significativamente con el retraso de la atención de los pacientes con artrosis de servicio de rehabilitación del Hospital Sergio E. Bernales - Lima.

Tabla 19. Relación entre el déficit de personal y el retraso de la atención de los pacientes con artrosis de servicio de rehabilitación del Hospital Sergio E. Bernales - Lima 2015

Déficit de personal	Retraso de la atención				Total		Prueba Chi cuadrada	Significancia
	SI		NO					
	N°	%	N°	%	N°	%		
SI	50	31,3	41	25,6	77	48,1	6,42	0,011
NO	24	15,0	45	28,1	83	51,9		
Total	74	46,3	86	53,8	160	100,0		

Fuente: Anexo 01 y 02.

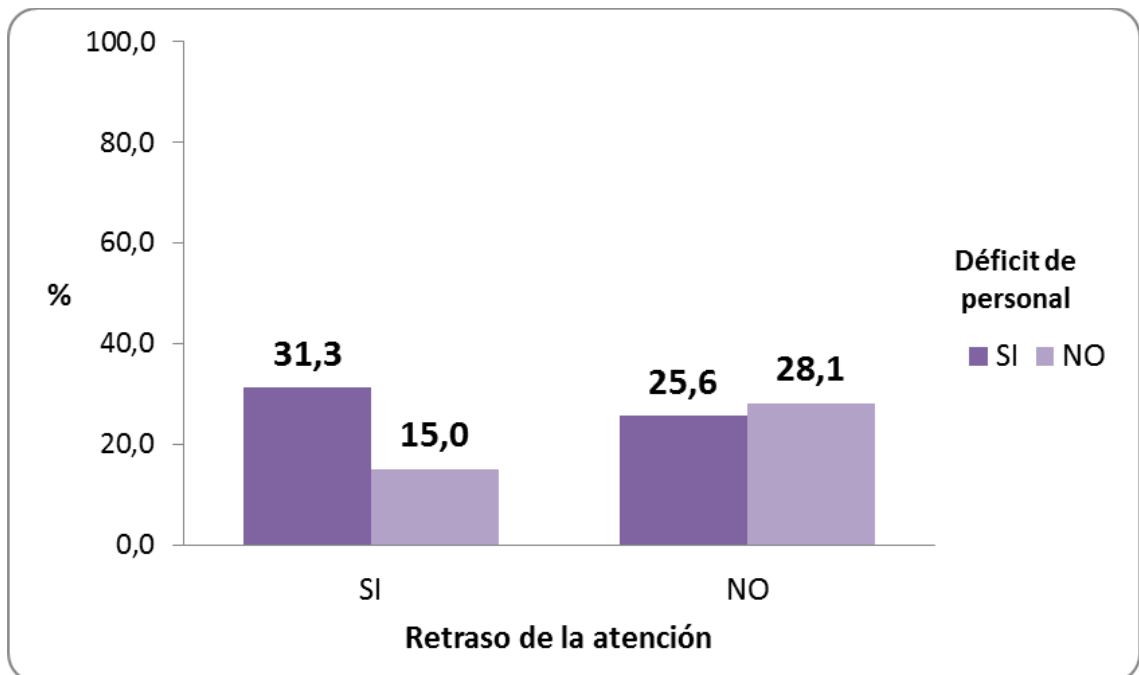


Gráfico 19. Porcentaje de pacientes según el déficit de personal y el retraso de la atención de los pacientes con artrosis de servicio de rehabilitación del Hospital Sergio E. Bernales - Lima 2015

Respecto a la relación entre el déficit de personal y el retraso de la atención de los pacientes con artrosis en estudio, observamos que el 31,3% de los pacientes manifestaron la existencia de déficit de personal y a la vez señalaron retraso de la atención. Mediante la Prueba de Chi cuadrado resultó significativo estadísticamente ($X^2=6,42$; $P\leq 0,011$); es decir el déficit de personal se relaciona significativamente con el retraso de la atención de los pacientes con artrosis de servicio de rehabilitación del Hospital Sergio E. Bernales - Lima.

