

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA
CENTRO INUS
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**

**PERCEPCION DE LA CALIDAD DE LA ATENCION
MÉDICA EN POBLACION CON DISCAPACIDAD
FISICO-MOTORA QUE ACUDE A LA FUNDACION
A.P.R.I.L.P.**

Tesis para obtener el título de
MAGISTER EN SALUD PÚBLICA

Tesista
EDUARD WANDERLEY MONGUI PALACIOS

**DIRECTOR
DRA. ADRIANA MOISO**

La Plata, Argentina
2015

AUTOR

EDUARD WANDERLEY MONGUI PALACIOS, Licenciado en Kinesiología Especialista en Auditoría de Salud, con experiencia en el área administrativa, prestación de servicios de salud en varias Instituciones de Salud desde el 2009 en Colombia. Dirección electrónica edmopa85@hotmail.com. Investigador.

DIRECTOR

ADRIANA MOISO, Doctor en C. Médicas (UNLP). Especialista en Ciencia Política (F. Derecho y C. Jurídicas, UNLP). Residencia en Administración de Salud y Seguridad Social (IOMA, Minist. de Salud y UNLP). Diploma en Gestión de Instituciones de Salud (Univ. de Chile) Ex Director de Planificación Estratégica y Ex Director Provincial de Capacitación en Salud (Minist. Salud de la prov. de Bs. As.) (Docente Autorizado (UNLP)). Coordinador de la Maestría en Salud Pública (INUS, F. C. Médicas, UNLP). Profesor Adjunto regular de Salud Pública. (F. C. Médicas. UNLP). Dirección electrónica adriana.moiso@gmail.com

ENTIDADES PARTICIPANTES

ASOCIACION PRO-REHABILITACION INFANTIL LA PLATA
A.P.R.I.L.P.

AGRADECIMIENTOS

Quiero Agradecer a Dios por bendecirme durante el camino para hacer realidad mi sueño, a mi familia y novia Diana Suarez por su apoyo y amor incondicional a lo largo de mi estadía en la Argentina.

Agradezco a la Universidad Nacional de la Plata, Facultad de Ciencias Médicas y al centro INUS por su interés en transmitir conocimientos y experiencias profesionales y por la oportunidad de formar tanto a los nacionales como extranjeros.

Así mismo, A mi Asesora de Tesis Dra. Moiso, por su colaboración en la Asesoría para el desarrollo de mi trabajo de investigación, a los funcionarios del área de personal de la Facultad de Ciencias Médicas y a las diferentes cátedras que me brindaron su apoyo para la realización de éste trabajo de grado

TABLA DE CONTENIDO

1. RESUMEN	9
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
3. JUSTIFICACION Y USO DE LOS RESULTADOS	12
4. MARCO TEORICO	13
4.1 Derechos Humanos	13
4.2 Marco Normativo de la Discapacidad en la Argentina.....	18
4.3 La calidad de Atención en Salud	21
4.4 Atributos de la Calidad	26
4.4.1 Accesibilidad.....	26
4.4.1.1 Accesibilidad Geográfica	26
4.4.1.2 Accesibilidad Administrativa	27
4.4.1.3 Accesibilidad Económica	29
4.4.1.4 Accesibilidad Arquitectónica	30
4.4.2 Seguridad	32
4.4.3 Oportunidad.....	36
4.4.4 Satisfacción Global	37
4.5. Discapacidad.....	39
5. OBJETIVOS DE INVESTIGACION.....	42
5.1 Objetivo General	42
5.2 Objetivos Específicos.....	42
5.3. Hipótesis.....	43
6. METODOLOGIA	43
6.1 Tipo de Estudio	43
6.2 Tipo de Abordaje.....	43
6.3 Universo.....	44
6.3.1 Criterios de Inclusión	44
6.3.2 Criterios de Exclusión	44
6.4 Muestra	44
6.5 Definición Operacional De Variables	44
6.6 Dinámica del Trabajo de Campo.....	47
6.6.1 Preparación Previa a las Salidas de Campo	47
6.6.2 Operatoria de Campo	47
6.6.3 Trabajo Post - Salida de Campo.....	48
6.7 Técnicas de Recolección de Datos	48
6.7.1 Instrumentos para la Recolección de Datos	48
6.8 Elaboración de la Base de Datos.....	48
6.9 Consideraciones Éticas.....	49
6.10 Plan de Análisis	50
6.11 Cronograma de Actividades Realizadas	50
6.12. Financiación e infraestructura.....	50
6.12.1. Financiación.....	50
6.12.2. Infraestructura.....	51
7. RESULTADOS.....	51
7.1 Análisis Descriptivo.....	51

7.1.1. Análisis Descriptivo. Información socio- demográfica	51
7.1.2 Análisis Descriptivo percepción de la Calidad de la Atención Medica desde la Accesibilidad.	53
7.1.3 Análisis Descriptivo percepción de la Calidad de la Atención Medica desde la Seguridad.....	55
7.1.4 Análisis Descriptivo percepción de la Calidad de la Atención Medica desde la Oportunidad	57
7.1.5 Análisis Descriptivo percepción de la Calidad de la Atención Medica desde la Satisfacción Global	58
8. DISCUSION Y CONCLUSIONES	59
8.1 Conclusiones y recomendaciones surgidas del estudio	61
9. LIMITANTES DEL ESTUDIO	62
10. BIBLIOGRAFIA	63
11. ANEXOS	70
11.1 ANEXO Instrumento de Evaluación Percepción de La Calidad en la Atención Médica con Personas con Discapacidad Físico Motora	71
11.2 Hoja de Respuestas	73
11.3 Matriz de datos	73

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Relación de los tipos de incidente de la clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente versión 1.1, con variable de estudio objetivo “Seguridad” desde la Estructura y Proceso.

Tabla 2: Definición operacional de variables sociodemográficas

Tabla 3: Definición operacional de variables Teóricas

Tabla 4. Información Sociodemográfica.Frecuencias Relativas y Absolutas.

Tabla 5: Percepción de la dimensión Accesibilidad Geográfica a la Atención Médica.Frecuencia Relativa y Absoluta.

Tabla 6: Percepción de la dimensión Accesibilidad Administrativa a la Atención Médica. Frecuencia Relativa y Absoluta.

Tabla 7:Percepción de la dimensión Accesibilidad Económica a la Atención Médica. Frecuencia Relativa y Absoluta.

Tabla 8: Percepción de la dimensión Accesibilidad Arquitectónica a la Atención Médica. Frecuencia Relativa y Absoluta.

Tabla 9: Percepción de la dimensión seguridad desde la Estructura de la Atención Médica. Frecuencia Relativa y Absoluta.

Tabla 10: Percepción de la dimensión seguridad desde el proceso de Atención Médica. Frecuencia Relativa y Absoluta.

Tabla 11: Percepción de la dimensión Oportunidad para la Atención Médica.Frecuencia Relativa y Absoluta.

Tabla 12: Percepción de la dimensión Satisfacción Global desde el Resultado de Atención Médica.Frecuencia Relativa y Absoluta.

LISTADO DE SIGLAS

- **A.P.R.I.L.P:** Asociación Pro-Rehabilitación Infantil la Plata.
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud
- **OPS:** Organización Panamericana de la Salud
- **ONG:** Organización no gubernamental

1. RESUMEN

La calidad de la atención médica es una de las mayores preocupaciones de quienes tienen la responsabilidad de la prestación de los servicios de salud y una necesidad de quien requiere de estos servicios.

Partiendo de la obligación que tiene todo Estado de garantizar el derecho fundamental a la salud sin discriminación por motivos de discapacidad, esta investigación describe la percepción de la calidad de la atención médica en un universo de 110 personas con discapacidad físico motora que acude a la fundación A.P.R.I.L.P. Es un estudio de corte transversal que permitió describir la Percepción con respecto a la Accesibilidad, Seguridad, Oportunidad, y Satisfacción Global, por medio de una encuesta de 30 preguntas cerradas con enfoque cuantitativo utilizando variables cualitativas.

Con la recolección de la información se concluyó que el 39,1% de los encuestados perciben que el desplazamiento desde su casa hasta el sitio de atenciones Lejos, el 61,8% percibe que el ingreso, movilización y desplazamiento dentro de las Instituciones son complicadas, el 45,5% percibe que la silletería, camas y camillas es incómodo para su condición de discapacidad, y el 59,1% percibe que no se respetó su privacidad durante la consulta Médica.

Esta percepción de falta de seguridad, y limitación en la accesibilidad al momento de la atención médica, pone en riesgo la seguridad del paciente rompiendo la armonía del proceso de atención médica.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la Organización Mundial de la Salud más de 1.000 millones de personas viven en todo el mundo con alguna forma de discapacidad; es decir aproximadamente el 15 % de la población mundial (según estimaciones de la población mundial en 2010), de ellas, casi 200 millones experimentan dificultades considerables en su funcionamiento. Según la Encuesta Mundial de Salud, cerca de 785 millones de personas (15,6%) de 15 años y más viven con una discapacidad, mientras que el proyecto sobre la Carga Mundial de Morbilidad estima una cifra próxima a los 975 millones (19,4%). (1)

En América Latina existen aproximadamente 85 millones de personas con algún tipo de discapacidad. La mayor prevalencia de discapacidades se concentra en países como México, Brasil, Perú, Colombia, Venezuela y Argentina.(2).

Según la primera encuesta nacional de personas con discapacidad 2002-2003 (ENDI), en la República Argentina se registró una prevalencia de 7.1 por cada 100 habitantes que presentan algún tipo de discapacidad.(3) En el Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda 2010, en la provincia de Buenos Aires se registraron 2.813.137 discapacitados. (4)

Las personas con discapacidad son particularmente vulnerables a las deficiencias que presentan los servicios tales como la atención de salud, la rehabilitación, la asistencia y apoyo, obteniendo peores resultados sanitarios, peores resultados académicos, una menor participación económica y unas tasas de pobreza más altas que las personas sin discapacidad.(1)(2)

La mala coordinación de los servicios, la dotación insuficiente de personal y su escasa competencia pueden afectar a la calidad, accesibilidad e idoneidad de los servicios para las personas con discapacidad. Según los datos de la Encuesta Mundial de Salud en 51 países, las personas con discapacidad tenían más del doble de probabilidades de considerar que los proveedores de asistencia carecieran de la competencia adecuada para atender sus necesidades; una probabilidad cuatro veces mayor de ser tratadas mal, y una probabilidad tres veces mayor de que se les negara la atención de salud necesaria. La necesidad no satisfecha de servicios de rehabilitación (incluidos los dispositivos auxiliares) puede tener malas consecuencias para las personas con discapacidad, como el deterioro del estado general de salud, limitaciones de las actividades, restricciones para la participación y peor calidad de vida. (1)

En la actualidad existen estudios micro y macro poblacionales de la percepción de la calidad al recibir servicios de salud. Se han realizado con instrumentos validados, desde los diferentes niveles de atención, instituciones públicas y privadas, en diferentes regiones; pero, "no se evidencia información sobre la percepción que tiene el discapacitado físico motor al momento de recibir servicios de salud".

En la República Argentina existe legislación sobre la accesibilidad a los servicios de atención médica por medio de manuales de estándares orientados hacia la accesibilidad y eliminación de barreras arquitectónicas para facilitar el libre desplazamiento e ingreso a las instituciones prestadoras de servicios de salud en instituciones públicas y privadas. También se evidencia la garantía a la cobertura general de prestaciones básicas, orientadas hacia la habilitación y rehabilitación para facilitar el libre desarrollo de su personalidad, pero, se ha dejado de avanzar en el diseño y evaluación de modelos de atención para población con discapacidad física que satisfagan las necesidades al momento de utilizar la atención médica.

Lograr que todos los niveles de los sistemas de salud existentes sean más inclusivos y que los programas de salud pública sean accesibles a las personas con discapacidad permitirá reducir las desigualdades y las necesidades no satisfechas en la atención médica.

Por eso es importante saber ¿Cuál es la percepción de la calidad de la atención médica, que tiene la población con discapacidad físico motora que acude a la fundación A.P.R.I.L.P.?

3. JUSTIFICACION Y USO DE LOS RESULTADOS

En la evaluación de la prestación de los servicios de salud a población con discapacidad, la opinión del usuario es un elemento clave, aunque hasta el momento poco analizado. Sin embargo, su voz debería ser tenida en cuenta atendiendo a su condición doble de paciente/usuario y de ciudadano con derecho a la participación comunitaria independientemente su condición física, partiendo de la igualdad sin discriminación alguna.

El nivel de satisfacción de los ciudadanos está influido por sus preferencias, que dependen a su vez de otros factores, como sus experiencias previas de relación con el trato recibido, el grado de resolución obtenido o el tiempo de espera en los servicios.(5)

En la prestación de servicios de salud, la accesibilidad, seguridad, oportunidad y satisfacción global, son atributos de la atención médica y para garantizarlas, se requieren mecanismos que permitan a los servicios dar respuesta en caso de eventuales aumentos de la demanda. Considerando que el paciente no siempre tiene capacidad suficiente para discernir cuándo precisa la asistencia de un profesional y que siempre que lo necesite debe poder acudir a él, es imprescindible que la dotación de recursos sea adecuada, es decir, que guarde relación con los servicios disponibles las necesidades de la población.(6)

En la República Argentina, no hay evidencia de investigaciones específicas sobre percepción de la calidad en el discapacitado físico-motor al momento de utilizar la atención médica. En la actualidad, la calidad de atención en salud es un tema prioritario que amerita investigarse a fin de encontrar la línea de base que permita la formulación y el desarrollo de intervenciones para su mejoramiento.

Con la presente investigación se busca contribuir para mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud, aportando información sobre la calidad percibida por los usuarios con discapacidad físico-motora. Esta información permitirá aportar lineamientos generales para tener en cuenta al momento de planificar y diseñar modelos de atención a personas con necesidades especiales.

Este estudio podrá ser presentado las autoridades de salud provincial, nacional, ONG`S, asociaciones y fundaciones de personas con discapacidades etc, como prueba piloto con la finalidad de divulgar, analizar, retroalimentar los resultados y elaborar una propuesta de intervención nacional, provincial y/o local de mejoría continúa y garantía de la calidad que ofrecen los prestadores de servicios de salud a población con discapacidad.

4. MARCO TEORICO

4.1 Derechos Humanos

Los derechos Humanos son denominados como aquellas libertades, facultades, instituciones o reivindicaciones relativas a bienes primarios o básicos, que tiene toda persona, por el simple hecho de contener una condición humana, con el objetivo de garantizar una vida digna sin distinción alguna de etnia, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición (7).

A lo largo de los años, el compromiso de los derechos humanos se instaló en forma de tratados, de derecho internacional consuetudinario, principios generales, acuerdos regionales o leyes nacionales, y a través de ellos se expresan y garantizan los derechos humanos. La Declaración Universal de Derechos Humanos ha inspirado más de 80 declaraciones y tratados Internacionales, un gran número de convenciones regionales, proyectos de ley nacionales de derechos humanos y disposiciones constitucionales que, en conjunto, constituyen un sistema amplio jurídicamente vinculante para la promoción y la protección de los mismos, expresando y garantizando los derechos humanos.(7)Es por ello que a partir de dicha declaración los países que forman parte de Naciones Unidas diseñaron la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad(8), para integrar a todas las personas sin importar su condición, a los mismos beneficios que serán garantizados por el Estado. Esta convención define:

Artículo 5 párrafo 1

“Los Estados Partes reconocen que todas las personas son iguales ante la ley y en virtud de ella y que tienen derecho a igual protección legal y a beneficiarse de la ley en igual medida sin discriminación alguna”.

El Estado debe asegurar y promover el pleno ejercicio de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidad, sin discriminación alguna por motivos de discapacidad(8).

Artículo 25

“Los Estados Partes reconocen que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad. Los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud.....”.

El estado deberá garantizar el acceso a los servicios de salud sin ninguna limitación o restricción, al mismo nivel de los demás miembros de la sociedad(8);

Artículo 25 literal d): el Estado

“Exigirán a los profesionales de la salud que presten a las personas con discapacidad atención de la misma calidad que a las demás personas sobre la base de un consentimiento libre e informado, entre otras formas mediante la sensibilización respecto de los derechos humanos, la dignidad, la autonomía y las necesidades de las personas con discapacidad a través de la capacitación y la promulgación de normas éticas para la atención de la salud en los ámbitos público y privado”,

Los profesionales de la salud que tengan contacto con personas con discapacidad deberán suplir y garantizar la seguridad y satisfacción plena en el ejercicio de la prestación de servicios de salud.

El primer reconocimiento universal de los derechos básicos y libertades fundamentales, fue descrita por la comunidad internacional el 10 de diciembre de 1948, bajo la Declaración Internacional de Derechos Humanos y es adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas donde se resalta(9):

Artículo 1.

“Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están en razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros”

Es por ello, que dependiendo de sus capacidades funcionales, sensoriales y psicológicas hacen parte del mismo derecho, en igualdad de condiciones.

Artículo 7

“Todos son iguales ante la Ley y tienen sin distinción, derecho a igual protección de la ley.....”,

Independientemente de sus estructuras y funciones corporales, las diferentes legislaciones garantizan sus derechos con la igualdad de oportunidades y la igualdad social, para ser parte de una sociedad.

Artículo 22

“Toda persona como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad Social....”

El estado debe garantizar las necesidades socialmente reconocidas, como salud, pobreza, vejez, discapacidades, vivienda, desempleo.

Artículo 25

“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene así mismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez.....”

Todo ser humano, sin distinción tiene acceso a la utilización de servicios sanitarios, a una pensión de vejez digna y seguridad por riesgos profesionales dentro del desarrollo en la participación de la sociedad.

