

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE POSTGRADO**



**“Calidad de la atención del servicio de fisioterapia, Centro Regional Salud
Valencia, San Salvador, 2023-2025”**

Para obtener el título de Doctor en Ciencias de la Salud

Autor:

MsC. Herbert Salomón Ramírez Reyes

Tutora:

Dr. C. Digna Edelsys Hernández Meléndrez

Ciudad universitaria “Dr. Fabio Castillo Figueroa”, El Salvador, Marzo, 2026.

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD

RECTOR

MSc. Juan Rosa Quintanilla

VICERRECTORA ACADÉMICA

Dra. Evelyn Beatriz Farfán

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

MSc. Roger Arias

SECRETARIO GENERAL

Lic. Pedro Rosalío Escobar Castaneda

AUTORIDADES DE LA FACULTAD

DECANO

Dr. Saúl Díaz Peña

VICEDECANO

Dr. C. Franklin Arnulfo Méndez Durán

SECRETARIO

Dr. C. Roberto Carlos Hernández Marroquín

DIRECTOR DE ESCUELA DE MEDICINA

Dr. Douglas Alfredo Velásquez Raimundo

DIRECTORA DE ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD

MSc. Mónica Raquel Ventura de Ramos

DIRECTOR DE ESCUELA DE POSTGRADO

Dr. Edwar Alexander Herrera Rodríguez

COORDINADORA DE LOS PROGRAMAS DE MAESTRÍAS

Dra. Blanca Aracely Martínez

COORDINADORA DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

Dra. Claudia Margarita de Blanco

DEDICATORIA

A mi familia, por ser el pilar más firme de mi vida, por su amor incondicional y por enseñarme que los sueños se alcanzan con esfuerzo, fe y perseverancia. A mi mamá, que con su ejemplo me mostró el valor del trabajo honesto y la importancia de nunca rendirse, incluso cuando el camino parece largo.

Y de manera muy especial, a mi futura esposa Jacky, compañera de mis días y refugio de mi alma, por su amor infinito, su comprensión y su apoyo inquebrantable en cada etapa de este recorrido. Gracias por creer en mí cuando más lo necesitaba, por ser mi motivación constante y por caminar a mi lado con paciencia, ternura y esperanza. Este logro también es tuyo, porque cada página de este trabajo guarda un pedacito del amor que compartimos.

A la Universidad de El Salvador, por brindarme la oportunidad de continuar mi desarrollo profesional y académico, y por ser el espacio donde pude fortalecer mi compromiso con la salud y la fisioterapia.

A los profesores cubanos, por su entrega, conocimientos y por compartir con nosotros una formación integral, humanista y rigurosa, que ha marcado de manera significativa mi crecimiento profesional.

A mi asesora Dra. C. Digna Edelsys Hernández Meléndrez, por su paciencia, dedicación y valiosas orientaciones durante todo el proceso de elaboración de este trabajo; su guía constante fue fundamental para alcanzar este resultado.

Extiendo también mi gratitud a mis compañeros y colegas, quienes con su apoyo, colaboración y espíritu solidario contribuyeron a hacer de esta experiencia un aprendizaje colectivo y enriquecedor.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	9
Antecedentes	10
Justificación	14
Pregunta de investigación.....	15
Objetivos.....	16
CAPÍTULO I. FUNDAMENTACIÓN TEORICA DE LA INVESTIGACIÓN.....	18
I.1. Modelos teórico metodológicos sobre la calidad de la atención en salud	18
I.1.a. Modelo de García Ortiz	18
I.1.b. Modelo de Obispo junior	19
I.1.c. Modelo de Avedis Donabedian.....	20
I.1.d. Modelo de Cambio de Kurt Lewin (1951)	22
I.1.e. Modelo de las 8 Etapas del Cambio de John Kotter (1996).....	22
I.1. f. Modelo de Helfat et al	24
Consideraciones finales del capitulo	24
CAPITULO II. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	25
II. 1. Tipo de investigación	25
II.2. Caracterización del Centro	26
II. 3. Población	26
II.4. Algoritmo de la metodología IAP para el desarrollo del estudio.....	26
II. 5. Métodos de recolección de la información	27
II.5.a. Análisis Documental	27
II.5.b. Observación participante	28
II.5.c. Entrevista semi estructurada	28
II.5.d. Entrevista en profundidad	29
II.6. Proceso de Triangulación de datos	29
II.7. Análisis de la información.....	30
II.8. Procedimientos	31
II.9. Proceso de validación	31
II.10. Consideraciones Éticas.....	33
CAPITULO III. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	35
III.1. Objetivo 1. Evaluar la calidad de atención del servicio de fisioterapia	35
III.1.a. Análisis documental	35
III.1.b. Observación participante	35