Tabla 20. Relación entre exceso de pacientes y el retraso de la atención de los pacientes con artrosis de servicio de rehabilitación del Hospital Sergio E. Bernales - Lima 2015

Exceso de pacientes	Retraso de la atención				Total		Prueba Chi cuadrada	Significancia
	SI		NO		N°	%		
	N°	%	N°	%				
SI	43	26,9	35	21,9	78	48,8	4,83	0,028
NO	31	19,4	51	31,9	82	51,3		
Total	74	46,3	86	53,8	160	100,0		

Fuente: Anexo 01 y 02.

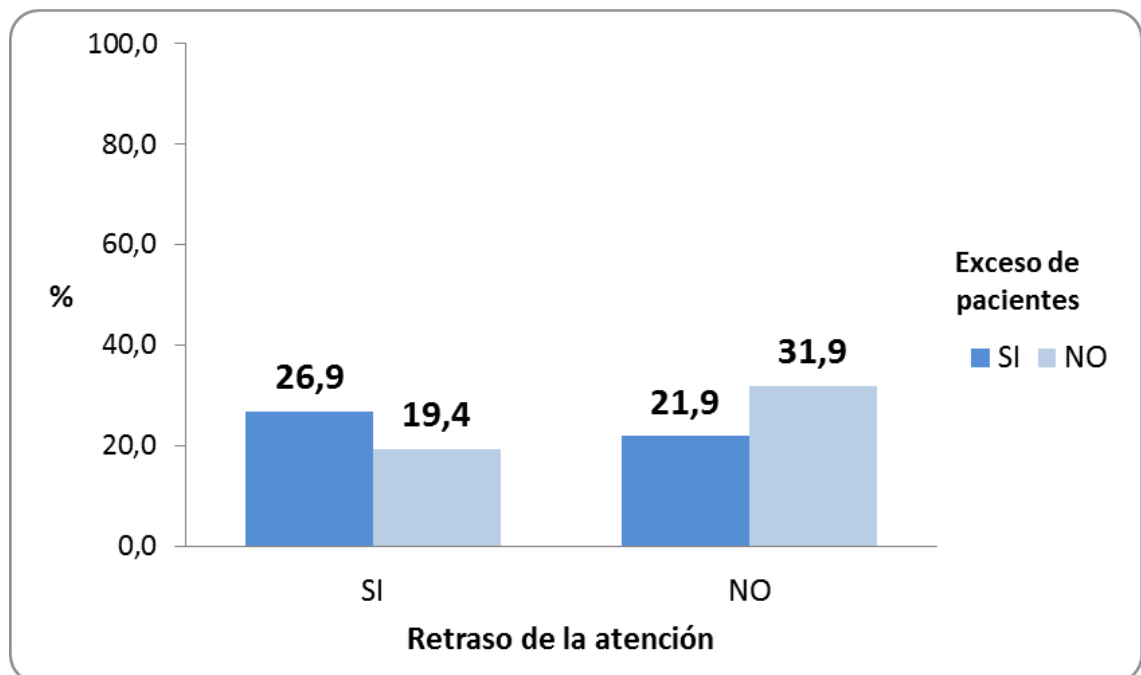


Gráfico 20. Porcentaje de pacientes según exceso de pacientes y el retraso de la atención de los pacientes con artrosis de servicio de rehabilitación del Hospital Sergio E. Bernales - Lima 2015

Y, en cuanto a la relación entre exceso de pacientes y el retraso de la atención de los pacientes con artrosis en estudio, observamos que el 26,9% de los pacientes manifestaron la existencia de exceso de pacientes y a la vez señalaron retraso de la atención. Mediante la Prueba de Chi cuadrado resultó significativo estadísticamente ($X^2=4,83$; $P\leq 0,028$); es decir el exceso de pacientes se relaciona significativamente con el retraso de la atención de los pacientes con artrosis de servicio de rehabilitación del Hospital Sergio E. Bernales - Lima.