La Declaración Universal de Derechos Humanos ha inspirado más de 80 declaraciones y tratados Internacionales, un gran número de convenciones regionales, proyectos de ley nacionales de derechos humanos y disposiciones constitucionales que, en conjunto, constituyen un sistema amplio jurídicamente vinculante para la promoción y la protección de los mismos, expresando y garantizando los derechos humanos.(10)

La Carta Internacional delos Derechos Humanos(11) es el conjunto de documentos sobre derechos humanos, proclamados por las Naciones Unidas, en diversos momentos, entre ellos el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 16 de diciembre de 1966. En él se establece:

Artículo 12 párrafo 2

“Los Estados partes del presente pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel de salud física y

mental.....La recreación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad”(9)

Por lo tanto es función del Estado, reconocer el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, utilizando los recursos disponibles por el mismo para la atención médica, diagnóstico y recuperación, para mantener el estado óptimo de salud.

Por lo demás la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad(8), define:

Artículo 5 párrafo 1

“Los Estados Partes reconocen que todas las personas son iguales ante la ley y en virtud de ella y que tienen derecho a igual protección legal y a beneficiarse de la ley en igual medida sin discriminación alguna”.

El Estado debe asegurar y promover el pleno ejercicio de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidad sin discriminación alguna por motivos de discapacidad.

Artículo 25

“Los Estados Partes reconocen que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad. Los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud.....”

El Estado deberá garantizar el acceso a los servicios de salud sin ninguna limitación o restricción, al mismo nivel de los demás miembros de la sociedad;

Artículo 25 literal d) el Estado,

“Exigirán a los profesionales de la salud que presten a las personas con discapacidad atención de la misma calidad que a las demás personas sobre la base de un consentimiento libre e informado, entre otras formas mediante la sensibilización respecto de los derechos humanos, la dignidad, la autonomía y las necesidades de las personas con discapacidad a través de la capacitación y la promulgación de normas éticas para la atención de la salud en los ámbitos público y privado”,

Los profesionales de la salud que tengan contacto con personas con discapacidad deberán suplir y garantizar la seguridad y satisfacción plena en el ejercicio de la prestación de servicios de salud.

Entre tanto, las Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad(12) propuestas por la Asamblea General de la Organización de Naciones Unidas ONU mediante la resolución 48/96 resaltan:

Artículo 2

“Los Estados deben asegurar la prestación de atención médica eficaz a las personas con discapacidad”

El acceso a los servicios de salud de la población con discapacidad, debe realizarse bajo el enfoque de igualdad de participación social propuesto por la Organización de Naciones Unidas y los estados que la conforman. La atención médica para la población con discapacidad se convierte en un derecho fundamental ratificado varias veces por convenciones y tratados internacionales, abriendo nueva brecha hacia la accesibilidad, e igualdad de condiciones.

Por su parte, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, que supervisa la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales,(13) adoptó en el año 2000 una Observación general sobre el derecho a la salud, resaltando que este debe abarcar cuatro elementos:

- **Disponibilidad.** Se deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas de salud.
- **Accesibilidad.** Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos dentro de la jurisdicción del Estado Parte.
No discriminación
Accesibilidad física
Accesibilidad económica (asequibilidad)
Acceso a la información
- **Aceptabilidad.** Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida.
- **Calidad.** Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado,

medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.

Según las Naciones Unidas(8)(14), la República Argentina firmó el Protocolo Facultativo el 30 de marzo de 2007, y lo ratificó el 2 de Septiembre de 2008, comprometiéndose a: (Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad)

Artículo 4, parágrafo 1 literal a) y b).

“a) Adoptar todas las medidas legislativas, administrativas y de otra índole que sean pertinentes para hacer efectivos los derechos reconocidos en la presente Convención.

b) Tomar todas las medidas pertinentes, incluidas medidas legislativas, para modificar o derogar leyes, reglamentos, costumbres y prácticas existentes que constituyan discriminación contra las personas con discapacidad”.

4.2 Marco Normativo de la Discapacidad en la Argentina

Partiendo de la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de San Salvador, la República Argentina crea la **Ley 24.658**,(15) promulgada el 15 de Julio de 1996, donde define:

Artículo 18

“Toda persona afectada por una disminución de sus capacidades físicas o mentales tiene derecho a recibir una atención especial con el fin de alcanzar el máximo desarrollo de su personalidad. Con tal fin, el Estado se compromete a adoptar las medidas que sean necesarias para ese propósito”

Por medio de la **Ley 24.901**(16) sancionada 5 de Noviembre de 1997, se crea el Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a favor de las Personas con Discapacidad, definiendo:

Artículo 4

“Las personas con discapacidad que carecieren de cobertura de obra social tendrán derecho al acceso a la totalidad de las prestaciones

básicas comprendidas en la presente norma, a través de los organismos dependientes del Estado.”

Artículo 34.

“Cuando las personas con discapacidad presentaren dificultades en sus recursos económicos y/o humanos para atender sus requerimientos cotidianos y/o vinculados con su educación, habilitación, rehabilitación y/o reinserción social, las obras sociales deberán brindar la cobertura necesaria para asegurar la atención especializada domiciliaria que requieren, conforme la evaluación y orientación estipulada en el artículo 11 de la presente ley”.

Por medio de la **Ley 23.661**(17) sancionada el 29 de diciembre de 1988, se crea el Sistema Nacional del Seguro de Salud, que establece:

ARTICULO 1

“Créase el Sistema Nacional del Seguro de Salud, con los alcances de un seguro social, a efectos de procurar el pleno goce del derecho a la salud para todos los habitantes del país sin discriminación social, económica, cultural o geográfica”

Mediante la **Ley 24.314**(18)sancionada el 15 de marzo de 1994, se crea el Sistema de Protección Integral de los Discapacitados, modificando la Ley 22431. Se define:

Artículo 21

“Entiéndase por barreras arquitectónicas las existentes en los edificios de uso público sea su propiedad pública o privada.....”

Literal a)

“Edificios de uso público: deberán observar en general la accesibilidad y posibilidad de uso en todas sus partes por personas de movilidad reducida y en particular la existencia de estacionamientos reservados y señalizados para vehículos que transporten a dichas personas cercanos a los accesos peatonales; por lo menos un acceso al interior del edificio desprovisto de barreras arquitectónicas espacios de circulación horizontal que permitan el desplazamiento y maniobra de dichas personas al igual que comunicación vertical accesible y utilizable por las mismas mediante elementos constructivos o mecánicos y servicios sanitarios adaptados. Los edificios destinados a espectáculos deberán

tener zonas reservadas, señalizadas y adaptadas al uso por personas con sillas de ruedas. Los edificios en que se garanticen plenamente las condiciones de accesibilidad ostentarán en su exterior un símbolo indicativo de tal hecho. Las áreas sin acceso de público o las correspondientes a edificios industriales y comerciales tendrán los grados de adaptabilidad necesarios para permitir el empleo de personas con movilidad reducida”

Por medio de la **Ley 25.280**(19) sancionada el 6 de Julio de 2000, se incorpora la Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las Personas con Discapacidad, definiendo:

Artículo 3:

“Para lograr los objetivos de esta Convención, los Estados Parte se comprometen a adoptar las medidas de carácter legislativo, social, educativo, laboral o de cualquier otra índole, necesarias para eliminar la discriminación contra las personas con discapacidad y propiciar su plena integración en la sociedad”

La **Ley 153**(20), Ley Básica de Salud para la Ciudad de Buenos Aires, sancionada el 25 de febrero de 1999, establece que:

Artículo 3

La garantía del derecho a la salud integral se sustenta en los siguientes principios:

La concepción integral de la salud, vinculada con la satisfacción de necesidades de alimentación, vivienda, trabajo, educación, vestido, cultura y ambiente.

El desarrollo de una cultura de la salud así como el aprendizaje social necesario para mejorar la calidad de vida de la comunidad.

La participación de la población en los niveles de decisión, acción y control, como medio para promover, potenciar y fortalecer las capacidades de la comunidad con respecto a su vida y su desarrollo.

La solidaridad social como filosofía rectora de todo el sistema de salud.

La cobertura universal de la población; *El gasto público en salud como una inversión social prioritaria; La gratuidad de las acciones de salud, entendida como la exención de cualquier forma de pago directo en el área estatal; rigiendo la compensación económica de los servicios prestados a personas con cobertura social o privada, por sus respectivas entidades o jurisdicciones.*

El acceso y utilización equitativos de los servicios, que evite y compense desigualdades sociales y zonales dentro de su territorio, adecuando la respuesta sanitaria a las diversas necesidades.

La organización y desarrollo del área estatal conforme a la estrategia de atención primaria, con la constitución de redes y niveles de atención, jerarquizando el primer nivel; La descentralización en la gestión estatal de salud, la articulación y complementación con las jurisdicciones del área metropolitana, la concertación de políticas sanitarias con los gobiernos nacional, provinciales y municipales;

El acceso de la población a toda la información vinculada a la salud colectiva y a su salud individual.

La fiscalización y control por la autoridad de aplicación de todas las actividades que inciden en la salud humana

Por medio de esta ley, se determinan los derechos y deberes de las personas que utilizan los servicios de salud en la Ciudad de Buenos Aires, donde se enfatiza el acceso de toda la población a los servicios atención de salud, independientemente sea su patología o condición física.

La **Resolución 1328(21)**de 2006, define la modificación del marco básico de organización y funcionamiento de prestaciones y establecimientos de atención a personas con discapacidad, el que será incorporado al Programa Nacional de Calidad de Atención Médica. Esta resolución tiene como objetivo definir los contenidos y características, alcances y estándares de calidad de los servicios de atención que brinden las prestaciones de rehabilitación, terapéuticas-educativas, y asistenciales contempladas en el sistema de prestaciones básicas, de atención integral a personas con discapacidad.

4.3 La calidad de Atención en Salud

Avedis Donabedian(1980), propuso la definición clásica de calidad asistencial. Así: “Calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes”(22).

Pasados algunos años, en 1989, la International Organization for Standardization (ISO), definió que: “Calidad es el grado en que las características de un producto o servicio cumplen los objetivos para los que fue creado”(23)

Estas definiciones puntualizan que la calidad de la asistencia puede medirse durante el proceso de la atención sanitaria, en cualquiera de sus componentes, por lo cual es preciso tener en cuenta la variación en función de quien y como la utiliza.

En 1991 la Organización Mundial de la Salud OMS afirmaba que: “Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la población, de una forma total y precisa y destina recursos (Humanos y otros), de forma oportuna y efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite”(24)

Además, el Instituto de Medicina de los Estados Unidos (IOM) define la calidad como el grado en que los servicios de atención en salud: 1) incrementan la probabilidad de alcanzar un resultado deseado en salud; y 2) son consistentes con conocimientos profesionales actualizados. A esta definición se le debe agregar el componente subjetivo de la calidad que corresponde a la calidad percibida por parte de los usuarios.(25)

La calidad en la prestación de los servicios de salud, incluyendo la seguridad del paciente, es una cualidad de la atención sanitaria esencial para la consecución de los objetivos nacionales en salud de todo país, la mejora de la salud de la población y el futuro sostenible del sistema de atención en salud (26).

La calidad, por tanto, mide hasta qué punto, en la provisión de servicios de salud, se obtiene el resultado deseado, el óptimo, de acuerdo con el estado del conocimiento existente y el contexto propio donde estos servicios se ofrecen(27).

Según Paganini J, se define a la Calidad de Atención como sinónimo de resultado. A su vez, el resultado es “el cambio positivo en la historia natural de la enfermedad, riesgo o condición de salud atribuible a la acción de las ciencias de la salud a través de los sistemas y servicios de salud”(28)

Según Donabedian, son tres los componentes de la calidad asistencial a tener en cuenta. El componente técnico, el cual es la aplicación de la ciencia y de la tecnología en el manejo de un problema de una persona, de forma que rinda el máximo beneficio sin aumentar con ello sus riesgos. Por otra parte, el componente interpersonal, el cual está basado en el postulado de que la relación entre las personas debe seguir las normas y valores sociales que gobiernan la interacción de los individuos en general. Estas normas están modificadas en parte por los dictados éticos de los profesionales y las expectativas y aspiraciones de cada persona individual. Finalmente, el tercer componente lo constituyen los aspectos de confort, los cuales son todos aquellos elementos del entorno del usuario que le proporcionan una atención más comfortable.(24)(29)

A partir de este análisis numerosos autores han postulado las dimensiones que abarca la calidad, siendo la clasificación más conocida la de H. Palmer que incluye:(30)

- **Efectividad:** Capacidad de un determinado procedimiento o tratamiento en su aplicación real para obtener los objetivos propuestos.
- **Eficiencia:** La prestación de un máximo de unidades comparables de cuidados por unidad de recursos utilizada.
- **Accesibilidad:** Facilidad con que puede obtenerse la asistencia frente a barreras económicas, organizativas, culturales, etc.
- **Aceptabilidad:** Grado de satisfacción de los usuarios respecto a la atención.
- **Competencia profesional:** Capacidad del profesional para la mejor utilización de sus conocimientos a fin de proporcionar cuidados y satisfacción a los usuarios.

A partir de los trabajos de Avedis Donabedian, (31), se inició la evaluación de la calidad de la atención médica, con base en la *teoría de sistemas*, mediante el análisis de la estructura disponible para otorgar la atención, el proceso mismo de la atención y sus resultados. Posteriormente, Donabedian dio a conocer una división clásica de indicadores que se deben utilizar para medir el nivel de calidad de la asistencia médica. Para ello los clasificó en: indicadores de estructura, indicadores de proceso e indicadores de resultado (32).

Los **indicadores de estructura** son todos aquellos atributos materiales y organizacionales relativamente estables. Parten del condicionamiento para verificar si los recursos están disponibles y organizados para facilitar la atención de los servicios de salud.

Los **indicadores de proceso** se refieren a aquello que el profesional médico y proveedores son capaces de hacer por los pacientes, y a la interrelación con las actividades de apoyo diagnosticadas, así como las actitudes, habilidades, destrezas y la técnica con que lo llevan a cabo, incluido aquello que los pacientes son capaces de hacer por sí mismos.

Los **indicadores de resultado** son los referidos a la variación de los niveles de salud y a la satisfacción del paciente con la atención recibida, la cual otorga a esto último una importancia mayor, dada por la necesidad cada vez más creciente de satisfacer las expectativas del usuario mediante un servicio de mayor calidad.

La clasificación e identificación de estos indicadores permiten abordar la evaluación del prestador en los servicios brindados en las tres aproximaciones(33):

1. Abordando la *estructura*, entendiéndose como tal los factores que constituyen las condiciones bajo las cuales se provee la atención médica.
 - a) Recursos materiales, tales como instalaciones y equipamiento.
 - b) Recursos humanos, tales como el número, variedad y calificación del personal del equipo de salud.
 - c) Características de la organización, tales como la estructura y funcionamiento del equipo médico, enfermeros, presencia de actividades de enseñanza e investigación, tipo de supervisión y revisión de desempeño, recursos financieros.

2. Abordando el *proceso*, durante el acto médico en sí. Comprende las actividades que constituyen la atención médica, incluyendo diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y educación del paciente; en general llevados a cabo por personal profesional, aunque también se extienden a otras contribuciones a la atención, en particular del paciente, su familia y la comunidad. Es toda la atención que se hace a un paciente y la habilidad para hacerlo. Se refiere a las características de la conducta del prestador en el manejo de la salud y la enfermedad que tienen efectos sobre los resultados.

3. Abordando el *resultado*, a posteriori del acto médico, en función de normas existentes consensuadas en la materia. Para Donabedian es lo que se obtiene para el paciente o población, más específicamente el cambio en el estado de salud (deseable o no) atribuible a la atención médica que se brinda.
 - a) Cambios en el estado de salud.
 - b) Cambios en los conocimientos adquiridos por los pacientes, la familia y/o la comunidad que pueden influenciar en la salud futura.
 - c) Cambios en las conductas del paciente, la familia y/o la comunidad que pueden influenciar en la salud futura.
 - d) Satisfacción con la atención y sus resultados del paciente, miembros de la familia y la comunidad. Incluye también la satisfacción de los profesionales de la Salud.

Los tres enfoques de evaluación son complementarios, y combinando la información de la estructura, el proceso y el resultado se obtiene mayor confiabilidad en los juicios que se emiten respecto de la calidad de la atención médica.

La atención sanitaria de calidad deficiente impone una carga negativa muy significativa a la sociedad y a los sistemas sanitarios. Según la OPS en la 27 Conferencia Sanitaria Panamericana se identifica que en la región Américas la falta de calidad se manifiesta de múltiples formas incluyendo(26):

- a. Servicios de salud inefectivos, es decir, que no alcanzan el resultado esperado en salud. Este problema se expresa en términos de injustificada variabilidad de la práctica clínica, aplicación de cuidados inoportunos o innecesarios, y un alto porcentaje de cuidados no consistentes con el conocimiento profesional actual. En el caso más extremo, la falta de calidad hace al servicio de salud inseguro ocasionando daño material o humano, situación que ha motivado un aumento de las demandas legales contra profesionales y servicios de salud, así los prestadores de servicios se sienten atacados y adoptan prácticas de medicina defensiva. A nivel regional, son ejemplos de lo anterior el excesivo número de casos de mortalidad materna y neonatal, de infección nosocomial, de uso irracional de medicamentos, y de fallos quirúrgicos.

- b. Servicios de salud ineficientes, es decir, con costes superiores a los necesarios para obtener el mismo resultado. Este fenómeno contribuye a un aumento excesivo del gasto en salud sin el correspondiente mejoramiento del desempeño de los servicios de salud. Ello supone un costo de oportunidad para el servicio sanitario, retrayendo recursos que podrían invertirse, por ejemplo, en incrementar la cobertura de los servicios a las poblaciones más desprotegidas. La baja capacidad resolutive del primer nivel de atención es un paradigma de ineficiencia por su repercusión en la presión sobre urgencias hospitalarias o en consultas en niveles de atención de mayor complejidad.