III.1.c. Entrevista semi estructurada a fisioterapeutas	36
1. Estructura	40
2. Proceso.....	41
3. Resultado.....	41
RECOMENDACIONES RELACIONADAS CON LA ESTRUCTURA, CON EL PROCESO Y CON EL RESULTADO.....	42
I. Análisis por categorías temáticas.....	43
1. Dimensión Estructura.....	45
2. Dimensión Proceso.....	46
3. Dimensión Resultado.....	47
Objetivo 2. Diseñar un plan de acciones para el mejoramiento de la calidad de atención.....	49
MANUAL DE PROCESOS PARA EL ÁREA DE FISIOTERAPIA CENTRO REGIONAL DE SALUD VALENCIA, FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR	50
Objetivo 3. Validar la estrategia.....	61
Fase 1.....	61
Fase 2.....	61
Fase 3.....	61
CONCLUSIONES	63
RECOMENDACIONES	64
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Hallazgos y vínculo	41
Tabla 2: Hallazgos y vínculo	41
Tabla 3: Hallazgos y vínculo	42
Tabla 4: Hallazgos	49
Tabla 5: Usuario	52
Tabla 6: Fisioterapeuta	53
Tabla 7: Documentos y formatos utilizados.....	53
Tabla 8: Validación de la Propuesta de manual de procesos para la valoración y pertinencia de los procesos.....	55
Tabla 9: Validación de la Propuesta de manual de procesos para la valoración y pertinencia de los procesos.....	57

SÍNTESIS

La investigación tuvo como objetivo desarrollar un plan de acciones para el mejoramiento de la calidad de la atención del servicio de fisioterapia en el Centro Regional de Salud Valencia en el periodo del 2023 al 2025. Es una investigación de desarrollo tecnológico, que siguió un enfoque de Investigación-acción- participativa. Se emplearon técnicas de análisis documental observación participante, entrevistas semi estructuradas aplicadas a personal del área de fisioterapia y a usuarios del servicio y entrevistas en profundidad. Como marco referencial, se utilizó el Modelo de Calidad de Atención en Salud de Avedis Donabedian, el cual permitió abordar el análisis desde tres dimensiones fundamentales: estructura, proceso y resultados. Este modelo sirvió como guía para identificar fortalezas y debilidades en la organización y funcionamiento del servicio. Entre los principales resultados se destaca que el fisioterapeuta demuestra compromiso y buen trato hacia los usuarios, existen deficiencias importantes en la infraestructura física, falta de protocolos estandarizados y una débil gestión organizativa. La calidad percibida por los usuarios es moderadamente satisfactoria, pero está sostenida más por el trato humano que por procesos clínicos estructurados. Se diseñó un plan de acciones orientado a la mejora continua del servicio, que incluye la implementación de protocolos clínicos, el fortalecimiento del equipo humano mediante capacitación, y el desarrollo de un sistema de gestión de calidad institucional. El plan de acciones fue validado mediante criterio de expertos por consenso con la utilización de la técnica de Discusión de Gabinete con lo cual quedó perfeccionado y listo para su aplicación.

Palabras claves.

Calidad de la atención en salud; Modelos de calidad; Gestión organizacional; Fisioterapia; América Latina.

INTRODUCCIÓN

En la literatura sobre la calidad de atención en salud se expresa que, para asegurar una parte de la calidad de la atención en cualquier institución, se hace necesario que las personas tengan una base uniforme para el trabajo, lo que se traduce en el establecimiento de pautas claras y actualizadas. Esto puede lograrse con estrategias organizacionales de procesos y procedimientos, lo que puede materializarse mediante folletos o manuales, contentivos del qué y cómo hacer.

La falta de estrategias organizacionales compromete la calidad de la atención a cualquier nivel, al no haber pautas claras, cada persona le pondrá su impronta a la labor que realiza. En el caso de la salud pública, lo anterior cobra otra dimensión, ya que un error puede llevar a errores consecutivos que pongan en riesgo la salud de los pacientes.

En la fisioterapia, la variabilidad en los procesos y procedimientos de atención que cambian según el nivel de atención o si es institución pública o privada, puede afectar la calidad de los servicios, al no existir una base uniforme para la evaluación y mejora continua.

Otro problema es la falta de transparencia y rendición de cuentas en la atención de fisioterapia por las diversas instituciones que brindan un servicio de salud, lo que dificulta establecer estándares de desempeño y responsabilidad del personal de salud. Los procesos y procedimientos no establecidos o no normados contribuyen a la falta de uniformidad en la recopilación de datos clínicos, lo que dificulta la investigación y la evaluación de resultados.

Contexto histórico social del objeto de estudio

En el 2021 se crea el Centro Regional de Salud Valencia, de la Facultad de Medicina de la Universidad de El Salvador (UES), mediante un convenio con el Instituto Administrador de los Beneficios de los Veteranos y Excombatientes (INABVE) para proporcionar mejores condiciones en la atención de salud a un sector de la población específico en diferentes áreas de salud especializadas.