CAPÍTULO V

DISCUSION

5.1. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Actualmente la mayoría de los servicios de salud del estado a pesar del mejoramiento de la calidad en salud y en recursos, presenta todavía deficiencia en el tiempo de espera para atención de los pacientes en la consulta externa (57).

Últimamente para una mejor calidad en servicios de salud ajustamos el tiempo de espera aceptable para un paciente antes de ser atendidos según un estudio realizado por Howat et al (58) encontraron un promedio de 16,1 min+/- 7,9 min, y distintos a estos estudios refieren que no deberían rebasar los 30 minutos.

Son muchos los estudios sobre la accesibilidad de los servicios sanitarios y de satisfacción del usuario, pero pocos los que miden el tiempo de espera del paciente para entrar en la consulta y determinan las causas potencialmente mejorables en el acortamiento de dicha demora. Incluso en los que se han realizado hay controversias, ya que para algunos autores el paciente acepta bien tiempos de espera largos si la atención recibida es satisfactoria para él (59), mientras que en otros

estudios el usuario simplemente se queja del tiempo de espera (60). En ambos casos, una buena organización del tiempo y del reparto de tareas mejorarían el grado de satisfacción, tanto para el usuario como para el profesional. Un tiempo de espera excesivo es un elemento estresante más en el trabajo diario del médico que se desempeña su trabajo (61).

En nuestra investigación hemos demostrado que los factores que influyen significativamente en el retraso de la atención de los pacientes con artrosis fueron: el desconocimiento del flujo de atención ($p \leq 0,004$); las citas prolongadas ($p \leq 0,043$); el déficit de personal ($p \leq 0,011$); y el exceso de pacientes ($p \leq 0,028$).

Al respecto estudios realizados por Niño, Perales, Chavesta, Leguía y Díaz (62) concluyeron que existe insatisfacción en cuanto a la calidad de servicio de consulta externa, según la percepción de las personas. Las características más importantes que las personas consideran en el Servicio de Consulta Externa del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo fueron: en primer lugar, apariencia de las instalaciones del servicio; en segundo lugar, habilidad para un servicio seguro y preciso y en último lugar, el cuidado y la atención individualizada.

Rodríguez y Do Muíño (63) afirmaron que los usuarios de atención primaria del área de Santiago de Compostela reclaman una buena accesibilidad, facilidad para cambiar de centro y/o médico, menor espera para entrar en la consulta y un trato correcto por parte de los profesionales.

Ortiz, Muñoz y Torres (64) confirmaron que la insatisfacción del paciente se relaciona con las omisiones en el proceso de la consulta, el mal trato

por parte del médico y con la percepción de mala de la calidad de la atención.

Por otro lado, Ballesteros, García, Fontcuberta, Sánchez, Pérez y Alcázar (65) concluyeron que ha mejorado el tiempo de espera del paciente en consulta. Se ha conseguido disminuir el número de citas forzadas y de interrupciones. La satisfacción del paciente ha mejorado con respecto al tiempo de espera en la consulta. Las medidas correctoras aplicadas parecen adecuadas para mejorar la atención.

Finalmente, la limitación más importante a tener en cuenta deriva del tipo de estudio observacional transversal, que nos impide establecer una relación de causalidad. Sin embargo, esta investigación es un punto de partida para que se realicen estudios de tipo prospectivo y longitudinal que puedan establecer claramente los factores que influyen en el retraso de la atención de los pacientes con artrosis.

CONCLUSIONES

Se llegaron a las siguientes conclusiones:

- El factor desconocimiento del flujo de atención influye significativamente en el retraso de la atención de los pacientes con artrosis, con $p \leq 0,004$.
- Dentro del factor citas prolongadas también influye significativamente en el retraso de la atención de los pacientes con artrosis, con $p \leq 0,043$.
- El déficit de personal influye significativamente en el retraso de la atención de los pacientes con artrosis, con $p \leq 0,011$.
- Y, el factor exceso de pacientes influye significativamente en el retraso de la atención de los pacientes con artrosis, con $p \leq 0,028$.