- c. La mala calidad se expresa también en limitada accesibilidad, con barreras administrativas, geográficas, económicas, culturales o sociales, e indiferencia respecto a la perspectiva de género en la provisión de servicios de salud. Esta situación se manifiesta en largas listas de espera, horarios de atención incompatibles con las posibilidades de consulta del usuario, distancias excesivas al centro de atención sanitaria, falta de medicamentos en los centros de atención, y oferta de servicios no adecuada al contexto/preferencias culturales y sociales del ciudadano.

- d. Finalmente, otra expresión de la falta de calidad corresponde a la insatisfacción de los usuarios y de los profesionales de salud con los servicios de salud. Los ciudadanos se quejan, por ejemplo, de maltrato, falta

de comunicación e inadecuación de instalaciones de salud. Por otra parte los profesionales y trabajadores de salud sufren de desmotivación, sobrecarga de trabajo, y en los casos más extremos el síndrome de “burn out”, lo que contribuye aún más al deterioro de la calidad del servicio prestado.

4.4 Atributos de la Calidad

Donabedian identifica una serie de propiedades o elementos que constituyen las claves para evaluar el grado de calidad alcanzada en un servicio o sistema bajo control. Entre ellos están: la accesibilidad, seguridad, oportunidad y satisfacción global.

4.4.1 Accesibilidad

La accesibilidad, entendida como todo tipo de acceso para obtener los servicios de salud.(34)Floreal Ferrara (1985), define la accesibilidad como la facilidad con que cuenta la población para usar los recursos de salud, clasificándola en accesibilidad: administrativa, geográfica, cultural, jurídica, y económica (35)

4.4.1.1 Accesibilidad Geográfica

La accesibilidad geográfica se conoce como la posibilidad que tiene la población para acceder a los recursos de salud, según la distancia que la separa y dificultad para llegar a ella. Esta accesibilidad se mide con distancia o tiempo, entre la población y el recurso. La accesibilidad geográfica modificará el signo de la percepción del valor de uso de los recursos, según sea la facilidad en el tiempo y distancia que se otorguen a quienes los requieran. La teoría empírica resalta que para los servicios de emergencia debe lograrse una gran accesibilidad. Cuanto menor sea la complejidad del recurso, mas fácil debe ser el acceso a los mismos, siempre y cuando estos recursos estén ampliamente distribuidos y, por el contrario, cuanto mayor sea la complejidad del recurso, más se requiere su concentración. Con ello, lógicamente, se debilita o disminuye la accesibilidad geográfica. (Ferrara, 1985).

Según Goodall (citado en Linares, 2008:2)(36) la “accesibilidad geográfica es la facilidad con la que se puede alcanzar un cierto sitio (destino), desde otros puntos en el territorio (orígenes), por lo tanto se puede decir que la accesibilidad constituye la distancia existente entre la oferta (los equipamientos), y la demanda (población). Es decir, tomamos el acceso a los servicios como una confluencia entre determinados orígenes y destinos”.

Si bien la población asienta en determinado lugar geográfico, generalmente los que más necesitan de los bienes y servicios sanitarios son aquellos que menos han podido elegir su destino geográfico. Habitan donde pueden, y precisamente allí es donde no están o están muy lejos los recursos de salud.(35). Los que dispusieron a su vez la ubicación geográfica de los recursos no fueron precisamente los grupos sociales que más lo necesitarían. De allí se explicaría la inaccesibilidad geográfica que padecen las clases sociales necesitadas.

Según la Encuesta de Salud para Asturias, nueve de cada diez asturianos/as considera que su centro de salud o consultorio se encuentra cerca, bastante cerca o muy cerca (92,8%) y sólo un 4,3% es el que opina que está lejos o muy lejos en términos de distancia geográfica.(37)

Pero en países subdesarrollados, la accesibilidad geográfica es consecuencia de la estructura social y por ende de la existencia de las clases sociales dominantes y por eso, aunque se ubiquen los recursos donde están situados y aun aislándolos de los demás factores, como puede simularse, se comprende la estrecha dependencia con el puesto de cada individuo y grupo social en el sistema productivo y en el nivel de la distribución de la riqueza.

Según Ferrara, el tiempo y la distancia que miden en los estudios tradicionales la accesibilidad geográfica, son en última instancia en la sociedad competitiva una mercancía de tal sociedad y por lo tanto con un valor económico que puede ser pagado por quien posea esa facilidad para adquirirla.

El análisis de los servicios públicos y privados implica indagar acerca de su localización; distribución y eficiencia en absorber la población demandante. Los mismos deben apuntar a lograr los valores máximos de equidad, evitando que la localización de la población juegue como factor de diferenciación a la hora de acceder a los servicios de suma importancia para la satisfacción de las necesidades vitales de las personas.(38)

En estudios tradicionales de percepción, se señala a la accesibilidad geográfica como una variable a tener en cuenta, por que el tiempo y la distancia que ella significa, intercede alterando la posibilidad de recurrir a esos bienes y servicios sanitarios. En casi la totalidad de los casos resulta insoslayable la referencia a las condiciones de la estructura socioeconómica en la que se desarrolla la clase social considerada.(35)

4.4.1.2 Accesibilidad Administrativa

Por otro lado la accesibilidad administrativa es la posibilidad que tiene la población para acceder a los recursos de salud, resolviendo las tramitaciones o exigencias solicitadas por la administración de dichos servicios de salud. La solicitud de esos requisitos por parte de la administración de los servicios en salud está íntimamente relacionada con las características económicas de los

mismos y de igual forma, el nivel de exigencias de la estructura administrativa para otorgar esos servicios depende de las condiciones financieras con las que se efectúan tales prestaciones.

Es así que en el denominado sistema privado de atención médica, donde cada demanda de prácticas y servicios profesionales se corresponde con el pago en dinero en efectivo en el mismo acto, la accesibilidad administrativa resulta casi sin interferencias o dificultades. En tales circunstancias, para la obtención de los servicios demandados, éstos han de ser pagados en el mismo instante, como una simple y clara operación de compra y venta de mercancías, sin que se interpongan ante su ejecución trabas o dificultades administrativas.(35)

En el “Estudio accesibilidad de los adultos mayores: una experiencia de investigación participativa”, se evidenció que desde la accesibilidad administrativa al ingreso de servicios de salud, se presentaron barreras administrativas de tipo burocrático interno de las unidades de atención hospitalaria. La mayoría de los entrevistados consideran que conseguir un turno en el hospital resulta difícil o muy difícil. Esta dificultad, en general, aparece asociada a tener que concurrir muy temprano por la mañana para poder acceder a un turno. Con relación al tiempo que transcurre entre la obtención del turno y la consulta efectiva, las opiniones aparecen divididas mientras que para la mitad es normal o rápido, para los otros este tiempo resulta excesivo(39).

Para Ferrara, cuanto más hace la buro-tecnocracia médica por desempeñar su papel delegado, más entorpece la recta y libre ejecución de la demanda de salud y más dificulta el acceso administrativo de quienes requieren el acto profesional. Porque al igual que en las demás actividades, el aumento de la burocracia médica es el camino del desenvolvimiento del poder en el juego de las relaciones sociales en el sistema productivo.

El acto profesional se identifica con el sistema de compra-venta y su ejecución resulta fácil y rápida, siempre que los componentes de la oferta y la demanda de tal mercadería hayan coincidido y aceptado el precio exigido por la misma y las condiciones de realización así como de cumplimiento en cuanto a las reglas de pago. De esta manera, la accesibilidad administrativa en el acto profesional de la medicina privada, resulta en general óptima y cuando más, sólo puede presentar algunas interferencias de tiempo, de disponibilidad de recurso o de oportunidad para satisfacer los requerimientos de la demanda o de la operatividad de la oferta.

El ejercicio de la atención médica en ámbito social justo y desarrollado, exige transformar a la tecno-burocracia médica, de órgano asfixiante de la población en instrumento absolutamente supeditado a ella.(35)

4.4.1.3 Accesibilidad Económica

La accesibilidad económica es la posibilidad que tiene la población para acceder a los recursos de salud, sorteando el pago de algún mecanismo económico.

Para Ferrara, lo económico es así una estructura interrelacionada que tiene un lugar propio, esencial en la estructura global de la sociedad, porque resulta ser una composición que funciona como una combinatoria que determina a sus elementos y la naturaleza de los mismos, proyectando su jerarquía y calificación sobre los demás componentes de la estructura global, a la que domina y define. Este concepto dinámico de la estructura de las relaciones de producción, permite entender los requisitos y combinaciones de la interrelación entre los diferentes agentes de la producción, de donde surge la distribución de los seres humanos en grupos que se han denominado clases sociales y que resultan las formaciones lógicas del proceso productivo.(35)

En el “Estudio accesibilidad de los adultos mayores: una experiencia de investigación participativa”, se evidenció con respecto a la accesibilidad económica, que la mayoría de los adultos mayores tiene claro que el hospital de su barrio no le cobra a la persona que concurre para recibir atención. Cuatro casos respondieron afirmativamente ante la pregunta sobre si creen que el hospital cobra para brindar atención. Esto podría poner de relieve una combinatoria entre una barrera simbólica y una de orden económico; si bien en los hechos no existe el cobro a cambio de la atención en el hospital, la suposición de lo contrario podría operar en el sentido de impedir la realización de la consulta por falta de dinero para pagarla. Con relación a los medicamentos recetados, 7 de cada 10 adultos mayores refieren haber recibido indicación médica para consumirlos en el último año y haberlos podido comprar y/o conseguir. A su vez dicen gastar en promedio, mensualmente, \$90 para la compra de medicamentos. Sin embargo, 3 de cada 10 personas dicen que alguna vez dejaron de comprar medicamentos por no poder pagarlos, abandonando de esta manera el proceso de atención. También todos los consultados han podido realizarse los estudios indicados en el último año, tales como análisis, radiografías, etc., aunque 2 de cada 10 alguna vez dejó de hacerse estudios por falta de dinero. (39)

La accesibilidad económica (asequibilidad), comprende que los servicios deben estar al alcance de todos. Los pagos por servicios de salud y servicios relacionados son factores determinantes de la salud que deben basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios estén al alcance de todos. Asimismo, la equidad exige que sobre los hogares más pobres no recaiga una carga desproporcionada en lo que refiere a gastos en salud, en comparación con los hogares más ricos. (40)

Las necesidades sanitarias deben de ser definidas por dos circunstancias que se relacionan entre sí: por el nivel de los ingresos de que disponen los individuos y su puesto en las clases sociales por un lado, y por la naturaleza y calidad de elementos y servicios sanitarios que están disponibles es decir, por los bienes que surgen de los recursos productivos y de la capacidad tecnológica que le es propia, para generar tales bienes de salud. En realidad esta capacidad productiva y tecnológica no sólo es la responsable de producir elementos del consumo sanitario, los valores de uso de la comunidad, sino que también definen el consumo y hasta la intensidad de los requerimientos de tales bienes y servicios.(35)

4.4.1.4 Accesibilidad Arquitectónica

La accesibilidad arquitectónica es la posibilidad que tiene la población para ingresar, y moverse libremente dentro de las estructuras físicas donde de presta servicios de salud.

La accesibilidad es una característica básica del entorno construido. Es la condición que posibilita llegar, entrar, salir y utilizar los diferentes espacios. La accesibilidad permite a las personas participar en las actividades sociales y económicas. Si evaluamos teniendo en cuenta el criterio de accesibilidad, su falta implica marginación y pérdida de calidad de vida para las personas, siendo las personas con discapacidad las más afectadas. Partiendo del concepto de accesibilidad, debemos tener en cuenta que todos somos diferentes y todos tenemos el mismo derecho a utilizar los entornos que nos rodean de igual manera, más allá de las capacidades de cada uno, eliminando para ello las barreras arquitectónicas y de comunicación.(41)

Las características que le dan a las edificaciones y lugares públicos accesibilidad y facilidad de utilización para las personas con alguna limitación física, facilitarán también su uso a otras personas. Los obstáculos físicos del entorno, se pueden evitar con muy poco o ningún costo, si se piensa en ellos en la etapa de planeación; otros se pueden eliminar sin dificultad mediante trabajos de renovación y transformación.(42)

Los espacios dentro de las edificaciones se clasifican en (41):

Accesibles: Posibilitan a las personas con discapacidad y/o movilidad reducida a desarrollar actividades en edificios y en ámbitos urbanos y naturales. Como también utilizar los medios de transporte y sistemas de comunicación.

Practicable: Posibilidad de modificar una estructura o un entorno físico para hacerlo parcialmente accesible. La practicabilidad brinda grado restringido de la Adaptabilidad.

Practicable con ayuda: Aquellos que mediante algunas modificaciones que no afecten a sus configuraciones esenciales puedan transformarse, como mínimo en practicable, siendo necesaria la ayuda para la utilización de las personas con movilidad reducida o cualquier otra limitación funcional.

No adaptado: Son aquellos que no se ajustan a los requerimientos funcionales y dimensiones que garantizan su utilización autónoma y con comodidad a cualquier persona, incluso a aquellas que tienen alguna discapacidad.

La atención médica es un derecho universal irrevocable, que está soportado por varios tratados internacionales y convenciones. El ingreso a los servicios sanitarios requiere del desplazamiento físico del demandante hacia la oferta, siendo que ésta se considera como un espacio arquitectónico común para satisfacer la necesidad y perspectiva del demandante.

El entorno inmediato (41) es aquel que rodea al establecimiento, y que debe ser transitado para llegar al ingreso del mismo. Un entorno accesible es aquel al que se puede acceder sin ningún tipo de limitaciones arquitectónicas y naturales. Una vez allí, se debe poder acceder y luego utilizar las instalaciones existentes. Dadas las particularidades de los espacios naturales serán necesarias actuaciones sobre el entorno inmediato de los edificios, para que se garantice la circulación y el ingreso a los mismos. La Dirección debería:

- a. Garantizar suelos suficientemente compactados que aseguren la circulación horizontal en los recorridos alrededor de las instalaciones.
- b. Contemplar que el suelo, en los accesos peatonales, este despejado de raíces expuestas, piedras sueltas, grava o arena.
- c. Salvar los desniveles existentes con las rampas correspondientes.
- d. Garantizar un espacio libre, en los recorridos del entorno inmediato, de 1,50m de ancho y 2,10m de altura. Siendo lo aconsejable 1,80m de ancho.
- e. En caso de existir veredas, contemplar que las mismas sean antideslizantes y sin desniveles.

Las instituciones que ofrecen servicios de salud reciben un flujo elevado de personas que, por diferentes circunstancias, deben ingresar a ellas, como es el caso del hospital universitario San José de Popayán (Colombia). En el año 2004 ingresaron 7921 personas a la zona de hospitalización y 27749 personas a consulta externa. Por ello fue importante para este estudio documentar cuáles fueron las barreras arquitectónicas en los servicios de salud. Se descubrió que las barreras arquitectónicas que se encontraron con mayor frecuencia fueron las puertas de ingreso a la institución, las cuales son poco asequibles en un 85,5%. Este resultado revela que la accesibilidad a instituciones de salud se ha convertido en un problema que compete a toda la población, por la gran cantidad de barreras arquitectónicas encontradas desde el mismo acceso a la institución, restringiendo la participación social y el funcionamiento humano.(43)

Existen normas Internacionales en lo que se refiere a la Construcción de Edificios, como es el caso de la normatividad ICONTEC que en su norma ISO/TC 59 presenta la Guía de Diseño de las "Necesidades de las Personas con Discapacidad en Edificios"(44)

En la República Argentina, la Ley 24.314(18)sancionada el 15 de marzo de 1994, que crea el Sistema de Protección Integral de los Discapacitados, (modificando la Ley 22.431), resalta los lineamientos de accesibilidad de personas con movilidad reducida a construcciones públicas y privadas. En toda obra pública que se destine a actividades que supongan el acceso de público, que se ejecute en lo sucesivo, deberán preverse accesos, medios de circulación e instalaciones adecuadas para personas discapacitadas que utilicen sillas de ruedas. La misma previsión deberá efectuarse en los edificios destinados a empresas privadas de servicios públicos y en los que se exhiban espectáculos públicos que en adelante se construyan o reformen.

4.4.2 Seguridad

El concepto de seguridad de los pacientes como componente clave de la calidad, se originó en el mundo de la industria y de los servicios y, se ha ido introduciendo y adaptando durante los años 90 a la realidad del sector de la salud de los países desarrollados. Hoy día forma parte de las estrategias de calidad de muchos países(45).

La seguridad del paciente se considera una prioridad en la asistencia sanitaria, además es una actividad cada vez más compleja, que entraña riesgos potenciales, ya que no existe un sistema capaz de garantizar la ausencia de eventos adversos. Se trata de una actividad en la que se combinan factores

inherentes al sistema con actuaciones humanas. (46) A diario se vulnera el derecho a la atención médica eficaz y segura(47). Es por esto la importancia de realizar prácticas seguras basadas en la teoría científica, para disminuir los efectos de la mala atención médica.

La orientación hacia la calidad exige procedimientos para evaluar la eficiencia, la efectividad y la seguridad de las intervenciones preventivas, de apoyo y curativas. Para esto es necesario un liderazgo fuerte de modo que este proceso sea seguro y sostenible(48).

La seguridad del paciente se pone en riesgo cuando se rompe la armonía del proceso de atención médica, en cualquiera de sus componentes como lo son la estructura y proceso, teniendo un gran efecto esperado o inesperado sobre el resultado.

La 27 Conferencia Sanitaria Panamericana de la OPS, en la Política y Estrategia Regional para la Garantía de la Calidad de la Atención Sanitaria, incluyendo la seguridad del paciente, define que las causas de la falta de calidad son múltiples, e involucran fallos tanto a nivel sistémico como a nivel de la prestación de servicios de salud individual(26).