El Centro Regional de Salud Valencia, iniciativa que se realizó gracias al convenio, pretende brindar servicio de consultas visuales, auditivas y de fisioterapia a más de 22 mil miembros de este grupo social. Para este proyecto, se ha coordinado a un equipo de 22 estudiantes de la Licenciatura en Optometría, cinco de la

Licenciatura en Fisioterapia y Terapia Ocupacional y cuatro de la carrera en Enfermería.

La oferta de servicios a través de Centro de Salud, a los afiliados del INABVE, los cuales incluyen servicios de Optometría, Audiología, Fisioterapia y Terapia Ocupacional. Los horarios de consulta para ellos son de ocho de la mañana a cuatro de la tarde, y es el INABVE el encargado de coordinar las citas. Durante el primer mes del convenio se atendieron 2 988 beneficiados, en las áreas de Optometría, Audiometría, Fisioterapia y Terapia Ocupacional. Además, de valorar la incorporación de las carreras de Laboratorio Clínico y Radiología e Imágenes en la atención de veteranos y excombatientes.

Los servicios que se brindan a veteranos y excombatientes son realizados por profesionales de la salud y estudiantes en servicio social o en la modalidad de pasantía; de esta forma los futuros profesionales pondrán en práctica sus capacidades aprendidas en su proceso de formación en la Universidad de El Salvador. Este convenio establece la posibilidad que estudiantes egresados de la UES realicen pasantías remuneradas en el INABVE.

Antecedentes

En la búsqueda realizada, no se han encontrado en El Salvador investigaciones publicadas de este tipo, aunque se han realizado esfuerzos a nivel gubernamental El Plan Estratégico Institucional (PEI) 2021-2025 del Ministerio de Salud de El Salvador.¹

El PEI establece una hoja de ruta para fortalecer el sistema de salud mediante estrategias organizacionales centradas en mejorar la calidad de la atención, propone una transformación del modelo de gestión, para priorizar la atención primaria, la equidad, la eficiencia y la participación comunitaria. También incluye objetivos para fortalecer la infraestructura, la gobernanza y la gestión del talento humano. Busca garantizar servicios integrales, accesibles y de calidad, alineados con principios de salud pública moderna y centrados en las necesidades de la población salvadoreña. Sin embargo, persisten desafíos relacionados con la gestión eficiente de recursos y la necesidad de una mayor integración entre los diferentes niveles de atención.

En Latinoamérica, Gómez et al. en su investigación denominada “Diseño de una intervención gerencial para la mejora organizacional en centros de salud de primer nivel de atención”² menciona que las intervenciones gerenciales son una herramienta útil en el diseño organizacional, ya que contribuyen a mejorar aspectos estratégicos de funcionamiento de las organizaciones de salud, como son los centros de primer

nivel de atención, que repercuten de forma indirecta, en la calidad y en la eficiencia del centro. Por lo que las intervenciones gerenciales son vitales para optimizar la estructura y el funcionamiento, en específico los centros de atención primaria, esto beneficia la calidad y eficiencia, la calidad de salud no sólo se debe medir por la cantidad de pacientes que visitan el centro o el tiempo que se utiliza para la atención directa.

Por otra parte, en Colombia, Meléndez ³ en su investigación denominada “Estrategia organizacional y adopción de prácticas saludables en la región caribe de Colombia”, resalta la necesidad de integrar prácticas saludables en la estrategia empresarial, más si se trata de centros de salud, y en especial si se considera que las organizaciones de salud dependen de sus empleados que buscan mejorar la calidad de vida de sus pacientes, y por lo que deben promover un entorno saludable y sostenible.

En las últimas décadas se ha incrementado el interés en la investigación para evaluar los servicios en salud. La calidad se puede evaluar en la medida en que se es capaz de alcanzar el equilibrio más favorable entre riesgos y beneficios. En la actualidad, la calidad de atención de salud se ha convertido en uno de los pilares básicos para el mejoramiento en procesos de atención de salud, convirtiéndose en una herramienta que otorga excelencia, un requisito indispensable para satisfacer las necesidades de los pacientes y sus familiares, quienes cada vez están más informados. El sistema de salud salvadoreño está en constante reforma y organización, que obedece a los cambios de gobiernos. Un mejor desempeño de la calidad permitirá mejorar el trato y disminuir los errores clínicos y administrativos, lo cual posibilitará tener un mejor desempeño en la atención a la población.

En este contexto surgió un estudio de una tesis no publicada en el repositorio de la biblioteca de la Universidad de El Salvador sobre la calidad de atención, en Centro Regional de Salud Valencia, que permitió la identificación de desafíos y oportunidades de mejoras que se pueden implementar, en los servicios de fisioterapia, si esto se supera se obtendrán mejores resultados y una mayor satisfacción de los usuarios y mejoras en los procesos.