SUGERENCIAS

Se proponen algunas recomendaciones:

- Prestar especial atención para gestionar de manera prioritaria el abasto oportuno de medicamentos, además se debe poner especial énfasis en facilitar el acceso a la consulta de forma que se pueda tramitar desde su hogar, así el usuario acudiría directamente a la unidad en la hora señalada y no antes.
- Cultivar el valor de la solidaridad en el usuario interno y la importancia de lo que representa servir a la comunidad.
- Considerar una buena aplicación de procesos y procedimientos desde 5 puntos de vista positivos, básicos e inseparables: uno ético, dos cumplimientos de normas, tres atención humanizada, cuatro capacitación continua y quinto calidad en la prestación de los procesos; todo esto enfocado a garantizar la satisfacción real de los usuarios
- La entidad debe establecer seguimiento permanente a los momentos de verdad en la atención ofrecida en el servicio de rehabilitación, de conformidad con los avances y resultados obtenidos por la oficina encargada.
- Replicar a todos los hospitales de la Región Lima para poder determinar niveles de estándares.
- Se debería seguir realizando estudios en esta línea con el fin de diseñar y evaluar líneas de mejora para alcanzar el estándar de calidad de una buena atención al paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Moran M, Moran M. Consulta externa eficiencia para el paciente no para el hospital. Gerencial Hospitalaria, 2005;P.O.BOX 171-5.
2. Corripio F. Diccionario etimológico general de la lengua castellana. Barcelona: Bruguera; 1979.
3. Guillermo E. Casalino-Carpio. Calidad de servicio de la consulta externa de Medicina Interna de un hospital general de Lima mediante la encuesta Servqual. Rev Soc Peru Med Interna. 2008; 21(4): 143-152.
4. Gomez F, Perez B, Fernandez S, Sanchos JB, Zanon VC. Análisis de supervivencia y tiempos de respuesta de las reclamaciones en un hospital de agudos. Rev Calidad Asistencial 2001; 16:10-14.
5. Phillips P, Carson K, Roe W. Hacia la comprensión de la percepción de la calidad hacia los pacientes. Health Care Superv. 1998;16(3): 36-42.
6. Luis C, Navarro E, Real E, Rufino MT. Análisis de las reclamaciones en una zona básica de salud. Rev Calidad Asistencial. 2008;23(1):11-6.
7. Serrano JA, Tornero C, Legaz MA, Blanco ML, Martínez C, Mayoral MT. Análisis de las reclamaciones de los usuarios del servicio de urgencias del Hospital Universitario JM. Morales Meseguer. Emergencias 1997;9:92.
8. Etxebarria MJ, Silvestre C, Moros MA, Aréjola JM, Agorreta J, Oliván A. Estudio de los tiempos de permanencia en urgencias de los pacientes de medicina interna como instrumento de mejora de calidad. Rev Calidad Asistencial 1997;12:372.
9. Vuori HV. El control de calidad en los servicios sanitarios. Conceptos y metodología. Barcelona: Masson, 1988.
10. Pascual L, Uris J, Alfonso MD, Sanmartin D, Sanz J, Campos C. Las reclamaciones y las hojas de sugerencias como método de incorporación de la opinión del usuario en Atención Primaria. Comparación con la perspectiva de los profesionales. Aten Primaria 1995;15:421-5.
11. Sánchez JA, Saturno PJ. Las encuestas de satisfacción. En: Tratado de calidad asistencial en Atención Primaria. Madrid: Du- Pont Pharma, 1997; p. 312-39.
12. González Pastor JC, Juando L, Quesada M, Solanas P. Satisfacción de los usuarios en Atención Primaria. Aten Primaria 1998; 22:514-20.