A nivel sistémico contribuyen a la mala calidad: 1) la falta de posicionamiento de la calidad en las prioridades, y agenda de reforma del sector salud; 2) la deficiencia de los marcos reguladores de la calidad tales como las normas y estándares técnicos, los sistemas de acreditación, certificación, y habilitación, y el limitado conocimiento de derechos y deberes de los pacientes; 3) la insuficiencia o falta de recursos materiales, humanos y financieros; 4) la falta de sistemas de información para la gestión adecuada de los recursos; 5) las transferencias financieras o mecanismos de pago a prestadores no vinculados a nivel de desempeño y resultados en salud; y 6) la formación de pregrado y postgrado con bajos estándares técnicos, éticos y humanos.

A nivel de la prestación de servicios de salud individual, son causas de mala calidad: 1) la desmotivación de los trabajadores de la salud; 2) la debilidad en materia de competencias y destrezas técnicas; 3) la ausencia de trabajo en equipo y de relaciones de confianza adecuadas; 4) la atención bajo un modelo paternalista que no involucra al usuario en la toma de decisiones; 5) las condiciones de trabajo inadecuadas; y 6) la inexistencia de carrera profesional y programas de actualización profesional.

El resultado es que la seguridad del paciente puede verse afectada con los fallos a nivel sistémico, lo cual se relaciona con la estructura de la atención

médica, mientras que, los fallos a nivel de prestación de servicios de salud individual tiene cierta relación con el proceso de la atención médica

La información adecuada e interactiva, constituye el eje sobre el que gravita la percepción de seguridad del paciente. La correcta gestión de la incertidumbre en la relación paciente- profesional mejora la seguridad, construye un entorno de confianza y genera satisfacción en el paciente(49)

Según el Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente versión 1.1, OMS,(50) las características del paciente clasifican la información demográfica del paciente, la razón original por la que se solicitó atención sanitaria, y el diagnóstico principal. Los resultados para la organización se refieren a las repercusiones para la organización total o parcialmente atribuibles a un incidente. Abarcan las consecuencias directas para la organización, como el aumento de los recursos asignados a la asistencia del paciente, la atención de los medios de comunicación o las ramificaciones jurídicas, a diferencia de las consecuencias clínicas o terapéuticas, que se consideran resultados para el paciente.

Un incidente se acompaña siempre de una serie de factores contribuyentes. Aunque un incidente puede ser un factor que contribuya a la aparición o al desarrollo de otro incidente, algunos factores contribuyentes no pueden ser incidentes en sí mismos. Por ello, un incidente puede designarse como un tipo de incidente principal según reglas administrativas específicas del contexto (ej., el incidente más próximo al resultado para el paciente identificado), el diseño de un sistema de información o el tipo de análisis de los datos(50).

La seguridad es la reducción del riesgo de daños innecesarios hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se presta la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro. El resultado para el paciente son las repercusiones para el paciente total o parcialmente atribuibles a un incidente. Cuando se ha producido un daño, el grado del daño es la gravedad, la duración y las repercusiones terapéuticas del daño derivado de un incidente(50).

Según los principios rectores, parecería deseable registrar por separado la naturaleza, la gravedad y la duración del daño. Aunque desde el punto de vista teórico cabría inclinarse por esta opción, en la práctica la mayoría de las escalas de daño reconocen que estos elementos se fusionan en la evaluación natural que se lleva a cabo al asignar un grado de daño. Anteriores intentos de calificar el grado de daño tendían a fusionar estos parámetros en una escala(51)(52)(53).

Dentro del marco conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente versión 1.1, la OMS, se identifica que los tipos de incidente pueden ser: (50)

1. Administración clínica
2. Proceso/procedimiento clínico
3. Documentación
4. Infección asociada a la atención sanitaria
5. Medicación/líquidos para administración iv.
6. Sangre/productos sanguíneos
7. Nutrición
8. Oxígeno/gases/vapores
9. Dispositivos/equipos médicos
10. Comportamiento
11. Accidentes de los pacientes
12. Infraestructuras/locales/instalaciones
13. Recursos/gestión de la organización

Para la variable de este estudio objetivo, “seguridad” se relaciona con los posibles tipos de incidentes a continuación.

Tabla 1. Relación de los tipos de incidente de la clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente versión 1.1, con variable de estudio objetivo “Seguridad” desde la Estructura y Proceso. (50)

TIPO DE INCIDENTE	PROCESO	PROBLEMA	RELACION CON VARIABLE ESTUDIO
2. Proceso/procedimiento Clínico	- Diagnóstico/evaluación - Procedimiento/tratamiento/intervención - Muestras/resultados	- Incompleto/inadecuado - Proceso/tratamiento/procedimiento erróneo. - No se hizo cuando estaba indicado. - Parte/lado/lugar del cuerpo erróneo	Seguridad desde el Proceso
3. Documentación	- Hojas de evolución/historias clínicas/evaluaciones/interconsultas	- Información del documento poco clara/ambigua/ilegible/incompleta	
10. Comportamiento	- Relación Médico/Paciente	Incumplidor/no colaborador/obstruivo - desconsiderado/grosero/hostil/inapropiado - Arriesgado/imprudente/peligroso. Agresión verbal Agresión física Agresión sexual	
12. Infraestructuras/	- Estructura/local/	- Inexistente/inadecuado	

ocales/instalaciones	instalación en Cuestión	-Dañado/defectuoso/desgastado -Perdida precepción de la seguridad	Seguridad desde Estructura
13. Recursos/gestión de la organización	-Recurso Humano y asistencial administrativo	-Falta de Disponibilidad/idoneidad de camas/servicios - Falta Disponibilidad/idoneidad de recursos humanos/personal. -Organización de equipos/personas -Disponibilidad/idoneidad de protocolos/políticas/procedimientos/directrices	

Fuente: Clasificación Internacional para la seguridad del Paciente versión 1.1 OMS

4.4.3 Oportunidad

La oportunidad se define como la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.(54)

La oportunidad de la atención médica es la posibilidad que tiene el usuario de recibir una respuesta en salud a las necesidades que le apremien en un momento determinado, sin que se presente ningún tipo de riesgo en la integralidad de la salud, por retrasos inoperantes. Esta depende de la coordinación y estructuración de la oferta y la demanda en servicios de salud.

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico en 2001, presenta la oportunidad de la atención médica como una de las siete recomendaciones para mejorar la práctica de la medicina(55), en todas ellas con un profundo sentido ético de respeto, amabilidad, información, congruencia en el tratamiento, y calidad de la atención médica.

Desde el punto de vista de la práctica médico-quirúrgica el paciente tiene derecho a una atención conforme a los conceptos vigentes de la calidad, complementados por el respeto a los principios éticos vigentes. Como conceptos vigentes de calidad de la atención, debe considerarse:

Calidad de la atención médica.

- Oportunidad.
- Conocimientos médicos vigentes.
- Satisfacción de las necesidades de salud.
- Satisfacción de las expectativas.
- Contar con expediente clínico.

Cada uno de los conceptos relativos a los principios éticos vigentes y a la calidad de la atención médica requiere una descripción y análisis profundos. La Oportunidad otorga atención médica con calidad al paciente especialmente en casos de urgencia; conforme a los conocimientos médicos vigentes, satisfacción de sus necesidades de salud y de sus expectativas, con opción a una segunda opinión cuando el paciente lo solicite y con registros completos en el expediente clínico.(56)

4.4.4 Satisfacción Global

Para que un servicio tenga la calidad adecuada, debe satisfacer las necesidades y las expectativas del cliente receptor. Zeithaml et al(57), mediante un amplio estudio entre empresas de servicios, definieron como atributos característicos de este tipo de organizaciones, valorables por el cliente, la efectividad, la eficiencia, la adecuación, la calidad científico-técnica, la satisfacción, la continuidad, la capacidad de respuesta, la flexibilidad, la aceptabilidad, la equidad, la participación, la ética, la credibilidad, la seguridad y la confianza. Mediante el análisis factorial, dichos autores pudieron reducir todos los atributos anteriormente mencionados a 5 fundamentales con gran capacidad de influencia en la satisfacción de los clientes: tangibilidad de las estructuras de prestación de los servicios, fiabilidad, respuesta, seguridad y empatía.

Para una mejor comprensión de cómo se forma la satisfacción del usuario de un servicio sanitario hay que tener en cuenta que ésta es una realidad compleja, de naturaleza multidimensional; de hecho, los individuos son capaces de hacer un juicio global de éste, así como de distinguir varias dimensiones del servicio y evaluarlas separadamente en términos de cuál es la satisfacción en cada una de ellas(58)(59)(60).

Una vez conocida la satisfacción en cada dimensión del servicio recibido, puede determinarse cómo éstas contribuyen a la configuración de la satisfacción global. En un primer momento, podría decirse que la satisfacción global es una suma de todas las satisfacciones parciales, pero ¿todas las dimensiones pesan igual a la hora de configurar la satisfacción global? En realidad, la respuesta a esta pregunta, sea en el sentido que sea, de no estar sustentada por la realidad empírica no sería nada más que una hipótesis o supuesto teórico de partida.(61)

Desde el punto de vista del paciente, la actividad asistencial se inicia en el momento mismo en que entra al centro de salud, donde influyen los diversos factores del proceso. La satisfacción puede definirse como mínimo por 3 aspectos diferentes: organizativos (tiempo de espera, ambiente, etc.), atención

recibida y su repercusión en el estado de salud de la población, así como el trato recibido durante el proceso de atención por parte del personal implicado.(27)

Aunque satisfacer las expectativas de los usuarios de los servicios de salud constituye un proceso complejo de intersubjetividades, el fin último de la prestación de los servicios de salud no se diferencia de la de otro tipo de servicio: satisfacer a los usuarios (pacientes y acompañantes)(62)

Dentro de los indicadores de la calidad que miden resultados, y al cual se le otorga cada vez mayor importancia, se incluye la *satisfacción* del paciente con la atención recibida, mediante la prestación de un servicio de mayor calidad(63). La satisfacción(64) puede definirse como "la medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumplen con las expectativas del usuario." La satisfacción representa la vivencia subjetiva derivada del cumplimiento o incumplimiento de las expectativas que tiene un sujeto con respecto a algo.(29)

La calidad de la atención médica es la satisfacción a un concepto esperado por el paciente. A partir de ahí, podríamos decidir qué es lo que necesitamos evaluar y hasta dónde queremos llegar, teniendo en cuenta en primer término las prioridades del paciente. Se ha determinado que para el paciente las prioridades son recibir atención con oportunidad, ver satisfechas sus necesidades de salud, recibir un trato digno, amable y respetuoso; personal suficiente y preparado para otorgar la atención que requiere, con seguridad, que se disponga de los recursos suficientes para lograrla y que la atención se otorgue en un ambiente adecuado.(65)

Para conocer el concepto de percepción, es importante conocer la definición de sensación. La sensación se refiere a experiencias inmediatas básicas generadas por estímulos aislados simples(66). La sensación también se define en términos de la respuesta de los órganos de los sentidos frente a un estímulo.(67)

La percepción incluye la interpretación de esas sensaciones, dándole significado y organización(66). La organización, interpretación, análisis e integración de los estímulos implica la actividad no solo de nuestros órganos sensoriales sino del cerebro.(68)

Los pacientes que acuden a las unidades médicas esperan contar con servicios médicos accesibles, tanto en función de distancias y transporte, como de los trámites que se requieren para poder disponer de ellos; atención con cortesía y en forma oportuna; un ambiente agradable en cuanto a iluminación,

temperatura, ventilación, privacidad, comodidad, funcionalidad, orden y aseo. También espera contar con información suficiente por parte del personal administrativo, médico, paramédico y de enfermería; recursos necesarios para satisfacer los requerimientos de atención en cuanto a equipo, instrumental y material de consumo suficientes, disponibles, adecuados, funcionando correctamente y en buen estado de conservación; personal médico, paramédico y administrativo suficiente en cantidad y capacidad profesional y técnica, para el tipo y nivel de atención que se otorga; realización óptima del proceso de la atención, en cuanto a valoración integral, determinación de un programa de estudio y tratamiento congruentes con el problema de salud de que se trate, establecimiento oportuno del diagnóstico y proposición de un pronóstico probable; así como con resultados satisfactorios de la atención en cuanto a solución del problema que motivó el ingreso, en cuanto a diagnóstico, tratamiento o paliación; egreso oportuno y ausencia de complicaciones como consecuencia de la atención(69)

El sistema de salud, en cualquiera de sus niveles, puede incorporar a sus actividades la evaluación que hace el usuario de los servicios que se le ofrecen preguntándole. Sin embargo su práctica correcta y eficiente precisa de una serie de consideraciones metodológicas, relacionadas con las características de lo que se pregunta y su utilización prevista para realizar mejoramiento continuo.(70)

Una primera distinción debe establecerse entre aquellas preguntas que exploran percepciones subjetivas y las que buscan el aporte de datos objetivos sobre el servicio recibido(71)

Entre las subjetivas se encuentran las encuestas de satisfacción, opinión y expectativas del usuario, (todas ellas englobables de manera genérica como encuestas de opinión), y también en general las menos frecuentemente empleadas técnicas de investigación cualitativa, como los grupos focales, útiles tanto para detectar déficits sentidos por el usuario como para averiguar sus expectativas del servicio que recibe e intentar diseñar los servicios y las encuestas de satisfacción en torno al cumplimiento de estas expectativas.(72)

4.5. Discapacidad

La Organización Mundial de la Salud OMS define discapacidad como cualquier restricción o impedimento de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para el ser humano. La discapacidad se caracteriza por excesos o insuficiencias en el desempeño de una actividad rutinaria normal, los cuales pueden ser temporales o

permanentes, reversibles o surgir como consecuencia directa de la deficiencia o como una respuesta del propio individuo, sobre todo la psicológica, a deficiencias físicas, sensoriales o de otro tipo.

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) define la discapacidad como un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales.(73)

Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive.

En la República Argentina, la certificación de la discapacidad se realiza por medio del Servicio Nacional de Rehabilitación del Ministerio de Salud de la Nación, donde las clasifica la discapacidad en 5 tipos como lo son: Discapacidad mental, visual, auditiva, visceral y motora.(74)

La Discapacidad Mental se define como un término global que hace referencia a las deficiencias(73) en las funciones mentales y estructuras del sistema nervioso (asociadas o no a otras funciones y/o estructuras corporales deficientes), y en las limitaciones que presente el individuo al realizar una tarea o acción en un contexto/entorno normalizado, tomando como parámetro su capacidad / habilidad real, sin que sea aumentada por la tecnología o dispositivos de ayuda o de terceras personas.

Se considera discapacidad visual a un término global que hace referencia a las deficiencias(73) en las funciones visuales y estructuras corporales del ojo y/o sistema nervioso (asociado o no a otras funciones y/o estructuras corporales deficientes), y las limitaciones que presente el individuo al realizar una tarea o acción en un contexto/ entorno normalizado, tomado como parámetro su capacidad / habilidad real y las restricciones en su desempeño, considerando los dispositivos de ayudas ópticas adaptaciones personales y/o modificaciones del entorno.

La discapacidad auditiva es un término global que hace referencia a las deficiencias en las funciones y estructuras corporales del sistema(73) auditivo (asociado o no a otras funciones y/o estructuras corporales deficientes), y las limitaciones que presente el individuo al realizar una tarea o acción en un

contexto/entorno normalizado, tomado como parámetro su capacidad / habilidad real, sin que sea aumentada por la tecnología o dispositivos de ayuda o terceras personas.

Se considera discapacidad visceral a un término global que hace referencia a las deficiencias en las funciones y estructuras corporales de los sistemas(73) cardiovascular hematológico, inmunológico, respiratorio, digestivo, metabólico, endocrino y genitourinarias (asociadas o no a otras funciones y/o estructuras corporales deficientes), y las limitaciones que presente el individuo al realizar una tarea o acción en un contexto/entorno normalizado, tomado como parámetro su capacidad/habilidad real

La discapacidad motora es un término global que hace referencia a las deficiencias en las funciones y estructuras corporales de los sistemas(73) osteo-articular y neuro-músculotendinoso (asociadas o no a otras funciones y/o estructuras corporales deficientes), y las limitaciones que presente el individuo al realizar una tarea o acción en un contexto/entorno normalizado, tomado como parámetro su capacidad/habilidad real, sin que sea aumentada por la tecnología o dispositivos de ayuda o terceras personas.

En el Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda 2010, del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, en la Provincia de Buenos Aires se registraron 2.813.137 personas con algún tipo de discapacidad, resaltando la discapacidad visual con 41%, discapacidad motora 37%, discapacidad auditiva 12%, y discapacidad mental con el 10%.(4)

Se registraron 1.041.207 de personas con discapacidad motora donde el 31% corresponde a personas con limitación o dificultad permanente de miembros superiores, y un 68% a personas con limitación o dificultad permanente en miembros inferiores(4).

Según la primera encuesta nacional de personas con discapacidad 2002-2003 (ENDI), en el 2002 en la República Argentina se registraron 674.164 habitantes con discapacidad motora, de las cuales el 63.2%, refiere tener cobertura por obra social y/o plan de salud privado mutual; mientras que el 35.9% no refiere tener cobertura por obra social y/o plan de salud privado mutual.(3)

5. OBJETIVOS DE INVESTIGACION

5.1 Objetivo General

Describir la percepción de la calidad de la atención médica en la población con condición de discapacidad físico motora que acude a la fundación A.P.R.I.L.P.

5.2 Objetivos Específicos

- Describir la percepción que tienen la población con discapacidad físico motora, que acude a la fundación A.P.R.I.L.P. con respecto a la **accesibilidad** de la atención médica.

- Describir la percepción que tienen la población con discapacidad físico motora, que acude a la fundación A.P.R.I.L.P. con respecto a la **seguridad** en la atención médica.
- Describir la percepción que tienen la población con discapacidad físico motora, que acude a la fundación A.P.R.I.L.P. con respecto a la **oportunidad** de la atención médica.
- Describir la percepción que tienen la población con discapacidad físico motora, que acude a la fundación A.P.R.I.L.P. con respecto a la **satisfacción global** producto de la atención médica.

5.3. Hipótesis

Por ser un Estudio de tipo descriptivo de corte transversal, esta investigación carece de Hipótesis.