Todos los miembros del centro de salud son responsables de la calidad, esto quiere decir que, que se debe tener una base o líneas de seguimiento, cada profesional o empleado debe de desempeñar un papel según sus atribuciones con vistas a un mejor desempeño. Es importante fomentar un sistema efectivo para

integrar los esfuerzos del desarrollo, mantenimiento y mejoramiento de la calidad para contribuir a un cambio cultural para aumentar la calidad de atención al usuario.

Los servicios de fisioterapia en el Centro Regional de Salud Valencia surgen de la necesidad de profundizar en los elementos conceptuales que sustentan la mejora de la calidad de la atención en salud y la necesidad de los pacientes de ser rehabilitados.

Existen investigaciones sobre intervenciones gerenciales y calidad en instituciones de primer nivel, pero persiste un vacío específico en la integración de la fisioterapia como componente estratégico dentro de los procesos organizacionales.

Desde el punto de vista conceptual, la calidad de la atención en salud se entiende como la conjunción de estructura, proceso y resultado, de acuerdo con el modelo de Donabedian. ⁴ la dimensión estructural involucra la infraestructura, el equipamiento y los recursos humanos; la dimensión procesal abarca las actividades de atención, coordinación y gestión; y la dimensión de resultados refiere a los efectos sobre la salud y la percepción del paciente. Al centrar el estudio en la fisioterapia, se busca articular cada una de estas dimensiones, garantiza que la intervención gerencial fortalezca tanto la disponibilidad de recursos especializados como la estandarización de procesos y la evaluación de resultados funcionales.

La estrategia organizacional se concibe no sólo como un plan formal, sino como un conjunto dinámico de decisiones y prácticas que configuran la ventaja competitiva del centro de salud. En este contexto, la intervención en fisioterapia es un recurso intangible clave en el conocimiento especializado y la práctica clínica de calidad que, al integrarse eficazmente en la organización, puede traducirse en mejores resultados asistenciales.

La investigación incorpora además principios de la gestión de calidad total (TQM) ⁵ y de mejora continua (PDCA) ⁶, orientados a la revisión sistemática de procesos y a la retroalimentación constante. Estas metodologías han demostrado su efectividad en diversos entornos sanitarios, rara vez se aplican de manera focalizada a servicios de rehabilitación y fisioterapia. Por lo tanto, se podría adaptar estas herramientas al flujo de atención fisioterapéutica, para establecer ciclos de planificación, ejecución, verificación y ajuste que aseguren la sostenibilidad de las mejoras alcanzadas.

A diferencia de estudios previos como los de Gómez Campos et al.² sobre intervenciones gerenciales genéricas en centros de primer nivel, esta investigación se

distingue por su énfasis en la atención especializada de fisioterapia, la cual presenta requerimientos técnicos, logísticos y de coordinación únicos. Mientras las investigaciones anteriores abordan la gestión de la calidad desde una perspectiva global, el presente estudio delimita su alcance a un servicio específico, permite un análisis más profundo de sus procesos, necesidades y resultados esperados.

Se respalda en la teoría de sistemas aplicada a la salud, que postula la interdependencia de todos los componentes organizacionales. Al introducir una estrategia específica para fisioterapia, se evalúa no solo el impacto directo en el servicio, sino también las repercusiones en la atención primaria, la derivación de casos, la gestión de citas y la satisfacción global de los pacientes. De esta forma, se promueve una visión sistémica que articula objetivos clínicos, administrativos y financieros.

Asimismo, las teorías del cambio organizacional, particularmente los modelos de Lewin ⁷ (descongelamiento, cambio, recongelamiento) y de Kotter ⁸ (ocho etapas para el cambio) brindan un marco para comprender y facilitar la transición cultural necesaria, identifica barreras y facilitadores del cambio en el centro de salud, diseña estrategias de comunicación, capacitación y liderazgo que aseguren la aceptación y el compromiso del personal.

Kurt Lewin ⁷ desarrolló un modelo de cambio organizacional que consta de tres etapas: Descongelamiento (Unfreezing), Cambio (Change) y Recongelamiento (Refreezing): Una vez implementado el cambio, es crucial consolidarlo y estabilizarlo, asegura que las nuevas prácticas se mantengan en el tiempo.

John Kotter ⁸ propuso un modelo de ocho etapas para liderar procesos de cambio exitosos en las organizaciones.

Vergara, en una investigación sobre procedimientos menciona que:

“los Manuales de Procedimientos son herramientas efectivas del Control Interno, las cuales son guías prácticas de políticas, procedimientos, controles de segmentos específicos dentro de la organización; estos ayudan a minimizar los errores operativos, lo cual da como resultado la toma de decisiones óptima dentro de la institución”.⁹

Por lo anterior se podría decir que la ausencia de manuales de procesos y procedimientos se traduce en una serie de desafíos significativos:

- Falta de estandarización: sin información clara, precisa y actualizada, los procedimientos médicos y administrativos pueden variar de un establecimiento

de salud a otro. Esto conlleva a una falta de estandarización en la atención, lo que puede resultar en errores médicos, diagnósticos incorrectos y tratamientos inadecuados.