13. Gómez MJ, Bernal S, Guerra F, Mirabal V, Lorenzo A. Satisfacción de los usuarios de una zona de salud. Diferencias según modelo asistencial. *Aten Primaria* 1997;20:90-3.
14. Maderuelo JA, Carriedo E, Serrano M, Almaraz A, Berjon AC. Factores de insatisfacción con la asistencia sanitaria. Un estudio Delphi. *Aten Primaria* 1996;17:348-52.
15. Delgado A, López LA, Luna JD. Influencia del modelo organizativo en la satisfacción de los usuarios. *Aten Primaria* 1995;16: 314-21.
16. Ogando B, Giménez A, De Andres ME, García LM. ¿Cuánto tiempo le dedica a sus pacientes? Estudio del contenido de las consultas médicas según su duración. *Aten Primaria* 1995;15:290-6.
17. Corbett SW, White PD, Wittlake WA. Benefits of an informal videotape for emergency department patients. *Am J Emerg Med* 2000;18:67-71.
18. Díaz KB. Artrosis de rodilla, un problema creciente. Recomendaciones y tratamientos generales. [Internet]. [Consulta 2013 abril 29]. Disponible en: <http://www.efisioterapia.net/articulos/artrosis-rodilla-un-problema-creciente-recomendaciones-y-tratamientos-generales>
19. Hungerford DS. Tratamiento de la Artrosis con Agentes Condroprotectores [Internet]. [Consulta 2013 abril 29]. Disponible en: www.bago.com/bago/bagoarg/biblio/artcomp1web.htm
20. Ibid. P. 22.
21. Bioibérica. La artrosis sigue siendo una enfermedad infradiagnosticada e infratratada en todos los niveles asistenciales. [Internet]. [Consulta 2013 abril 29]. Disponible en: <http://www.bioiberica.es/doc.php?op=noticias2&id=260>
22. Ibid, P. 35.
23. Diario ultimas noticias. La artrosis. [Internet]. [Consulta 2013 may 12]. Disponible en: <http://www.saluddealtura.com/?id=673>
24. Laclériga AF, Benito P. Autoconocimiento, cumplimentación y comorbilidad en el paciente con artrosis de rodilla: estudio SCOPIA. *Trauma Fund MAPFRE*; 2012; 23(2):84-90.
25. Romero M, Enrique A, Rodríguez V, Mar J, Soler B. Factores que influyen sobre el tiempo hasta la necesidad de intervenir un paciente en la lista de espera para prótesis de rodilla. *Reumatol Clin*. 2013;9(3):148–155.

26. Rodríguez AI, Do Muíño M. Análisis de las reclamaciones de los usuarios de un área de Atención Primaria. *Cad Aten Primaria* 2010;17:92-96.
27. Ballesteros AM, García AL, Fontcuberta J, Sánchez F, Pérez C, Alcázar F. La demora en la consulta de atención primaria: ¿se puede mejorar? *Aten Primaria* 2003;31(6):377-81.
28. Ortiz RM, Muñoz S, Lechuga D, Torres E. Consulta externa en instituciones de salud de Hidalgo, México, según la opinión de los usuarios. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 2003;13(4):229-238.
29. Niño BS, Perales JTC, Chavesta XP, Leguía JA, Díaz C. Calidad de servicio en la consulta externa de un hospital de la región Lambayeque octubre 2010. *Rev. cuerpo méd. HNAAA* 2012;5(1):5-9.
30. Quintanilla MA. Teoría del Conocimiento. [Internet]. [Consulta 2013 abril 29]. Disponible en: <http://www.filosofia.org/enc/dfc/conocimi.htm>
31. Librería El Ateneo. Administración Industrial General. Buenos Aires: 1973. Quinta edición.
32. Ibid. P. 14.
33. Ibid. P. 17.
34. Etkin JR. Gestión de la Complejidad de la Organizaciones. 2003. Editorial Oxford.
35. Ibid. P.130.
36. Ibid. P. 54.
37. Méndez CE. Transformación cultural en las Organizaciones. Un Modelo para la Gestión del Cambio. Bogotá: 2006. Limusa. Primera Edición.
38. Etkin JR. Op. Cit. P. 179.
39. Méndez CE. Op. Cit. P.42.
40. Paganini JM. Calidad y eficiencia en hospitales. En *Boletín Oficina Sanitaria Panamericana*. 1993. P.115.
41. Ibid. P 6.
42. Ibid. P.6.
43. Donabedian A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Volumen 1: The Definition of Quality and Aproches to its Assesment.
44. Paganini JM. Op. cit. P 6.
45. Donabedian A. Op. cit. P. 82.
46. Santiago S. Satisfacción que experimentan las enfermeras de las unidades de cuidados intensivos, en relación con las condiciones de trabajo que les