6. METODOLOGIA

6.1 Tipo de Estudio

Investigación observacional de tipo descriptivo y corte transversal.

6.2 Tipo de Abordaje

La Investigación se realizó con un enfoque Cuantitativo utilizando variables Cualitativas y Cuantitativas (edad).

6.3 Universo

El universo en estudio comprendió 110 hombres y mujeres a con discapacidad físico-motora, que acuden a la Fundación A.P.R.I.L.P.

6.3.1 Criterios de Inclusión

- Personas con discapacidad físico-motora que acudan a la Fundación A.P.R.I.L.P.
- Personas que hayan utilizado atención médica, (consulta por médico generalista y/o Consulta con médico especialista) en los últimos 90 días en cualquier parte de la Municipalidad de la Plata.
- Personas mayores de 18 años.
- Personas que voluntariamente desee participar en el estudio.

6.3.2 Criterios de Exclusión

- Personas que sean menores de 18 años.
- Personas con algún tipo de discapacidad mental.
- Personas que se nieguen a participar en el estudio.
- Personas que no pertenezcan a la Fundación A.P.R.I.L.P.

6.4 Muestra

Para el presente estudio no es necesario calcular el tamaño muestral, puesto que el diseño del mismo es del orden de estudio descriptivo.

6.5 Definición Operacional De Variables

A continuación se relacionan las variables utilizadas en el presente estudio:

Tabla 2: Definición operacional de variables sociodemográficas

VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	DEFINICION	NIVEL DE MEDICION	ESCALA DE MEDICION
Servicio Utilizado	Cualitativa	Servicio electivo en el cual fue atendido.	Nominal	a. Consulta con médico generalista. b. Consulta con médico especialista

Sexo	Cualitativa	Variable biológica y genética que divide a los seres humanos.	Nominal	a.Masculino b.Femenino
Edad	Cuantitativa	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento actual.	Razón	Años
Nivel Educativo	Cualitativa	Nivel de formación educativo recibido hasta el momento.	Nominal	a. Primario b.EGB C. Secundario d.Polimodal e.Superior No Universitario f.Universitario g.Post Universitario
Tipo de Prestador	Cualitativa	Clasificación de la institución donde recibió la atención médica.	Nominal	a.Publico b.Privado

Fuente: Diseño del Investigador

Tabla 3: Definición operacional de variables Teóricas

TIPO DE VARIABLE	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE	CATEGORIZACIÓN O DIMENSIONES	DEFINICIÓN	INDICADOR	NIVEL DE MEDICIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN
1) VARIABLE ACCESIBILIDAD						
Cualitativa	Facilidad con que cuenta la población para usar los recursos de salud	1.1 Geográfica	Posibilidad que tiene la población para acceder a los recursos de salud, según la distancia que la separa y dificultad para llegar a ella.	1.1.1 Percepción de la distancia para acceder a la atención médica.	Ordinal	- Bastante Cerca - Muy Cerca - Un poco Lejos - Muy lejos - Ns/Nr
				1.1.2 Percepción del tiempo para acceder a la atención médica.		- Muy largo - Largo - Corto - Muy corto - Ns/Nr
		1.2 Administrativa	Posibilidad que tiene la población para acceder a los recursos de salud, resolviendo las tramitaciones o exigencias solicitadas por la administración de dichos servicios de salud.	1.2.1 Percepción del trámite para solicitar cita para ser atendido.		-Muy complicado - Complicado - Sencillo - Muy sencillo - Ns/Nr
		1.3 Económica	Posibilidad que tiene la población para acceder a los recursos de salud, sorteando el	1.3.1 Percepción del costo para acceder a la atención médica.		- Muy costoso - Costoso - Económico - Muy Económico - Ns/Nr

			pago de algún mecanismo económico.			
		1.4 Arquitectónica	Posibilidad que tiene la población para ingresar, y movilizarse libremente dentro de las estructuras físicas donde de presta servicios de salud.	1.4.1 Percepción del ingreso a la Institución para acceder a la atención médica.		-Muy complicado - Complicado - Sencillo - Muy sencillo - Ns/Nr
2) VARIABLE SEGURIDAD						
Cualitativa	Es la correspondencia óptima entre requerimientos, procedimientos, y resultados alcanzados, en la prestación de servicios de salud bajo condiciones que minimicen los riesgos para la salud de los usuarios.	2.1 Estructura	Distribución y medios organizativos en descripción del espacio físico asistencial y administrativo.	2.1.1 Percepción del Aseo e Higiene de la Institución	Ordinal	- Muy malo - Malo - Bueno - Muy Bueno - Ns/Nr
				2.1.2 Percepción del cuidado de la Planta física de la institución.		-Muy descuidado - Descuidado - Cuidado - Muy cuidado - Ns/Nr
				2.1.3 Percepción del estado del mobiliario de la institución.		- Muy Incomodas - Incomodas - Cómodas - Muy cómodas - Ns/Nr
		2.2 Proceso	Organización y estructuración de guías y protocolos en la atención médica	2.2.1 Percepción del cumplimiento del protocolo de privacidad en la atención médica.	Ordinal	- Si - No - Ns/Nr
				2.2.2 Percepción del cumplimiento del examen completo en la atención médica.		- Si - No - Ns/Nr
				2.2.3 Percepción de la Orientación sobre los cuidados en casa.		-Muy insuficiente - Insuficiente - Suficiente - Muy suficiente - Ns/Nr
				2.2.4 Percepción de la atención del motivo de consulta por parte del médico tratante?		- Si - No - Ns/Nr
		3) VARIABLE OPORTUNIDAD				
Cualitativa	Posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que			3.1 Percepción del tiempo de espera para solicitar la cita.	Ordinal	-Adecuado - No adecuado -Ns/Nr - Muy largo

	se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud..			3.2 Percepción del tiempo de espera desde la llegada hasta la atención.		- Largo - Corto - Muy cortó - Ns/Nr
4) VARIABLE SATISFACCIO GLOBAL						
Cualitativa	Experiencia racional o cognoscitiva, definida en términos de discrepancia percibida entre aspiraciones y logros, derivada de la comparación entre las expectativas y el comportamiento del servicio.	4.1 Resultado	Equivale a los logros, tanto en materia de salud, como en cuanto a resultados económicos o de valoración por el paciente y el profesional de lo que se alcanza tras una prestación sanitaria determinada (Donabedian, 1980)	4.1.1 Perspectiva a la solución del motivo de consulta	Ordinal	- Si -No - Ns/Nr
				4.1.2 Perspectiva de la atención recibida en la institución		-Muy insatisfecho - Insatisfecho - Satisfecho - Muy Satisfecho - Ns/Nr
				4.1.3 Perspectiva de la utilización de la atención médica en la misma institución.		- Si -No - Ns/Nr

Fuente: Diseño del Investigador

6.6 Dinámica del Trabajo de Campo

6.6.1 Preparación Previa a las Salidas de Campo

Se realizó presentación del plan de tesis a la directora médica de la Fundación A.P.R.I.L.P, Dra. Andrea Giles y de igual modo se obtuvo la aprobación del permiso respectivo para realizar la recolección de la información. La dirección solicitó como valor agregado a las encuestas, la aplicación de 5 preguntas relacionadas con la percepción de la calidad prestada en A.P.R.I.L.P. La dirección informa que la Institución cuenta con 230 pacientes beneficiarios de las actividades ofrecidas, de las cuales el 50 % corresponde a población mayor de 18 años.

6.6.2 Operatoria de Campo

La encuesta se aplicó en dos momentos; un primer momento aplicación de 10 encuestas piloto con la finalidad de determinar la comprensión del instrumento para identificar claridad y objetividad por parte de la población estudio, y así realizar los cambios identificados en el instrumento "Encuesta de percepción de la calidad en la atención médica en personas con discapacidad físico motora; y un segundo momento para la aplicación. La recolección total de las encuestas se realizó en 3 semanas teniendo en cuenta las agendas programadas por la Fundación. Cada persona abordada recibía información acerca del estudio y

del mismo modo se le solicitaba consentimiento verbal para el diligenciamiento de la encuesta cara a cara.

6.6.3 Trabajo Post - Salida de Campo

Al finalizar cada día, se realizaba la revisión de las encuestas con el fin de verificar su completo diligenciamiento y la asignación de un número consecutivo. Luego de haber realizado la recolección de todos los instrumentos se inició la construcción de la base de datos.

6.7 Técnicas de Recolección de Datos

La recolección de los datos se realizó a través de una encuesta de preguntas cerradas aplicadas a 110 personas con discapacidad físico motora pertenecientes a la organización A.P.R.I.L.P, instrumento “Encuesta de percepción de la calidad en la atención médica en personas con discapacidad físico motora” (Ver anexo 11.2)

6.7.1 Instrumentos para la Recolección de Datos

Se utilizó como instrumento encuesta de 30 preguntas cerradas, que contiene 3 bloques. El primer bloque (Total 8 preguntas), contiene preguntas con información sociodemográfica de los encuestados.

El segundo bloque (17 preguntas) contiene preguntas de las *variables Accesibilidad* (2 Preguntas accesibilidad geográfica, 1 pregunta accesibilidad administrativa, 1 pregunta accesibilidad económica, 1 pregunta accesibilidad arquitectónica), *Variable Seguridad* (3 preguntas estructura, 4 preguntas de proceso), *Variable Oportunidad* (2 Preguntas) y *Variable Satisfacción Global* (3 preguntas de resultado).

El tercer bloque (5 Preguntas) contiene preguntas relacionadas con la percepción de la calidad prestada en A.P.R.I.L.P.

6.8 Elaboración de la Base de Datos

Para la digitación de las encuestas realizadas en físico a la población participante encuestadas se elaboró una base de datos Access transformada a Excel al momento del análisis de datos.

6.9 Consideraciones Éticas

Se realizó consentimiento informado verbal de aceptación para todos los participantes en el estudio, bajo el compromiso de confiabilidad y manejo seguro y ético de la información la cual será utilizada exclusivamente en este estudio.

- **Legislación Internacional:** El investigador cumplirá con los códigos y declaraciones internacionales emitidos por la comunidad médica internacional que ofrecen pautas éticas para la investigación con seres humanos, como el Código de Nuremberg (1949), la Declaración de Helsinki y sus cinco revisiones hasta la del Edimburgo, Escocia en el año 2000, la Conferencia del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS), la Conferencia de Manila (1981).
- **Legislación Nacional:** El investigador cumplirá con la Ley 11044 de la provincia de Buenos Aires sobre investigación en salud humana, y toda la legislación nacional, especialmente en lo relacionado a los derechos de autor, custodia legal de la información, conductos regulares ante entidades académicas y científicas y las demás que se consideren pertinentes.

Se mantendrá la obligación ética del personal de salud de no divulgar ni de permitir que se conozca la información que directa o indirectamente obtenga durante el ejercicio profesional sobre salud y la vida del paciente o su familia, aún después de la muerte del paciente.

En cuanto a los resultados de la investigación estarán ceñidos a la verdad, con conciencia de la transitoriedad del conocimiento. De ser publicados se elegirá una publicación científica debidamente reconocida.

La investigación respetará los derechos de autor y reconocerá la participación de todos los investigadores y colaboradores.

Se conservaron principios de:

- **No maleficencia:** El investigador tomara todas las precauciones necesarias para no causar daño intencionalmente a personas o instituciones que estén relacionados con la presente investigación.
- **Beneficencia:** Los resultados de ésta investigación van a mejorar el conocimiento para la toma de decisiones en los programas y políticas públicas en busca de la accesibilidad de las personas con discapacidad permitiendo reducir las desigualdades y las necesidades no satisfechas en la atención médica.

- Justicia: La información analizada así como los resultados obtenidos en ésta investigación cumplirá con el principio de justicia y sentido de equidad.

6.10 Plan de Análisis

Los datos recolectados en la investigación se introdujeron en hojas de cálculo Excel. El análisis descriptivo se realizó a través de la determinación de medidas de tendencia central y mediante la obtención de proporciones para las variables cualitativas.

6.11 Cronograma de Actividades Realizadas

Actividad	2012				2013	2014
	Jun-Sep	Oct	Nov	Dic	Ago-Dic	Jul
Presentación plan de tesis	X					
Entrega del Plan de Tesis para aprobación		X				
Aceptación del Plan de Tesis por el Honorable Consejo Académico		X	X			
Construcción de Marco Teórico	X	X				
Programación del instrumento y Prueba piloto			X			
Recolección de datos			X			
Análisis de información				X	X	
Presentación de Informe						X
Defensa de tesis						X

Fuente: Consolidación del Autor

6.12. Financiación e infraestructura

6.12.1. Financiación.

La financiación del trabajo de investigación se dio de manera exclusiva por parte del investigador, en éste se incluyeron los recursos humanos y físicos (papelería y útiles de oficina).

6.12.2. Infraestructura.

La recolección de datos se realizó en la Fundación A.P.R.I.L.P, ubicada en Plaza Italia, Municipalidad de la Plata, Buenos Aires, Argentina.

7. RESULTADOS

7.1 Análisis Descriptivo

7.1.1. Análisis Descriptivo. Información socio-demográfica.

Se realizaron 110 encuestas a hombres y mujeres con discapacidad físico motora, correspondientes a 58 mujeres con el 52,7% y 52 hombres correspondientes al 47,3%, con edades comprendidas entre los 18 y 77 años. De acuerdo a la Clasificación por etapa de ciclo vital según la OMS¹; el 43,6% pertenecían al grupo Adulto maduro, el 37,3% Adulto Joven, y el 19,1% Adulto Mayor. El 91,8% asistieron a la atención médica con el médico especialista, siendo la especialidad más consultada el servicio de Ortopedia con un 23.6%, Fisiatría con un 19,1%, Neurología y traumatología con el 16,4%.

¹Adulto Joven entre 18 y 35 años, Adulto Maduro entre 35 y 60 años y Adulto Mayor superior a 60 años

Dentro del estudio se destaca que el 80% de toda la población fue atendida en Instituciones públicas mientras que el 20% restante en Instituciones Privadas. El nivel educativo de estas personas corresponde a nivel primario con un 42,7%, secundaria con un 34,4%, y EGB con un 14,5%. El 59,1% manifiesta que trabaja mientras que el 34,5% se encuentra desempleado.

El 91,8% de la población con discapacidad físico motora refiere haber consultado con médico especialista mientras el 8,2% restante consultó con médico generalista; también se observa que el 90% recibió atención médica en menos de 2 meses. El 59,1% de la población encuestada tiene un empleo, mientras el 34,5% se encuentra desempleada. El 80% de los encuestados recibieron atención médica en una institución pública, mientras el restante 20% en una Institución privada.

Tabla 4. Información Sociodemográfica. Frecuencias Absolutas y Relativas.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
SERVICIO UTILIZADO		
Consulta Médico Generalista	9	8,2
Consulta Médico Especialista	101	91,8
TOTAL	110	100
FECHA DE UTILIZACION		
Menos de 1 Mes	50	45,5
Entre 1 y 2 Meses	49	44,5
Entre 2 y 3 Meses	11	10,0
TOTAL	110	100
NIVELEUCATIVO		
Primario	47	42,7
EGB	16	14,5
Secundario	38	34,5
Polimodal	0	0,0
Superior No Universitario	5	4,5
Universitario	4	3,6
Post Universitario	0	0,0
TOTAL	110	100
OCUPACION		
Trabaja	65	59,1
Desempleado	38	34,5
Jubilado	7	6,4
TOTAL	110	100
TIPO DE PRESTADOR		
Privado	88	80,0
Publico	22	20,0
TOTAL	110	100

Fuente: Base de datos encuestas de percepción de la calidad en la atención médica en personas con discapacidad físico motora. Noviembre 2013.

7.1.2 Análisis Descriptivo percepción de la Calidad de la Atención Médica desde la Accesibilidad.

La percepción de la calidad de la Atención Médica desde la Accesibilidad se evaluó desde la dimensión Geografía, Administrativa, Económica, y Arquitectónica.

Frente a la percepción de la calidad de la atención médica desde la accesibilidad con dimensión geográfica, el 39,1 % de la población con discapacidad físico motora percibe que la distancia desde el domicilio hasta el sitio de Atención Médica es Muy lejos, el 43,6 % perciben que el tiempo gastado en el desplazamiento para acceder a la atención médica es largo.

Tabla 5: Percepción de la dimensión Accesibilidad Geográfica a la Atención Médica. Frecuencias Absoluta y Relativa.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
PERCEPCIÓN DE LA DISTANCIA PARA ACCEDER A LA ATENCIÓN MÉDICA		
Bastante Cerca	20	18,2
Muy cerca	25	22,7
Un poco Lejos	22	20,0
Muy Lejos	43	39,1
Ns/ Nr	0	0
TOTAL	110	100
PERCEPCIÓN DEL TIEMPO PARA ACCEDER A LA ATENCIÓN MÉDICA		
Muy Largo	27	24,5
Largo	48	43,6
Corto	24	21,8
Muy corto	11	10,0
Ns/Nr	0	0
TOTAL	110	100

Fuente: Base de datos encuestas de percepción de la calidad en la atención médica en personas con discapacidad físico motora. Noviembre 2013.

Adicionalmente, la percepción de la Accesibilidad experimentada desde la dimensión administrativa en la atención médica, el 56,4 % de la población con discapacidad físico motora percibe que el trámite para solicitar cita para recibir

atención médica es sencillo, seguido del 22,7% que refieren que este trámite es complicado.

Tabla 6: Percepción de la dimensión Accesibilidad Administrativa a la Atención Médica. Frecuencias Absoluta y Relativa.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
PERCEPCIÓN DEL TRAMITE ADMINISTRATIVO PARA ACCEDER A LA ATENCIÓN MEDICA		
Muy Complicado	13	11,8
Complicado	25	22,7
Sencillo	62	56,4
Muy Sencillo	10	9,1
Ns/Nr	0	0,0
TOTAL	110	100

Fuente: Base de datos encuestas de percepción de la calidad en la atención médica en personas con discapacidad físico motora. Noviembre 2013.