La falta de manuales dificulta la capacitación efectiva del personal de salud. Los nuevos empleados pueden enfrentar dificultades para aprender los procedimientos adecuados, lo que aumenta el riesgo de errores y la falta de cohesión en el equipo de trabajo.

- Riesgo para la seguridad del paciente: la documentación y guías proporcionan una base sólida para la toma de decisiones clínicas. Sin ellas, existe un mayor riesgo de omisión de pasos importantes en el tratamiento o la evaluación de la condición del paciente, lo que puede tener consecuencias negativas para su recuperación y bienestar general, los manuales y procedimientos son fundamentales para garantizar la atención segura y efectiva en fisioterapia.
- Ineficiencia y costos innecesarios: también conduce a la ineficiencia en la gestión de recursos, lo que resulta en costos innecesarios para los establecimientos de salud. La ausencia de procesos claros dificulta la planificación y la optimización de recursos.

Las investigaciones se justifican además por su capacidad de generar evidencia empírica sobre la efectividad de intervenciones focalizadas. Aplica el enfoque de evaluación de programas, se medirán indicadores de proceso (tiempos de atención, cumplimiento de protocolos) y de resultado (mejora funcional, reducción de tiempos de espera, satisfacción del usuario). Esta aproximación comparativa con la situación previa al proyecto permite determinar el grado de efectividad y la replicabilidad de la estrategia en otros contextos o cuando se aplique.

Justificación

La implementación de un plan de acciones en fisioterapia en el Centro Regional de Salud Valencia es esencial para mejorar la atención de salud. La fisioterapia desempeña un papel importante en la recuperación y el bienestar de los pacientes y su implementación e integración efectiva puede impulsar una atención completa y participativa. Además, dado el enfoque en salud preventiva del sistema de salud y adosado el envejecimiento de la población, la demanda de servicios de fisioterapia está en aumento, por lo que una estrategia bien planificada puede ayudar a optimizar los recursos, mejorar la calidad de la atención, y promover la sostenibilidad financiera del centro. Esta iniciativa no solo beneficia a los pacientes, sino que también fortalece

la posición del Centro Regional de Salud Valencia como un centro de referencia de atención en salud.

El momento de realización del estudio es oportuno, considera el envejecimiento de la población salvadoreña y el creciente énfasis en la salud preventiva. El aumento de la demanda de servicios de rehabilitación y la necesidad de optimizar recursos en un entorno de restricciones presupuestarias subrayan la urgencia de innovar en la gestión.

Este proyecto, al ofrecer un modelo adaptable y basado en evidencias, responde a los retos demográficos y económicos actuales.

Difiere cualitativa y cuantitativamente de los esfuerzos previos, al focalizarse en la fisioterapia, al aplicar teorías de calidad y cambio organizacional de manera integrada y al proponer un sistema de evaluación robusto. Su pertinencia teórica, su oportunidad en el contexto demográfico y sus potenciales beneficios asistenciales y administrativos hacen de este estudio una aportación necesaria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud en El Salvador.

En El Salvador, la atención en salud es esencial para la población, pero uno de los problemas más apremiantes que enfrenta el sector de la salud en el país es la falta de manuales de procesos y procedimientos en los establecimientos de salud. Esta atención compromete la calidad de la atención y pone en riesgo la seguridad de los pacientes.

Para abordar esta problemática, es esencial que el gobierno de El Salvador y los responsables de los establecimientos de salud, en especial la del Centro Regional de Salud Valencia, trabajen para desarrollar manuales de procesos y procedimientos actualizados y accesibles. No sólo garantizarán una atención en fisioterapia de calidad y segura, sino que también contribuirán a la formación efectiva del personal y a la mejora de la eficiencia como establecimiento de salud.

Pregunta de investigación

¿Qué acciones facilitarían la calidad de la atención en el servicio de fisioterapia del Centro Regional de Salud Valencia?

Objetivos

General

Diseñar un plan de acciones para el mejoramiento de la calidad de la atención del servicio de fisioterapia en el Centro Regional de Salud Valencia en el periodo del 2023 al 2025.

Específicos

1. Evaluar la calidad de atención del servicio de fisioterapia.
2. Crear un plan de acciones para el mejoramiento de la calidad de atención.
3. Validar el plan de acciones.