- proporciona según opiniones, en los hospitales nacionales del instituto Peruano de Seguridad Social de Lima Metropolitana”, publicado en 1986.
47. Zas B. La Satisfacción como indicador de excelencia en la Calidad de los servicios de Salud. Artículo publicado en la Ciudad de la Habana, Cuba 2003 Correo: ayuda@psicologiacientifica.com
 48. Pancorvo J. Calidad en Salud. Calidad del Servicio, Universidad de Piura. Publica por el Diario El Comercio 24 de Mayo del 2001. Correo electrónico: ipancorvo@pad.edu.
 49. Mas X. Definición, etiopatogenia, clasificación y formas de presentación. Aten Primaria. 2014;46 Supl 1:3-10.
 50. Woolf AD, Pfleger B. Burden of major musculoskeletal conditions. Bull World Health Organ. 2003;81:646-56.
 51. Hunter DJ, Felson DT. Osteoarthritis. BMJ. 2006;332:639-42.
 52. Alonso Ruiz, A. Artrosis: definición y clasificación. En: Monfort J, coordinador. Artrosis. Fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. Madrid: Sociedad Española de Reumatología y Editorial Médica Panamericana; 2010. p. 65-71.
 53. Frenk J. El concepto y medición de la accesibilidad. Salud Publica Mex. 1985;27(5):438–56.
 54. Reyne C. Satisfacción del Cliente. Tipo Artículo, Fecha de Publicación: 10/2003
 55. Ministerio de Salud. Investigación Operativa en salud Materno Infantil. Compendio 2000, cap IV, pag 21-28.
 56. González MC. El discurso médico. Representaciones Sociales. Ediciones del CDCH. Universidad de Carabobo. Valencia. Venezuela. 2005.
 57. Moran M, Moran M. Op. Cit. P. 171.
 58. Howat AP, Hammond M, Shaw L, Evans RI, Frame K, Davies TI, et al. Seguro de calidad. Un proyecto sobre los tiempos de espera de los pacientes en la cita en un departamento de ortodoncia. Community Dent Health. 1991; 8(2): 173-78.
 59. Mira JJ, Galdón M, García EI, Velasco MV, Lorenzo S, Vitaller J, et al. ¿Qué hace que los pacientes estén satisfechos? Análisis de la opinión de pacientes y profesionales mediante técnica Delphi. Rev Calidad Asistencial 1999;14:165-78.

60. Fernández JA, Meilan A, López L. Encuesta sobre calidad asistencial de los servicios de enfermería en un centro de salud. *Centro de Salud* 1998;6:544-7.
61. Carrasco G, Solsona F, Lledo R, Pallares A, Humet C, editores. *Calidad asistencial y satisfacción de los profesionales: de la teoría a la práctica*. *Rev Calidad Asistencial* 1999;14:649-50.
62. Niño BS, Perales JTC, Chavesta XP, Leguía JA, Díaz C. *Op. Cit.* P. 5.
63. Rodríguez AI, Do Muíño M. *Op. Cit.* P. 92.
64. Ortiz RM, Muñoz S, Torres E. Satisfacción de los usuarios de 15 hospitales de Hidalgo, México. *Rev. Esp. Salud Publica* 2004 Ago; 78(4):527-537.
65. Ballesteros AM, García AL, Fontcuberta J, Sánchez F, Pérez C, Alcázar F. *Op. Cit.* P. 377.