En cuanto a la percepción de la Accesibilidad experimentada desde la dimensión económica en la atención médica, el 78,2 % de la población con discapacidad físico motora manifiesta que no hizo ningún pago para acceder su atención médica, mientras que del 21,8% que hicieron algún pago, el 15,5% manifiesta que fue económico.

Tabla 7: Percepción de la dimensión Accesibilidad Económica a la Atención Médica. Frecuencias Absoluta y Relativa.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
PERCEPCIÓN DEL COSTO PARA ACCEDER A LA ATENCIÓN MEDICA		
Muy Costoso	1	0,9
Costoso	4	3,6
Económico	17	15,5
Muy Económico	2	1,8
Ns/Nr	86	78,2
TOTAL	110	100

Fuente: Base de datos encuestas de percepción de la calidad en la atención médica en personas con discapacidad físico motora. Noviembre 2013.

En la percepción de la Accesibilidad experimentada desde la dimensión Arquitectónica en la atención, el 61,8 % de la población con discapacidad

físico motora manifiesta que es complicado el ingreso, movilización, y desplazamiento en las Instituciones de Salud para acceder su atención médica, mientras el 26,4% manifiesta que es sencillo.

Tabla 8: Percepción de la dimensión Accesibilidad Arquitectónica a la Atención Médica. Frecuencias Absoluta y Relativa.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
PERCEPCIÓN DEL INGRESO A UNA INSTITUCION PARA ACCEDER A LA ATENCIÓN MEDICA		
Muy Complicado	3	2,7
Complicado	68	61,8
Sencillo	29	26,4
Muy Sencillo	10	9,1
Ns/Nr	0	0,0
TOTAL	110	100

Fuente: Base de datos encuestas de percepción de la calidad en la atención médica en personas con discapacidad físico motora. Noviembre 2013.

7.1.3 Análisis Descriptivo percepción de la Calidad de la Atención Medica desde la Seguridad

La percepción de la calidad de la Atención Medica desde la Seguridad del Paciente se evaluó desde la dimensión Estructura y Proceso.(25)

En la percepción de la seguridad experimentada desde la **dimensión Estructura en la atención médica**, el 42,7 % de la población con discapacidad físico motora percibe que el aseo e Higiene de la Institución es Buena, El 41,8% percibe que el cuidado de la planta física de la institución esta Descuidada, y el 45,5% percibe que el estado del inmobiliario como silletería, camas y camillas es incómoda para la condición física de discapacidad.

Tabla 9: Percepción de la dimensión seguridad desde la Estructura de la Atención Médica. Frecuencias Absoluta y Relativa.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
PERCEPCIÓN DEL ASEO E HIGIENE DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE LA ATENCIÓN MEDICA		
Muy Malo	0	0,0
Malo	39	35,5
Bueno	47	42,7
Muy Bueno	24	21,8
Ns/Nr	0	0,0

TOTAL	110	100
PERCEPCIÓN DEL CUIDADO DE LA PLANTA FSICADE LA INSTITUCION PRESTADORA DE LA ATENCIÓN MEDICA		
Muy Descuidada	4	3,6
Descuidado	46	41,8
Cuidado	37	33,6
Muy Cuidado	23	20,9
Ns/Nr	0	0,0
TOTAL	110	100
PERCEPCIÓN DEL ESTADO DEL INMOBILIARIO DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE LA ATENCIÓN MEDICA		
Muy Incomodo	4	3,6
Incomodo	50	45,5
Cómodo	41	37,3
Muy Cómodo	15	13,6
Ns/Nr	0	0,0
TOTAL	110	100

Fuente: Base de datos encuestas de percepción de la calidad en la atención médica en personas con discapacidad físico motora. Noviembre 2013.

En la percepción de la seguridad experimentada desde la **dimensión proceso en la atención médica**, el 59,1 % de la población con discapacidad físico motora percibe que no se respetó la privacidad durante la consulta, el 60% percibe que no se le realizó un examen clínico completo, el 61,8% percibe que el médico tratante le ofreció una suficiente información para los cuidados en casa, y el 95,5% percibe que el médico tratante entendió el motivo por el cual consultaba.

Tabla 10: Percepción de la dimensión seguridad desde el proceso de Atención Médica. Frecuencias Absoluta y Relativa.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
PERCEPCIÓN DEL LA PRIVACIDAD DURANTE LA ATENCIÓN MEDICA		
Si	45	40,9
No	65	59,1
Ns/Nr	0	0,0
TOTAL	110	100
PERCEPCIÓN DE LA REALIZACION DEL EXAMEN CLINICO COMPLETO DURANTE LA ATENCIÓN MEDICA		
Si	43	39,1
No	66	60,0
Ns/Nr	1	0,9

TOTAL	110	100
PERCEPCIÓN DE LA ORIENTACION PARA LOS CUIDADOS EN CASA DURANTE LA ATENCIÓN MEDICA		
Muy Insuficiente	3	2,7
Insuficiente	21	19,1
Suficiente	68	61,8
Muy Suficiente	18	16,4
Ns/Nr	0	0,0
TOTAL	110	100
PERCEPCIÓN DEL LA CLARIDAD DEL MOTIVO DE CONSULTA POR PARTE DEL MEDICO TRATANTE DURANTE LA ATENCIÓN MEDICA		
Si	105	95,5
No	4	3,6
Ns/Nr	1	0,9
TOTAL	110	100

Fuente: Base de datos encuestas de percepción de la calidad en la atención médica en personas con discapacidad físico motora. Noviembre 2013.

7.1.4 Análisis Descriptivo percepción de la Calidad de la Atención Medica desde la Oportunidad

En la percepción de la oportunidad experimentada en la atención médica, el 74,5 % de la población con discapacidad físico motora percibe que el tiempo de asignación de cita al momento de solicitarlo fue adecuado, el 50,9% percibe que el tiempo que tuvo que esperar desde que llego hasta su atención fue corto.

Tabla 11: Percepción de la dimensión Oportunidad para la Atención Médica. Frecuencias Absoluta y Relativa.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
PERCEPCIÓN DEL TIEMPO PARA LA ASIGNACION DE LA CITA PARA LA ATENCIÓN MEDICA		
Adecuada	82	74,5
No adecuada	28	25,5
Ns/Nr	0	0,0
TOTAL	110	100
PERCEPCIÓN DEL TIEMPO PARA ACCEDER A LA ATENCIÓN MEDICA		
Muy Largo	9	8,2
Largo	36	32,7
Corto	56	50,9

Muy Corto	9	8,2
Ns/Nr	0	0,0
TOTAL	110	100

Fuente: Base de datos encuestas de percepción de la calidad en la atención médica en personas con discapacidad físico motora. Noviembre 2013.

7.1.5 Análisis Descriptivo percepción de la Calidad de la Atención Medica desde la Satisfacción Global

En cuanto a la percepción de la satisfacción global experimentada desde la dimensión resultado en la atención médica, el 84,5 % de la población con discapacidad físico motora percibe que le solucionaron el motivo de la consulta, el 40% percibe que está satisfecha con los servicios recibidos, y el 50,9% de los consultados percibe que volvería a atenderse nuevamente en la misma Institución.

Tabla 12: Percepción de la dimensión Satisfacción Global desde el Resultado de Atención Médica. Frecuencias Absoluta y Relativa.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
PERCEPCIÓN DE LA SOLUCION DEL MOTIVO DE CONSULTA EN LA ATENCIÓN MEDICA		
Si	93	84,5
No	17	15,5
Ns/Nr	0	0,0
TOTAL	110	100
PERCEPCIÓN DE LA ATENCION MEDICA RECIBIDA		
Muy Insatisfecho	3	2,7
Insatisfecho	38	34,5
Satisfecho	44	40,0
Muy Satisfecho	25	22,7
Ns/Nr	0	0,0
TOTAL	110	100
PERCEPCION DE LA POSIBILIDAD DE REGRESAR A ATENDENDERSE NUEVAMENTE EN LA INSTITUCION		
Si	56	50,9
No	54	49,1
Ns/Nr	0	0,0
TOTAL	110	100

Fuente: Base de datos encuestas de percepción de la calidad en la atención médica en personas con discapacidad físico motora. Noviembre 2013.

8. DISCUSION Y CONCLUSIONES

Entendiendo que la calidad de la atención medica es la satisfacción a un concepto esperado por el paciente(65), y que la Satisfacción Global está enmarcada desde el mismo momento que este ingresa a la unidad sanitaria incluyendo los 3 aspectos como lo son: Organizativos, atención recibida, y repercusión en su estado de salud(25).

En la actualidad no se evidencian estudios relacionados con la percepción que tiene el discapacitado físico motor al momento de recibir la atención médica, pero se identifican aspectos negativos y positivos de interés común para describir.

Desde la percepción de la Accesibilidad Geográfica el 39,1% de la población con discapacidad físico motora percibe que el desplazamiento desde el

domicilio hasta el sitio de atención le fue muy lejos, y el 43,6% percibe que el tiempo gastado en el desplazamiento es largo. Esta situación está relacionada con la localización distribución topográfica de los centros de atención sanitaria que si bien altera a la hora de acceder a los servicios perturbando la posibilidad de recurrir a los bienes y servicios sanitarios demandados por el discapacitado físico motor. En casi la totalidad de los casos resulta insoslayable la referencia a las condiciones de la estructura socioeconómica en la que se desarrolla la clase social considerada en el entorno.(35)

Desde la percepción de la Accesibilidad Arquitectónica el 61,8% de la población con discapacidad físico motora percibe que es complicado el ingreso, movilización, y desplazamiento dentro de la Institución para recibir atención médica. A pesar de que en la República Argentina las Instituciones públicas y privadas cumplen con la estructura de la Ley 24218 Sistema de Protección Integral de los Discapacitados (18), quedan obstáculos físicos del entorno en las Instituciones de Salud, implicando marginación y pérdida de la calidad de vida para el discapacitado físico motor. (41)El ingreso a los servicios sanitarios requiere del desplazamiento físico del demandante hacia la oferta, siendo que ésta se considera como un espacio arquitectónico común para satisfacer la necesidad y perspectiva del demandante.(42).

Desde la percepción de la seguridad en la Estructura, el 41,8% de la población con discapacidad Físico motora percibe que la planta física o el edificio le pareció descuidado, mientras 45,5% percibió que el mobiliario en la sala de espera, tales como sillotería, camas y camillas si las vio o las utilizo les pareció incomoda al usarla desde la condición de discapacidad físico motora. Este tipo de características presentes interfiere sobre la consolidación del programa de Seguridad del Paciente. Según la OMS estos hallazgos pueden relacionarse como presencia de incidentes durante el prestación de la atención médica, generando en últimas perdida de la percepción de la seguridad por parte del paciente(50).

Desde la percepción de la seguridad en el proceso, el 59,1% de la población con Discapacidad físico motora percibió que no se le respeto su privacidad, mientras el 60,0% percibió que el médico tratante no realizo el examen clínico completo. Esta percepción de falta de seguridad al momento de la atención, pone en riesgo la seguridad del paciente ya que rompe la armonía del proceso de atención médica.(26).

Desde la percepción de la satisfacción global en el resultado, el 40% percibió que se siente satisfecha con los servicios recibidos mientras que el 34,5% se encuentra insatisfecha con la atención medica recibida, el 50,9% volvería a atenderse nuevamente en la misma Institución; mientras que el restante 49,1% de la población manifiesta que no volverían a atenderse en la misma Institución. Estos indicadores orientan en contravía la probabilidad de alcanzar un resultado deseado en salud producto de la adecuada calidad. (25). Todo lo anterior esgrime una falta de satisfacción importante a las expectativas que tiene la población con discapacidad físico motora al recibir la atención médica,

incumpliendo a la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad(8) a la falta de garantizar el más alto nivel posible de salud sin discriminación.

8.1 Conclusiones y recomendaciones surgidas del estudio

De la información obtenida en el presente estudio se puede concluir que a pesar de existir tratados de derecho Internacional, convenciones, principios generales, acuerdos regionales, leyes nacionales donde se expresan y garantizan los derechos humanos y ratifican los derechos de la población con discapacidad, además de existencia de lineamientos técnicos y teóricos para favorecer la seguridad del paciente y satisfacer sus necesidades en el acceso a la salud, se evidencia una percepción desfavorable en la estructura proceso y resultado de la atención médica de la población con discapacidad físico motora que en últimas afecta su rehabilitación y participación social impactando su calidad de vida.

A partir de lo expuesto en el presente estudio se recomienda:

- **A nivel Legislativo:** Fortalecer los marcos reguladores normativos, estándares y criterios técnicos de habilitación, Certificación, y Acreditación para prestadores públicos y privados, y así garantizar la seguridad del paciente.
- **A nivel Administrativo.** Posicionar la calidad de la atención médica en las agendas de los órganos rectores de control, vigilancia e inspección en la prestación de servicios de salud, fortaleciendo el conocimiento de los derechos y deberes de la población con discapacidad.
- **A nivel del Talento Humano.** Fortalecer la formación de pregrado y posgrado con altos niveles técnicos éticos y humanos en la prestación de la atención médica.
- **A nivel de la Prestación Individual.** Posicionar la cultura de la calidad, buscando estrategias de motivación para los trabajadores de la salud, fortalecimiento continuo de sus competencias y destrezas técnicas.
- **A nivel de la Academia.** Apoyar investigaciones macro poblacionales con objetivos similares al presente, utilizando enfoques cualitativos y cuantitativos para establecer mejoras continuas en las Instituciones.

9. LIMITANTES DEL ESTUDIO

La mayor limitante del estudio es la imposibilidad de extrapolación a todo el territorio de la Municipalidad de la Plata y/o la Argentina, ya que la información corresponde a la unidad de discapacitados físico motores de la Fundación A.P.R.I.L.P.

10. BIBLIOGRAFIA

1. **Organizacion Mundial de la Salud, Banco Mundial.***Informe mundial sobre la discapacidad.* Ginebra Suiza : Malta, 09 de junio de 2011.
2. **Organizacion Mundial de la Salud.** La discapacidad en America Latina. *Conceptos generales de discapacidad.* [En línea] Armando Vasquez .
<http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/Discapacidad-SPA.pdf>.
3. **Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INDEC.***Encuesta nacional de personas con discapacidad año 2002-2003, complementaria censo 2001.* Buenos Aires, Argentina : s.n., 2003.

4. **Instituto Nacional de Estadística y Censos INDEC.** *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010*. Buenos Aires, Argentina : s.n., 2011.
5. **Sociedad Española de Calidad Asistencial.** *Monográfico sobre la obra del Profesor Avedis Donabedian*. Rev Calidad Asistencial. Madrid : s.n., 2001. 16:S5-135.
6. **A., Delgado Sánchez.** *Factores asociados a la satisfacción de los usuarios*. Cuadernos de Gestión. 1997. págs. Pp:90-101.
7. **Organizacion Naciones Unidas ONU.** Derechos Humanos. [En línea] <http://www.un.org/es/rights/>.
8. **Oficina alto comisionado de las Naciones Unidas pra los Derechos Humanos.** Convencion sobre los derechos de las personas con discapacidad. [En línea] 03 de Mayo de 2008. <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>.
9. **Asamblea General de Derechos Humanos.** *Declaracion Internacional de Derechos Humanos*. s.l. : Organizacion Naciones Unidas ONU, 1948.
10. **Naciones Unidas ONU.** Derechos Humanos. [En línea] <http://www.un.org/es/rights/>.
11. **Asamblea Naciones Unidas.** *Carta Internacional de Derechos Humanos*. Organizacion Naciones Unidas, ONU.
12. **Organizacion Naciones Unidas.** Resolucion General 48/96, Normas uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad. *Los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad*. [En línea] 04 de Marzo de 1994. <http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=498..>
13. **Wolrd Health Organization.** Observacion general N14, Comite de derechos economicos sociales culturales. *Nota descriptiva N323 Disfrute mas alto nivel posible de salud*. [En línea] Agosto de 2000. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/index.html>.
14. **Naciones Unidas ENABLE.** Paises y organizaciones con integracion regional. [En línea] <http://www.un.org/spanish/disabilities/countries.asp?id=578>.
15. **Senado y la Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso.** *Ley 24.658 de 19 de Junio de 1996, Apruébase el Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales - Protocolo de San Salvador*.