Novedad

La evaluación de la calidad de atención en salud en este centro es novedosa, debido a la evolución constante de la práctica profesional en salud, lo que requiere una evaluación continua para adaptarse a cambios en protocolos de procesos y procedimientos. Además, la creciente importancia de la atención personalizada y la atención centrada en el paciente enfatizan la necesidad de evaluar no solo la efectividad clínica, sino también la satisfacción y la experiencia del paciente, lo que hace que este tema sea cada vez más crucial y dinámico, por lo que es de suma importancia que las instituciones cuenten con una estrategia organizacional como parte de la calidad en salud.

Actualidad

La evaluación de la calidad de atención en salud se ha convertido en un tema de actualidad, debido a la creciente conciencia pública sobre la importancia de recibir atención médica segura y efectiva. La pandemia de COVID-19 destacó aún más la necesidad de evaluar y mejorar la atención en salud para garantizar la capacidad de respuesta de los servicios de salud.

Aportes

El estudio tiene aportes desde varias taxonomías: desde el punto de vista teórico, práctico y desde su uso puede ser aplicado a la docencia, la investigación y la práctica asistencial.

Aporte teórico

Comprensión más profunda sobre la calidad de la atención. Este estudio puede proporcionar una comprensión más profunda de los factores necesarios que se deben tener en cuenta para ofrecer una atención de calidad en salud.

Aporte a la práctica asistencial

Con el plan de acciones desarrollado en este estudio se pretende que los estudiantes y trabajadores de salud de Fisioterapia y Terapia Ocupacional puedan valorar la necesidad de la atención vista desde la estructura, los procesos que se desarrollan y los resultados toman en consideración la satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos y los prestadores con los servicios que ofrecen.

Desde el punto de vista de su uso, el estudio puede tener valor para la docencia, la investigación, ya que pueden emplearse y enseñarse los métodos para la evaluación y mejoramiento de la calidad de la atención en los servicios de salud.

CAPÍTULO I. FUNDAMENTACIÓN TEORICA DE LA INVESTIGACIÓN

I.1. Modelos teórico metodológicos sobre la calidad de la atención en salud

La calidad de atención en salud ha evolucionado ligado a los contextos relacionados con la salud que se dieron en determinadas épocas, lo cual ofrece una referencia que este tema nunca dejará de ser importante, puesto que la humanidad evoluciona y no dejará de hacerlo, por consecuencia, también las condiciones de salud cambian junto a ello.

La calidad de la atención en salud debe ser prioridad en todos los establecimientos que brindan servicio de esta índole, por lo que la evaluación continua debe ser una de las prioridades de las instituciones para mantenerse en incesante crecimiento para poder brindar una atención de calidad independiente de los servicios o especialidades que ofrezcan.

I.1.a. Modelo de García Ortiz

García Ortiz ¹⁰ en su artículo “fortalecimiento de la calidad del servicio de salud mediante un modelo de gestión institucional”, refiere que la atención sanitaria es esencial para la salud y el bienestar de las personas. Una atención sanitaria adecuada no sólo previene, diagnostica y trata enfermedades, sino que también promueve la salud y el bienestar general. Un sistema sanitario bueno y de alta calidad es esencial para garantizar una sociedad sana y próspera, de allí la importancia de fortalecer la calidad de servicio a través de una gestión institucional eficiente y humanitaria.

Este autor hace referencia a una atención hospitalaria y con ello ayudar a la población que hace uso de un centro de salud, pero también para ello se necesita que el personal sea un profesional actualizado, comprometido con la misión y visión de la institución. Aún más, un compromiso consigo mismo para poder brindar una atención de calidad que inicia con el conocimiento del profesional en el actuar en diferentes circunstancias que se le presentan durante la atención de pacientes.

Por ejemplo, el contar con una estrategia organizacional es de suma importancia para orientar en el actuar de cada profesional y de esa manera se evitan retrasos en procesos y procedimientos.

La calidad en salud no siempre se debe ver por los servicios o número de especialidades que se brinde en un determinado centro de salud, porque cambian los contextos de una institución pública a una institución privada. Los que tienen acceso a una institución privada son personas o pacientes que tienen adquisición económica, en este mismo ámbito, la infraestructura también tiene una relevancia dentro de la calidad de atención que suele ser mejor en el manejo privado que en el servicio público y aunque los dos están ligados a políticas normas establecidas por el ministerio de salud, no siempre se da con exactitud en ambos contextos público y privado.

Otra parte importante en la perspectiva de los pacientes como usuarios del sistema de salud cómo lo menciona Flores Arévalo y Barbara Mozo¹¹ en su investigación “plan integral de mejora para fortalecer la gestión hospitalaria a nivel institucional en la región de San Martín”. En la perspectiva del paciente la calidad de los servicios de salud puede ser interpretada con diferentes visiones, para unos, calidad de atención es ser atendido en tiempo breve y preciso, mientras que, para otros, la calidad de servicio es satisfactoria si el profesional invierte su tiempo en escucharlo.