ANEXOS

Código:

Fecha: ----/----/----

ANEXO 1**GUÍA DE ENTREVISTA SOCIODEMOGRÁFICA APLICADA A LA MUESTRA EN ESTUDIO.**

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN. Factores y su influencia en el retraso de la atención en los paciente con artrosis en el servicio de rehabilitación en el hospital Sergio e. Bernales lima 2015.

INSTRUCCIONES. Estimada señor/a, señorita, le pedimos por favor se sirva contestar la presente entrevista, la que permitirá conocer sus características sociodemográficas. Para ello deberá responder las preguntas en forma veraz. La información será manejada con carácter confidencial. La exactitud de las respuestas será de inestimable valor.

Gracias por su colaboración.

I. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

1) ¿Cuántos años cumplidos tiene usted a la fecha?

_____ años

2) ¿A qué género pertenece usted?

Masculino ()

Femenino ()

II. CARACTERÍSTICAS SOCIALES

3) ¿Cuál es su estado civil?

Soltera ()

Casada ()

Viuda ()

Divorciada ()

Conviviente ()

Madre soltera ()

4) ¿Qué religión profesa usted?

Católico ()

Evangélico ()

Libre pensador ()

Otro ()

5) ¿Cuál es su grado de escolaridad?

Analfabeta ()

Primaria ()

Secundaria ()

Superior técnico ()

Superior universitaria ()

6) ¿A qué se dedica usted?

- Ama de casa ()
- Empleado público ()
- Comerciante ()
- Agricultura ()
- Ganadería ()
- Otro () especifique-----

Código:

Fecha: ----/----/----

ANEXO 2**CUESTIONARIO DE FACTORES EN EL RETRASO DE LA ATENCION EN
LOS PACIENTES CON ARTROSIS APLICADO A LA MUESTRA EN
ESTUDIO**

TÍTULO DEL ESTUDIO. . Factores y su influencia en el retraso de la atención en los paciente con artrosis en el servicio de rehabilitación en el hospital Sergio e. Bernales lima 2015.

INSTRUCCIONES. Estimado sr, Sra., Srta., sírvase por favor a responder las preguntas que a continuación se le formulan, para lo cual deberá marcar con un aspa (X), en el recuadro que usted crea conveniente, para ello se le pide veracidad. Recuerde que este cuestionario es confidencial.

Gracias por su colaboración.

I. TIEMPO DE CITAS

1. ¿CREE USTED QUE LAS CONSULTAS MEDICAS SE DAN CON EL TIEMPO OPORTUNO?
Sí ()
No ()
2. ¿SUS TRANSFERENCIA AL AREA DE MEDICINA FISICA SE PROLONGAN POR TIEMPO MAYORES A UN MES?
Sí ()
No ()
3. ¿EL TIEMPO QUE PASA DESPUES DE LA CONSULTA PARA SU PRIMERA ATENCION ES LA NECESARIA?
Sí ()
No ()
4. ¿EL TIEMPO QUE DEMORA DE UN CONSULTORIO PRIMARIO A UNO DE ESPECIALIDAD ES EL ADECUADO?
Sí ()
No ()
5. ¿EL TIEMPO DE CITA PARA RECIBIR LA TERAPIA SEGUIDO DE PASAR POR EL MEDICO DE REHABILITADOR ES EN EL TIEMPO OPORTUNO?
Sí ()
No ()