16. **El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso.***Ley 24.901, 05 de Noviembre de 1997, SISTEMA DE PRESTACIONES BASICAS EN HABILITACION Y REHABILITACION INTEGRAL A .*

17. **El Senado y Camara de Diputados de la Nacion Argentina reunidos en el Congreso.***Ley 23.661, de 29 de diciembre de 1988, Se crea el Sistema Nacional de seguro de salud.*

18. **El Senado y la Camara de Diputados de la Nacion Argentina, Reunidos en el congreso.***Ley 24.314, de 15 de Marzo de 1994, Creacion del sistema de proteccion integral a los discapacitados.*

19. **El Senado y Camara de Diputados de la Nacion Argentina reunidos en el Congreso.***Ley 25.280 de 06 Julio de 2000, Aprueba la Convencion Interamericana para la eliminacion de todas formas de discriminacion contra las personas con discapacidad.*

20. **La legislatura de la Ciudad Autonoma de Buenos Aires.***Ley 153, de 25 de febrero de 1999, Aprueba la Ley basica de salud para la ciudad de Buenos Aires.*

21. **Direccion de calidad de los servicios de salud del Ministerio de Salud.***Resolucion 1328, de 01 de septiembre de 2006, Modificacion del marco basico de organizacion y funcionamiento de prestaciones y establecimientos de atencion a personas con discapacidad.*

22. *The definition of quality and approaches to its assessment . Donaveedian, Avedis. [ed.] University Michigan. Michigan : Ana Arbor, 1980, Heald administration press, Vol. Vol 1.*

23. *Quality: Terms and definition. International Organizatation For Standarization. (ISO). 1989.*

24. **Net., Àlvar.***La calidad de la atencion. Fundacion Avedis Donavedian.*

25. *.The definition of quality and approaches to its assessment. Avedis, Donabedian. [ed.] Ann Arbor. Michigan : s.n., 1980, Health Administration Press, Vol. Vol I.*

26. **Organizacion panamericana de la salud.** Politica y estrategia regional para la garantia de la calidad de la atencion sanitaria, incluyendo la seguridad del paciente. *27.a Conferencia Sanitaria Panamericana . [En línea] 2007. <http://www.paho.org/spanish/gov/csp/csp27-16-s.pdf>.*

27. **Ministerio de sanidad y consumo de Cataluña España.** Indicadores de proceso y resultado y evaluación de la práctica asistencial oncológica. . *Informe de evaluación de tecnologías sanitarias, Ministerio de Sanidad y Consumo, Cataluña España.* . [En línea] Febrero de 2006.
<http://www.sergas.es/Docs/Avalia-t/AATRM200602.pd>. AATRM Núm.2006/02.
28. **Paganini, Jose Maria.***Las estrategias para la calidad y eficiencia en salud.* Facultad de ciencias medicas, Centro interdisciplinario universitario para la salud, Universidad Nacional de la Plata.
29. **Instituto Nacional de Salud Madrid.***Introduccion al concepto y dimensiones de la calidad asistencial: Como empezar.* Madrid : s.n., 1992.
30. **H., Palmer.***Ambulatory Health Care Evaluation.* s.l. : Am Hosp Publish, 1983.
31. **Avedis, Donabedian.***Criteria, norms, and standards or quality.* s.l. : Am, J Public Health, 1981. pág. 71:409.
32. **Donabedian A.:** una antología.: **OPS/OMS, 1992:382-404.***Evaluación de la calidad de la atención médica en: Investigaciones sobre servicios de salud: Una Antologia.* OPS/OMS. washington, DC : s.n., 1992. págs. 382-404.
33. **Williams, Guillermo L.** Calidad de los servicios de salud. *Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.* [En línea] 2010.
http://med.unne.edu.ar/catedras/aps/clases/28_calidad.pdf.
34. *Evaluating the quality of care.* **Donabedian, A.** N 2, s.l. : Milkbank Memorial Foundation, 1968, Vol. Vol 44.
35. **Antonio, Floreal Ferrara.** Teoria Social y Salud. s.l. : Catalogos editora, 1985, págs. P 41-181.
36. **caso, Linares Santiago.** . **El.**“Análisis de la Accesibilidad Diferencial a equipamientos Colectivos mediante SIG. Mendoza, Argentina : s.n., 2008. En X Jornadas Cuyanas de Geografía.
37. **II Encuesta de salud para Asturias 2008. Consejería de salud y servicios sanitarios.** Asturias, España : s.n., 2008. Informe preliminar.
38. **Accesibilidad geografica a los sistemas de salud y educacion. Analisis espacial de las localidades de Necochea y Quequen.** [En línea] Revista de transporte y territorio N2, 2010.
<http://www.rtt.filo.uba.ar/RTT00208136.pdf>. ISSN 1852-7175.

39. Comes, Yamila et al. El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. [En línea] Enero-Diciembre de 2007. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862007000100019. versión ISSN 1851-1686.
40. Naciones Unidas. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General 14, El Derecho al Disfrute del Más Alto Nivel Posible de Salud. *Salud reproductiva y derechos humanos. Integración de la medicina, la ética y el derecho*, Oxford. [En línea] 11 de Agosto de 2000. http://cidh.org/women/SaludMaterna10Sp/SaludMaternaCap2.sp.htm#_ftn11.
41. Servicio nacional de rehabilitación SNR, Ministerio de Salud, Ministerio de Turismo, . *Directrices de accesibilidad en servicios turísticos y guía de evaluación*. Presidencia de la Nación. Buenos Aires, Argentina : s.n., 2010.
42. Echeverry, Diego Mauricio. *Arquitectura sin barreras, Accesibilidad Arquitectónica*. Universidad Nacional de Colombia, Sede Medellín . Medellín, Colombia : s.n., 2011.
43. al., Paola Vernaza et. *Problemas de accesibilidad derivados de las presencias de barreras arquitectónicas*. Hospital Universitario San Jose de Popayan, Universidad del Cauca. Popayan, Colombia : s.n., 2005.
44. Organización Internacional para la estandarización (ISO). Norma ISO/TC 59. *Guía de diseño de las " Necesidades de personas con discapacidad en edificaciones"*. [En línea] <http://www.iso.org/iso/home>.
45. *Seguridad clínica percibida por los pacientes en diálisis peritoneal en la unidad de diálisis de la Fundación Hospital Alcorcón*. al., Encarnación Hernández et. Madrid, España : s.n., Noviembre de 2008, Rev Sociedad Española Enfermería Nefrológica 2008; , pág. 190:195.
46. Ministerio de Sanidad y Consumo España. Estrategia en seguridad del paciente,. *Recomendaciones del Taller de Expertos celebrado el 8 y 9 de febrero de 2005*. [En línea] Febrero de 2005. http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp1.pdf.
47. Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente. The Joint Commission. *Organización Mundial de Salud OMS*. [En línea] Mayo de 2007.

<http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PatientSolutionsSPANISH.pdf>.

48. Organización Panamericana de la Salud. Calidad en la Atención y Seguridad del Paciente. [En línea] Septiembre de 2011.

http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=3412&Itemid=1557.

49. Aibar, Carlos. La percepción del riesgo: del paciente informado al paciente consecuente. *La percepción médica*. [En línea] Humanidades medicas, 2005. <http://www.fundacionmhm.org/pdf/Mono8/Articulos/>.

50. World Health Organization. Marco conceptual de la clasificación internacional para la seguridad del paciente versión 1.1. [En línea] Enero de 2009.

http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf.

51. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, et al. *Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: Results of the Harvard Medical Practice Study I*. s.l. : N Engl J Med, 1991. págs. P: 324:370–376.

52. Wilson R, Harrison B, Gibberd R, Hamilton J. et al. *An analysis of the causes of adverse events from the Quality in Australian Health Care*. s.l. : Med J Aust, 1999. págs. P:170:411-415.

53. Thomas EJ, Brennan TA. *Errors and adverse events in medicine: An overview*. In: Vincent C. Clinical Risk Management: Enhancing Patient Safety. London : BMJ Publishing, 2001. págs. PP. 31–43. .

54. Ministerio de la protección social, Presidencia de la República de Colombia. *Decreto 1011 de 3 de abril de 2006, por el cual se establece el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud del sistema general de seguridad social en salud*.

55. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. *Recomendaciones para mejorar la práctica de la medicina*. Mexico : s.n., 2001.

56. Gas, Hector Aguirre. La ética y la calidad de la atención médica. *Academia Mexicana de cirugía*. [En línea] Vol 70, Enero-Marzo de 2002. <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2002/cc021j.pdf>. Version 1.

57. Zeithaml V, Parasuraman A, Berry L. *Calidad total en la gestión de servicios*. Madrid, España : Díaz de Santos, 1993.

58. R., Fitzpatrick. *Surveys of patient satisfaction*. s.l. : Br Med J, 1991. págs. 887-889.
59. —. *Satisfaction with health care*. London : Tavistock, 1984. págs. 154-175.
60. *Can patients evaluate the quality of hospital care?* HR., Rubin. 1990, Med Care, Vol. Vol 47, págs. 267-326.
61. SERRANO-DEL ROSAL, Rafael y LORIENTE-ARIN, Nuria. La anatomía de la satisfacción del paciente. [En línea] Abril de 2008. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342008000200010&l.
62. .Chang de la Rosa M, Alemán Lage MC, Cañizares Pérez M, Ibarra AM. Satisfacción de los pacientes con la atención médica. *Rev Cubana Med Gen Integr* . [En línea] 1999. http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15_5_99/mgi09599.htm . 15(5):541-7 .
63. Gómez Juanola Manolo, Pérez Carvajal Alexis, Moya Rodríguez Mayra, Reyes Llanes Mabel. Satisfacción de los adultos mayores con los servicios de salud en el nivel primario. *Rev Cubana Med Gen Intergr*. [En línea] Junio de 2004. http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol20_3_04/mgi0.
64. Corbella A, Saturno P. *La garantía de la calidad en atención primaria de salud Madrid*. Secretaria General, Instituto nacional de salud. 1990.
65. *Sistema ISO 9000 o evaluación de la calidad de la atención médica*. Aguirre-Gas, Héctor Gerardo. Marzo-Abril de 2008, Rev Mexicana Medigraphic, Vol. Vol 76, págs. P187-196.
66. E., Mayo. *The humans problems of industrial civilization*. [ed.] 3ra. ed. New York : Mac Millan, , 1953. pág. P 36:39.
67. J, Matlin W Foley. *Sensacion y percepcion*. Mexico D.F. : Prentice Hill, 1996. pág. P 550:554.
68. R., Feldman. *Psicologia*. Mexico D.F : Mc Graw Hill, 1999. pág. P 640:646.
69. *Evaluacion de la calidad de la atencion medica. expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las unidades medicas*. Gas, Hector Aguirre. Mexico D.F. : s.n., 1990, Revista Salud Publica de Mexico, Vol. Vol 32 (2), pág. P 170:180. ISSN 0036-3634.

70. *Los metodos de participacion del usuario en la evaluacion y mejora de la calidad de los servicios sanitarios.* Saturno, Pedro J. Madrid, España : s.n., Marzo-Abril de 1995, Revista Española de salud publica, Vol. Vol 2, pág. PP 163:175.

71. *Involving consumers in quiality or care assessment health aff.* Ar, Davies. s.l. : Spring, 1989, págs. PP 33-48.

72. *Patient Contribution to the design and meaning of patient satisfaction for quality assurance purposes: the psychiatric case.* M., Elbeck. 1992, Rev Health Care Manage, Vol. Vol 95, pág. PP 17:19.

73. Organizacion Mundial de la Salud, Organizacion Panamericana de la Salud. *Clasificación Internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud CIF.* s.l. : Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO)., 2001. pág. 251. ISBN 92 4 154544 5.

74. Servicio Nacional de Rehabilitacion SNR. Ministerio de la Salud de la Nacion, Republica Argentina. *Legislacion, certificado unico de discapacidad.* [En línea] <http://www.snr.gov.ar/publicacion.php?id=47>.

75. Martínez, A. *Accesibilidad en el medio físico para personas con ceguera o deficiencia visual. Documento Técnico.* Organización Nacional de ciegos españoles. Madrid España., 1994.

11. ANEXOS

11.1 ANEXO Instrumento de Evaluación Percepción de La Calidad en la Atención Médica con Personas con Discapacidad Físico Motora

Hoja A INSTRUMENTO DE EVALUACION

Página de Preguntas (plastificada)

PERCEPCION DE LA CALIDAD EN LA ATENCION MÉDICA EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD FISICO MOTORA

Se realizara una breve explicación acerca del objetivo del presente estudio y la aceptación en la participación con la encuesta realizada. Una vez el participante comprenda el desarrollo del mismo, inicie preguntándole y marque las respuestas en la hoja B:

1. Fecha y hora global de la encuesta 2. Servicio Utilizado 3. Fecha de Utilización 4. Sexo
5. Edad del usuario 6. Nivel de Educación 7. Ocupación 8. Tipo de prestador

Dígale al encuestado: " para cada pregunta seleccione solo una respuesta"

9. El desplazamiento desde su casa hasta el sitio de atención le pareció:

a) Bastante Cerca b) Muy Cerca c) Un poco Lejos d) Muy lejos e) Ns/Nr

10. El tiempo que gasto en el desplazamiento desde su casa al sitio de atención le pareció:

a) Muy largo b) Largo c) Corto d) Muy corto e) Ns/Nr

11. El trámite que realizo para solicitar la cita o para ser atendido(a) le pareció:

a) Muy complicado b) Complicado c) Sencillo d) Muy sencillo e) Ns/Nr

12. Si tubo que pagar algo para ser atendido(a) este pago le pareció: (si no tubo que pagar pase a la 13).

a) Muy costoso b) Costoso c) Económico d) Muy económico e) Ns/Nr

13. El ingreso, movilización, y desplazamiento dentro de la institución para recibir su atención médica le pareció:

a) Muy complicado b) Complicado c) Sencillo d) Muy sencillo e) Ns/Nr

14. El aseo de la institución le pareció:

a) Muy malo b) Malo c) Bueno d) Muy Bueno e) Ns/Nr

15. La planta física o sea el edificio de la institución le pareció:

a) Muy descuidado b) Descuidado c) Cuidado d) Muy cuidado e) Ns/Nr

16. El mobiliario en la sala de espera, tales como la silletería, las camas y camillas, si las vio o las uso le pareció:

a) Muy incomodado b) Incomodas c) Cómodas d) Muy cómodas e) Ns/Nr

17. Durante la atención medica usted cree que se respeto su privacidad?

a) sí b) no c) Ns/Nr

18. Considera usted que durante la consulta medica se le realizo un examen clínico completo?

a) sí b) no c) Ns/Nr

19. La orientación que recibió en la institución para efectuar cuidados de salud en casa le pareció:

a) Muy insuficiente b) Insuficiente c) Suficiente d) Muy suficiente e) Ns/Nr

20. Cree usted que el medico tratante entendió el motivo de su consulta?

a) sí b) no c) Ns/Nr

21. El tiempo de asignación de cita al momento de solicitarla le pareció?

a) Adecuado b) No Adecuado c) Ns/Nr

22. El tiempo que tuvo que esperar desde que llego hasta su atención le pareció?

a) Muy largo b) Largo c) Corto d) Muy corto e) Ns/Nr

23. Cree usted que la solución al motivo de su consulta fue:

a) Muy mala b) Mala c) Buena d) Muy Buena e) Ns/Nr

24. Después de la atención recibida en la institución usted se siente:

a) Muy insatisfecho b) Insatisfecho c) Satisfecho d) Muy Satisfecho e) Ns/Nr

25. Volvería a utilizar los servicios en la misma institución?

a) Sí b) No c) Ns/Nr

PREGUNTAS APRILP

26. Como llego a la Institución

- a) Por derivación de otro profesional b) Por derivación boca a boca c) Por derivación de la escuela d) N/s N/r

27. Como se siente usted con respecto a la calidad de tratamiento por parte de los profesionales de las distintas áreas en APRILP.

- a) Muy insatisfecho b) Insatisfecho c) Satisfecho d) Muy Satisfecho e) Ns/Nr

28. Como percibe la calidad humana del equipo de atención?

- a) Muy malo b) Malo c) Bueno d) Muy Bueno e) Ns/Nr

29. Usted se siente cómodo como paciente y persona en APRILP?

- a) Sí b) No c) Ns/Nr

30. Que sugerencias tiene para mejorar los servicios que brinda la Fundación Aprilp?

VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	DEFINICION	NIVEL DE MEDICION	ESCALA DE MEDICION
2.Servicio Utilizado	Cualitativo	Servicio electivo en el cual fue atendido.	Nominal	a. Consulta con medico generalista. b. Consulta con medico especialista
4. Sexo	Cualitativa	Variable biológica y genética que divide a los seres humanos.	Nominal	a. Masculino b. Femenino
6.Nivel Educativo	Cualitativa	Nivel de formación educativo recibido hasta el momento.	Nominal	a. Primario b. EGB c. Secundario d. Polimodal e. Superior No Universitario f. Universitario g. Post Universitario
8.Tipo de Prestador	Cualitativa	Clasificación de la institución donde recibió la atención medica.	Nominal	a. Publico b. Privado

11.2 Hoja de Respuestas

HOJA DE RESPUESTA

1. Día: ___ Mes: ___ Año: ___ Hora: ___		
2. _____		
3. Día: ___ Mes: ___ Año: ___		
4. M ___ F ___		
5. _____		
6. _____		
7. _____		
8. _____		
9. _____	10. _____	11. _____
12. _____	13. _____	14. _____
15. _____	16. _____	17. _____
18. _____	19. _____	20. _____
21. _____	22. _____	23. _____
24. _____	25. _____	
26. _____	27. _____	28. _____
29. _____		
30. _____		

1. Día: ___ Mes: ___ Año: ___ Hora: ___		
2. _____		
3. Día: ___ Mes: ___ Año: ___		
4. M ___ F ___		
5. _____		
6. _____		
7. _____		
8. _____		
9. _____	10. _____	11. _____
12. _____	13. _____	14. _____
15. _____	16. _____	17. _____
18. _____	19. _____	20. _____
21. _____	22. _____	23. _____
24. _____	25. _____	
26. _____	27. _____	28. _____
29. _____		
30. _____		

1. Día: ___ Mes: ___ Año: ___ Hora: ___		
2. _____		
3. Día: ___ Mes: ___ Año: ___		
4. M ___ F ___		
5. _____		
6. _____		
7. _____		
8. _____		
9. _____	10. _____	11. _____
12. _____	13. _____	14. _____
15. _____	16. _____	17. _____
18. _____	19. _____	20. _____
21. _____	22. _____	23. _____
24. _____	25. _____	
26. _____	27. _____	28. _____
29. _____		
30. _____		

1. Día: ___ Mes: ___ Año: ___ Hora: ___		
2. _____		
3. Día: ___ Mes: ___ Año: ___		
4. M ___ F ___		
5. _____		
6. _____		
7. _____		
8. _____		
9. _____	10. _____	11. _____
12. _____	13. _____	14. _____
15. _____	16. _____	17. _____
18. _____	19. _____	20. _____
21. _____	22. _____	23. _____
24. _____	25. _____	
26. _____	27. _____	28. _____
29. _____		
30. _____		

1. Día: ___ Mes: ___ Año: ___ Hora: ___		
2. _____		
3. Día: ___ Mes: ___ Año: ___		
4. M ___ F ___		
5. _____		
6. _____		
7. _____		
8. _____		
9. _____	10. _____	11. _____
12. _____	13. _____	14. _____
15. _____	16. _____	17. _____
18. _____	19. _____	20. _____
21. _____	22. _____	23. _____
24. _____	25. _____	
26. _____	27. _____	28. _____
29. _____		
30. _____		