Así mismo, por otro punto de vista o concepto, los proveedores de salud consideran la calidad de servicio por el uso de los conocimientos y la tecnología usados en la atención. Los que administran los establecimientos de salud califican la calidad de servicio a la optimización de los recursos mientras se cumplen metas.

Cada institución pública o privada debería contar con los insumos necesarios para la atención en salud y eso deben de estar ligados a las propuestas según los reglamentos de cada especialidad; en el caso del área de fisioterapia se ha debatido la utilización de protocolos o de la utilización de una estrategia metodológica que oriente a los fisioterapeutas según el nivel de atención donde está ubicado es decir primero, segundo y tercer nivel.

I.1.b. Modelo de Obispo junior

Obispo junior ¹² en la investigación titulada “la fisioterapia en los sistemas de salud: marco teórico y fundamentos para una práctica integral”. Menciona como toda profesión, la fisioterapia necesita de un cuerpo teórico y conceptual que la caracteriza, defina su objeto de estudio y establezca el campo de acción de los profesionales. Existe un consenso en entender la fisioterapia como una profesión del área de la salud cuyo objeto de estudio es el movimiento corporal humano.

Sin embargo, esa convergencia conceptual de la acción sobre el movimiento humano no aborda la naturaleza mutable de la profesión y las diferentes formas en que puede ser ejercida.

En este sentido, debido al margen o diferencias que existen dentro de la práctica de la profesión de fisioterapia es necesario contar con un marco teórico que puede definir algunos conceptos que se manejan en la cotidianidad y que por diversos factores pueden ser interpretados de diferentes formas por diferentes grupos de fisioterapeutas.

Para esto y para poder evidenciar el trabajo puro de un fisioterapeuta en los diferentes niveles de atención, se necesita contar con una estrategia metodológica que indique el proceder en las diferentes circunstancias que se presentan en los tres niveles de atención.

Esto abonará a mejorar la calidad de atención en salud de aquellas instituciones que no cuentan con una estrategia metodológica específica o lineamientos planteados por el ministerio. Este margen de conocimiento que existe entre fisioterapeutas hace referencia a la actualización constante del personal.

I.1.c. Modelo de Avedis Donabedian

Hablar de calidad en atención de salud es hacer referencia al modelo de **Avedis Donabedian**, desarrollado en su obra seminal *Aspects of Medical Care Administration* (1969) ⁴ es considerado un pilar fundamental en la evaluación de la calidad en los servicios de salud. Donabedian, médico y académico, propuso que la calidad de la atención médica puede analizarse y mejorarse mediante un enfoque estructurado compuesto por tres elementos interdependientes: estructura, proceso y resultados.

La **estructura** hace referencia a las condiciones en las que se brinda la atención sanitaria. Esto incluye los recursos físicos (infraestructura, equipos, insumos), humanos (competencias del personal médico y administrativo) y organizacionales (normativas, modelos de gestión, sistemas de información). Donabedian sostenía que una estructura adecuada es esencial para permitir procesos de atención seguros y eficientes.

El **proceso** abarca todas las interacciones entre profesionales de salud y pacientes, desde la recepción hasta el tratamiento y seguimiento. Incluye aspectos técnicos, como el diagnóstico correcto, y aspectos interpersonales, como el trato digno, la comunicación efectiva y la participación del paciente en las decisiones.

Según Donabedian, la calidad del proceso refleja tanto la competencia técnica como el compromiso ético de los profesionales.

Los **resultados** constituyen el efecto final de la atención médica sobre la salud del individuo o la población. Esto no se limita a la mejoría clínica, sino que también incluye la satisfacción del paciente, la prevención de complicaciones, la mejora en la calidad de vida y la equidad en el acceso. Donabedian advirtió que, aunque los resultados son los indicadores más directos de calidad, deben interpretarse con cautela, ya que pueden estar influenciados por factores externos al sistema de salud, como el entorno social o la adherencia del paciente.

El modelo de Donabedian no es solo una herramienta técnica, sino también un marco ético y humanista. Él defendía que la calidad debía entenderse como la prestación de servicios que maximicen el bienestar del paciente, conforme al conocimiento médico disponible y respeta la dignidad humana. Además, abogó por una cultura organizacional centrada en la mejora continua, donde los errores fueran oportunidades de aprendizaje y no motivos de sanción.