II. DESCONOCIMIENTO DEL FLUJO DE ATENCION

6. ¿SABE USTED CUANTOS PACIENTES POR TERAPEUTA SE ATIENDEN A DIARIO?
- 15 ()
 20 ()
 MAS DE 20 ()
7. ¿SABE USTED CUANTOS PACIENTES SE ATIENDEN EN CONSULTA CON CADA MEDICO DE REHABILITACION?
- 15 ()
 20 ()
 MAS DE 30 ()
8. ¿SABE USTED EN GENERAL CUANTOS PACIENTES SE ATIENDEN ENTRE EL AREA DE TERAPIA FISICA, TERAPIA DE LENGUAJE, TERAPIA OCUPACIONAL Y CONSULTAS MEDICAS?
- 100 ()
 150 ()
 MAS DE 200 ()

III. CITAS PROLONGADAS

9. ¿EL EXCESO DE PACIENTES HACE QUE SUS CITAS SE PROLONGUEN?
- DIAS ()
 SEMANAS ()
 MESES ()
10. ¿EL EXCESO DE PACIENTES HACE QUE CITAS EN TERAPIA FISICA O NUMERO DE ATENCION ALA SEMANA DISMINUYAN?
- Sí ()
 No ()
11. ¿CREE USTED QUE LA DISMINUCION DEL NUMERO DE ATENCIONES ALA SEMANA EMPEORAN SU ESTADO ACTUAL DE DOLOR?
- Sí ()
 No ()
12. ¿EL DEFICIT DE TRANSFERENCIA DE SU POSTA AL HOSPITAL MAS SERCANO ES EN TIEMPO OPORTUNO?
- Sí ()
 No ()

IV. DEFICIT DE PERSONAL

13. ¿CREE USTED QUE EL NUMERO DE PERSONAL ASISTENCIAL EN TERAPIA FISICA EN CADA TURNO ES EL ADECUADO VIENDO EL NUMERO DE PACIENTES?
- Sí ()
 No ()

14. ¿CREE USTED QUE EL DEFICIL DE PERSONAL DISMINUYE LA CALIDAD DE LA ATENCION PARA CADA PACIENTE?

Sí ()

No ()

15. ¿CUANTOS PACIENTES DEBERIA VER UN TERAPEUTA FISICO?

Sí ()

No ()

V. EXCESO DE PACIENTES

16. ¿CREE USTES QUE LA ESTRUCTURA Y EL NUEMRO DE CABINAS ASI COMO EL DE MAQUINAS DE REAHABILITACION VAN DE LA MANO CON EL NUMERO DE PACIENTES?

Sí ()

No ()

De ser afirmativa su respuesta, conteste la siguiente pregunta.

17. ¿CUANTOS PACIENTES POR HORA ATIENDE SU TERAPEUTA FISICO?

Sí ()

No ()

18. ¿CREE USTES QUE EL TIEMPO DE SU ATENCION ES EL MISMO AL HABER MAS CANTIDAD DE PACIENTES?

Sí ()

No ()

19. ¿CREE USTED QUE DOLENCIA MEJORA O EMPEORA DEBIDO AL EXCESO DE PACIENTES (MENOR TIEMPO DE ATENCION)?

Sí ()

No ()

20. ¿CREE USTDE QUE EL TIEMPO DE SU REEVALUACION CON EL MEDICO DE REHABILITACION DESPUES DE CONCLUIDA SU TERAPIA FISICA ES EN EL TIEMPO ADEACUADO?

Sí ()

No ()

ANEXO N° 03

**TABLA DE VALORACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN
SEGÚN EXPERTOS**

VARIABLE (ítems)	Respuesta positiva (1 punto)	Respuesta negativa (0 puntos)
El cuestionario permite cumplir con los objetivos de la investigación		
Existe congruencia entre el problema, el objetivo y la hipótesis de la investigación		
Las principales variables de la investigación están consideradas en el instrumento		
Los datos complementarios de la investigación son adecuados		
Están especificadas con claridad las preguntas relacionadas con la hipótesis de investigación		
El cuestionario es posible aplicarlo a otros estudios similares		
El orden de las preguntas es adecuado		
El vocabulario es correcto		
El número de preguntas es suficiente o muy amplio		
Las preguntas tienen carácter de excluyentes		

Sugerencias:.....

.....

.....

.....

Experto