1. Día: ___ Mes: ___ Año: ___ Hora: ___		
2. _____		
3. Día: ___ Mes: ___ Año: ___		
4. M ___ F ___		
5. _____		
6. _____		
7. _____		
8. _____		
9. _____	10. _____	11. _____
12. _____	13. _____	14. _____
15. _____	16. _____	17. _____
18. _____	19. _____	20. _____
21. _____	22. _____	23. _____
24. _____	25. _____	
26. _____	27. _____	28. _____
29. _____		
30. _____		

11.3 Matriz de datos

Numero de Encuestas	2	3	4	5	6	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
1	GINECOLOGIA	SEPTIEMBRE	F	40	C	B	C	B	D	-	C	C	C	C	B	B	C	A	A	B	B	C	A
2	ENDOCRINOLOGIA	AGOSTO	F	23	C	B	D	A	D	-	C	B	A	B	B	C	C	A	B	B	B	C	B
3	ORTOPEDIA	SEPTIEMBRE	F	46	C	B	D	A	C	-	C	C	B	B	B	A	C	A	A	C	A	C	B
4	CLINICA MEDICA	SEPTIEMBRE	M	60	A	A	D	D	C	-	B	B	C	B	B	B	C	A	A	C	A	B	B
5	FISIATRIA	OCTUBRE	M	70	C	B	B	B	C	-	C	C	C	B	A	A	B	A	B	C	A	B	B
6	CLINICA MEDICA	OCTUBRE	F	22	C	A	D	B	C	-	C	B	B	B	A	A	D	A	A	A	B	C	A
7	REUMATOLOGIA	OCTUBRE	F	63	C	A	D	C	A	-	C	B	A	C	A	A	C	A	A	A	A	B	B
8	ORTOPEDIA	OCTUBRE	F	18	E	B	B	A	C	C	A	B	B	B	B	B	C	A	A	C	A	B	B
9	ONCOLOGIA	SEPTIEMBRE	F	67	C	B	B	C	C	-	C	D	D	C	B	B	B	A	A	C	A	C	B
10	NEUROLOGIA	SEPTIEMBRE	F	52	C	A	C	B	C	-	B	C	B	B	B	B	C	A	A	A	A	B	B
11	TRAUMATOLOGIA	SEPTIEMBRE	F	45	F	B	C	B	C	C	C	C	B	B	B	B	C	A	A	C	A	B	B
12	ORTOPEDIA	SEPTIEMBRE	M	32	A	A	B	C	C	-	C	B	D	C	A	A	C	A	B	C	A	A	B
13	NEUROLOGIA	OCTUBRE	M	27	C	A	D	B	B	C	C	C	B	B	B	B	C	A	A	C	A	B	B
14	GINECOLOGIA	OCTUBRE	F	48	A	A	A	C	C	-	C	C	B	B	B	B	C	A	A	A	B	D	A
15	ORTOPEDIA	SEPTIEMBRE	M	52	A	A	C	C	C	-	C	B	B	D	A	B	C	A	A	C	A	D	A
16	OTORRINOLARINGOLOGIA	SEPTIEMBRE	M	70	C	A	C	B	C	-	B	C	B	B	B	B	C	A	A	B	B	C	A
17	ORTOPEDIA	OCTUBRE	M	53	A	A	C	B	B	B	B	C	C	C	A	A	C	A	A	C	A	B	B
18	NEUROLOGIA	SEPTIEMBRE	M	30	B	A	D	B	A	-	B	C	B	B	B	B	C	A	B	A	A	C	A
19	CLINICA MEDICA	AGOSTO	F	33	B	A	D	C	C	-	C	B	C	C	B	B	C	A	A	B	A	C	A
20	NEUROLOGIA	SEPTIEMBRE	M	29	A	A	D	B	C	C	B	C	B	B	B	A	C	A	B	B	A	B	B
21	FISIATRIA	SEPTIEMBRE	M	28	C	A	A	C	C	-	B	C	B	D	A	A	C	A	A	C	A	C	A
22	ORTOPEDIA	SEPTIEMBRE	F	42	F	A	D	D	C	D	D	D	C	C	A	A	C	A	A	C	A	B	B

23	ORTOPEDIA	AGOSTO	F	34	C	A	D	A	A	B	B	B	A	B	B	B	B	A	A	B	A	B	B
24	PSIQUIATRIA	OCTUBRE	F	51	C	A	B	C	C	-	B	C	B	B	B	B	C	A	A	D	A	B	B
25	CLINICA MEDICA	SEPTIEMBRE	M	46	C	A	C	B	A	-	B	C	C	C	A	A	C	A	B	B	A	B	B
26	CLINICA MEDICA	SEPTIEMBRE	F	27	C	A	C	B	B	-	B	B	B	B	B	B	B	A	B	B	A	C	A
27	TRAUMATOLOGIA	SEPTIEMBRE	M	33	C	B	D	B	B	-	B	B	C	B	B	A	B	A	A	C	A	B	B
28	GINECOLOGIA	SEPTIEMBRE	F	41	E	A	A	A	B	-	B	B	B	B	A	A	A	A	A	A	A	D	A
29	ORTOPEDIA	SEPTIEMBRE	M	29	C	A	A	D	B	-	B	C	B	B	B	A	C	C	A	A	B	C	B
30	TRAUMATOLOGIA	OCTUBRE	F	51	C	B	D	B	C	C	B	C	B	B	B	A	C	A	A	C	A	C	A
31	TRAUMATOLOGIA	SEPTIEMBRE	F	64	C	A	C	B	C	-	B	D	C	C	A	A	C	A	B	B	A	C	B
32	ORTOPEDIA	SEPTIEMBRE	F	65	E	A	D	B	A	-	B	B	B	B	B	B	B	A	A	B	A	C	B
33	TRAUMATOLOGIA	SEPTIEMBRE	M	37	C	A	D	A	A	-	A	B	B	B	B	B	B	A	B	A	B	C	B
34	ORTOPEDIA	SEPTIEMBRE	M	65	C	B	B	C	C	-	B	C	B	B	B	B	C	A	B	C	A	A	B
35	ORTOPEDIA	SEPTIEMBRE	F	27	C	A	D	D	C	-	C	D	C	D	A	B	C	A	A	C	A	C	A
36	TRAUMATOLOGIA	SEPTIEMBRE	M	47	C	A	D	D	A	-	B	B	A	C	A	A	C	A	A	C	A	C	A
37	ORTOPEDIA	SEPTIEMBRE	F	38	A	B	D	C	C	-	C	C	B	B	B	A	A	A	A	C	A	C	A
38	OFTALMOLOGIA	SEPTIEMBRE	F	52	A	A	C	B	D	-	B	B	B	B	B	B	C	A	A	B	A	C	A
39	FISIATRIA	SEPTIEMBRE	F	22	B	A	B	C	B	-	B	C	C	D	B	B	C	A	A	C	A	C	A
40	ORTOPEDIA	SEPTIEMBRE	F	50	C	A	C	C	C	-	B	D	C	C	A	A	C	A	A	C	A	C	A
41	GINECOLOGIA	AGOSTO	F	36	C	B	A	B	C	-	C	D	D	C	B	B	C	A	A	C	A	D	A
42	TRAUMATOLOGIA	SEPTIEMBRE	M	27	A	A	B	B	C	-	B	C	B	B	B	B	B	A	A	B	A	C	A
43	FISIATRIA	SEPTIEMBRE	M	44	A	A	D	B	C	-	C	D	D	D	A	A	C	A	A	C	A	D	A
44	NEUROLOGIA	AGOSTO	M	57	A	A	A	C	C	-	B	B	B	B	B	B	C	A	A	C	A	C	A
45	CARDIOLOGIA	SEPTIEMBRE	M	43	A	A	D	A	C	-	B	B	D	C	A	A	C	A	A	D	B	C	B
46	CARDIOLOGIA	OCTUBRE	F	67	B	B	A	C	C	-	C	C	C	B	A	A	C	A	A	D	A	D	A
47	NEUROLOGIA	AGOSTO	F	57	A	A	D	A	C	-	B	C	C	C	B	B	C	A	A	C	A	C	A

48	FISIATRIA	SEPTIEMBRE	M	30	A	A	C	B	C	C	B	B	D	C	B	B	C	A	A	C	A	C	A
49	FISIATRIA	AGOSTO	F	30	A	A	C	B	C	C	B	C	B	B	A	A	C	A	A	B	A	C	A
50	FISIATRIA	AGOSTO	M	54	B	A	D	A	C	-	B	C	C	C	A	A	C	A	A	C	A	C	A
51	CLINICA MEDICA	AGOSTO	F	69	B	b	A	B	A	0	C	D	C	C	A	A	C	A	A	B	A	C	A
52	FISIATRIA	AGOSTO	F	65	B	A	C	B	C	B	B	C	D	D	B	B	D	A	A	B	A	D	A
53	NEUROLOGIA	AGOSTO	F	70	A	A	B	C	C	-	B	C	D	C	B	B	C	A	B	C	A	A	B
54	NEUROLOGIA	SEPTIEMBRE	M	18	A	A	A	C	C	-	C	C	C	A	A	B	A	B	B	B	A	C	A
55	FISIATRIA	OCTUBRE	M	50	A	A	D	A	B	C	B	C	C	C	A	A	C	A	A	B	A	C	A
56	ORTOPEDIA	SEPTIEMBRE	M	63	B	A	B	C	C	C	B	C	D	C	A	A	D	A	A	C	A	C	A
57	TRAUMATOLOGIA	OCTUBRE	F	55	A	B	A	A	C	C	C	C	D	D	B	B	D	A	A	D	A	D	A
58	NEUROLOGIA	OCTUBRE	M	67	A	A	B	C	C	-	D	C	C	C	A	A	C	A	A	C	A	C	A
59	NEUROLOGIA	OCTUBRE	F	18	A	A	C	B	C	D	B	B	B	B	A	A	C	A	A	C	A	B	B
60	FISIATRIA	OCTUBRE	M	24	A	A	B	C	C	-	B	C	C	C	A	A	D	A	A	C	A	D	A
61	ORTOPEDIA	OCTUBRE	M	66	B	A	D	A	C	-	B	D	D	D	B	A	D	A	A	C	A	D	A
62	ORTOPEDIA	OCTUBRE	F	65	C	B	C	B	B	C	B	B	C	B	B	B	C	A	B	C	A	B	B
63	CLINICA MEDICA	OCTUBRE	M	50	A	A	A	D	C	-	D	C	C	C	A	A	C	A	B	B	A	C	A
64	NEUROLOGIA	OCTUBRE	F	67	A	A	D	A	D	C	C	C	C	C	A	B	C	A	B	B	A	B	B
65	TRAUMATOLOGIA	OCTUBRE	M	77	A	A	A	D	C	-	B	D	B	B	A	A	C	A	A	C	A	B	B
66	FISIATRIA	SEPTIEMBRE	M	65	A	A	D	A	B	C	B	B	C	B	B	A	D	A	A	C	A	D	A
67	NEUROLOGIA	OCTUBRE	F	52	A	A	B	A	C	-	B	B	C	C	A	B	C	A	A	B	A	B	B
68	NEUROLOGIA	OCTUBRE	F	34	A	A	A	B	B	-	C	D	D	C	B	B	D	A	A	C	A	D	A
69	FISIATRIA	OCTUBRE	M	50	A	A	D	A	D	-	B	C	D	C	A	A	D	A	A	C	A	B	B
70	FISIATRIA	SEPTIEMBRE	F	39	A	A	D	B	B	A	B	B	B	B	B	B	C	A	B	C	A	C	A
71	NEUROLOGIA	SEPTIEMBRE	F	60	A	A	D	C	C	-	B	D	C	D	A	B	C	A	A	B	A	D	A
72	NEUROLOGIA	OCTUBRE	M	70	A	A	A	C	C	B	B	C	B	B	B	B	C	A	A	D	A	B	B
73	FISIATRIA	SEPTIEMBRE	F	25	B	A	D	C	C	-	B	C	C	B	B	B	C	A	B	A	A	B	B

74	CLINICA MEDICA	SEPTIEMBRE	F	22	C	A	B	C	B	-	B	C	D	B	B	B	C	A	A	B	B	C	A
75	ORTOPEDIA	SEPTIEMBRE	M	51	C	A	A	D	C	-	C	D	C	B	B	B	B	A	B	C	A	B	B
76	ORTOPEDIA	SEPTIEMBRE	F	48	A	A	B	B	C	-	B	D	C	C	B	B	C	A	A	D	A	B	B
77	TRAUMATOLOGIA	OCTUBRE	M	22	B	A	B	A	B	-	B	B	B	B	A	B	B	A	A	C	B	C	A
78	TRAUMATOLOGIA	OCTUBRE	M	32	B	A	B	A	B	-	B	B	B	B	B	B	B	A	A	C	B	C	A
79	TRAUMATOLOGIA	SEPTIEMBRE	M	64	C	A	C	B	C	-	C	D	B	B	A	B	C	A	B	B	A	B	B
80	ORTOPEDIA	OCTUBRE	F	46	E	A	D	B	A	-	B	B	B	C	B	B	B	A	A	B	A	B	B
81	CARDIOLOGIA	OCTUBRE	M	29	C	B	D	B	B	-	D	D	C	D	B	B	B	A	A	C	A	B	B
82	TRAUMATOLOGIA	OCTUBRE	M	38	C	A	C	B	C	-	D	D	B	A	B	B	C	A	B	B	A	B	B
83	DERMATOLOGIA	OCTUBRE	M	27	C	B	B	A	C	-	B	B	B	B	B	B	C	A	B	C	A	B	B
84	CLINICA MEDICA	SEPTIEMBRE	F	33	C	A	A	B	A	-	D	C	D	C	B	B	B	B	B	B	B	C	B
85	ORTOPEDIA	OCTUBRE	F	40	C	A	D	B	A	-	B	C	B	C	A	B	D	A	B	B	B	B	B
86	DERMATOLOGIA	OCTUBRE	M	27	E	A	D	B	A	-	B	B	B	C	B	B	B	A	A	B	A	C	B
87	ODONTOLOGIA	OCTUBRE	f	22	C	A	D	D	C	-	B	D	C	D	A	A	C	A	A	C	A	B	B
88	TRAUMATOLOGIA	OCTUBRE	F	57	B	B	A	B	C	-	B	B	B	B	B	A	C	A	A	D	A	D	A
89	ORTOPEDIA	OCTUBRE	M	42	A	A	C	B	C	-	B	D	D	D	A	B	C	A	A	C	A	D	A
90	FISIATRIA	OCTUBRE	M	30	A	A	C	B	C	C	B	C	D	C	A	B	C	A	A	C	A	B	B
91	TRAUMATOLOGIA	OCTUBRE	M	36	A	B	B	A	D	-	D	D	D	D	A	A	D	A	A	C	A	D	A
92	ORTOPEDIA	SEPTIEMBRE	M	47	A	A	C	B	D	-	D	C	C	C	A	A	D	A	A	C	A	D	A
93	FISIATRIA	OCTUBRE	F	55	A	A	A	A	D	-	C	C	D	C	A	A	D	A	A	D	A	D	A
94	NEUROLOGIA	SEPTIEMBRE	F	25	B	A	B	D	B	-	C	D	C	C	A	A	C	A	B	C	A	B	B
95	TRAUMATOLOGIA	OCTUBRE	M	46	A	A	B	B	D	-	D	C	B	B	B	B	D	A	A	C	A	D	A
96	FISIATRIA	NOVIEMBRE	F	39	A	A	A	D	D	-	D	D	D	D	B	B	D	A	A	D	A	D	A
97	FISIATRIA	OCTUBRE	F	31	C	A	C	B	B	-	C	B	C	C	B	B	C	B	B	B	A	B	B
98	FISIATRIA	OCTUBRE	M	27	C	A	A	C	B	-	C	B	B	B	B	B	C	A	B	B	A	B	B

99	ORTOPEDIA	OCTUBRE	M	27	B	A	B	A	B	-	B	B	B	B	B	B	B	A	A	C	B	C	B
100	TRAUMATOLOGIA	OCTUBRE	F	46	F	A	D	B	B	-	B	B	C	A	B	B	B	A	B	B	B	C	B
101	NEUROLOGIA	OCTUBRE	M	31	F	B	B	B	B	-	B	B	B	B	B	B	B	A	A	C	B	C	A
102	TRAUMATOLOGIA	SEPTIEMBRE	F	29	A	A	B	B	C	-	B	B	B	B	B	B	B	A	A	B	A	B	B
103	ORTOPEDIA	SEPTIEMBRE	F	48	A	A	D	B	B	-	B	B	B	B	B	B	C	A	B	B	A	B	B
104	NEUROLOGIA	SEPTIEMBRE	M	32	C	A	D	A	A	-	A	B	B	A	B	B	B	B	A	B	B	C	B
105	CARDIOLOGIA	OCTUBRE	F	65	A	B	D	B	C	-	B	B	D	C	B	B	C	A	A	C	A	B	B
106	ORTOPEDIA	OCTUBRE	M	37	B	A	D	A	C	-	B	D	D	D	B	B	D	A	A	C	A	D	A
107	FISIATRIA	OCTUBRE	M	43	A	A	D	A	B	C	B	C	C	C	A	A	D	A	A	C	A	D	A
108	CARDIOLOGIA	OCTUBRE	F	29	A	A	D	A	B	C	B	C	B	B	A	A	D	A	A	C	A	D	A
109	FISIATRIA	OCTUBRE	F	34	A	A	D	B	C	C	B	D	C	C	B	B	C	A	A	B	A	D	A
110	ORTOPEDIA	SEPTIEMBRE	F	40	A	A	B	A	C	-	B	C	D	C	A	A	B	A	A	B	A	D	A