Este modelo ha tenido una influencia duradera en la evaluación y planificación de servicios de salud en todo el mundo. Se utiliza ampliamente en procesos de acreditación hospitalaria, auditorías clínicas, diseño de indicadores de desempeño y formulación de políticas sanitarias. También ha sido adoptado por organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) en un informe titulado "Prestación de servicios de salud de calidad".¹³ Este documento, elaborado conjuntamente por la OMS, la OCDE y el Banco Mundial, destaca la importancia de la calidad en los servicios de salud como un componente esencial para lograr la cobertura sanitaria universal. Se reconoce la necesidad de mejorar la comprensión, medición y mejora de la calidad de la atención en salud a nivel global. El informe proporciona una descripción de la calidad de los servicios de salud y su relevancia para alcanzar metas de salud pública, ofrece enfoques basados en evidencia para garantizar y mejorar la calidad de los servicios de salud.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), en un archivo llamado "Evaluación del desempeño de los sistemas de salud".¹⁴ presenta un marco para analizar el desempeño de los sistemas de salud, enfatiza la importancia de la evaluación continua para identificar áreas prioritarias y asignar recursos de manera efectiva.

El documento destaca la necesidad de comprender a fondo los puntos fuertes y las deficiencias de los sistemas de salud, especialmente en el contexto de desafíos como la pandemia de COVID-19. Se abordan conceptos clave y se proporciona una guía para la evaluación del desempeño, considera factores como la gobernanza y la resiliencia del sistema de salud. Estas organizaciones lo adoptan debido a su aplicabilidad tanto en países desarrollados como en contextos de recursos limitados.

I.1.d. Modelo de Cambio de Kurt Lewin (1951)

Kurt Lewin ⁷ propuso un modelo de cambio organizacional que consta de tres etapas: descongelamiento, cambio y recongelamiento. Este modelo es considerado uno de los enfoques más clásicos para entender y gestionar el cambio.

Etapas:

1. Descongelamiento (Unfreezing):

Implica preparar a la organización o a las personas para el cambio, reconoce que las prácticas actuales ya no son efectivas y genera motivación para abandonar el estado actual.

2. Cambio (Change):

Es la fase de transición donde se introducen nuevos procesos, estructuras o ideas, promueve el aprendizaje y la implementación del cambio.

3. Recongelamiento (Refreezing):

Consiste en estabilizar los nuevos comportamientos, consolidándolos e integrándolos a la cultura organizacional para asegurar su permanencia.

I.1.e. Modelo de las 8 Etapas del Cambio de John Kotter (1996)

John Kotter ⁸ desarrolló un modelo de ocho etapas para liderar el cambio organizacional con éxito. Este enfoque se centra en la creación de liderazgo, comunicación efectiva y consolidación cultural del cambio.

1. Crear un sentido de urgencia: motivar a los miembros de la organización sobre la necesidad del cambio.
2. Formar una coalición poderosa: reunir un grupo de líderes influyentes que apoyen y promuevan el cambio.
3. Desarrollar una visión para el cambio: establecer una visión clara que guíe la dirección del cambio.
4. Comunicar la visión: difundir la visión de manera constante y efectiva en toda la organización.
5. Eliminar obstáculos: identificar y superar barreras que impidan el cambio.

6. Asegurar triunfos a corto plazo: planificar y lograr pequeñas victorias que refuercen el proceso de cambio.
7. Construir sobre el cambio: utilizar el impulso de las victorias tempranas para seguir avanzando en el cambio.
8. Anclar los cambios en la cultura: integrar los nuevos comportamientos en la cultura organizacional para que perduren.

Estos son modelos de referencia que diferentes investigadores adoptan para desarrollar diferentes estudios. Macas et al ¹⁷ en su investigación denominada "Percepciones y prácticas en la gestión de calidad de los niveles de atención aplica el modelo de Donabedian: análisis comparativo" compararon la gestión de calidad y el nivel de satisfacción de los usuarios en tres unidades médicas de diferentes tipos (A, B y C) mediante una encuesta basada en el modelo SERVQUAL (es un modelo de investigación y evaluación que mide la calidad del servicio percibida por los clientes) adaptado al modelo de Donabedian.

Los resultados mostraron que la unidad de salud tipo A tuvo el mejor desempeño general, alcanza un 100 % en estructura, 84.8 % en procesos y 95.2 % en resultados. Se identificaron áreas de mejora, especialmente en la dimensión de procesos y en la percepción de resultados.

Se conoce que es un modelo de referencia, pero McCullough et al. en la investigación sobre Un examen de la evaluación del servicio de enfermería de atención primaria de salud utiliza el modelo Donabedian: una revisión sistemática.¹⁸ Realizó una revisión sistemática y analizó 32 estudios que evaluaron servicios de enfermería en atención primaria utiliza el modelo de Donabedian. Se encontró que 11 estudios se enfocaron en la evaluación de la estructura, 7 en procesos y 24 en resultados. Solo un estudio evaluó las tres dimensiones del modelo. Los resultados resaltan la necesidad de evaluaciones integrales que consideren estructura, proceso y resultado para mejorar la calidad del servicio.

Para evaluar la calidad existen diferentes referencias estandarizadas que pueden utilizarse como las normas ISO, Avruscio et al en su investigación llamada "Implementación de un sistema de gestión de calidad según las normas ISO 9001:2015 en una Unidad de Angiología: una experiencia italiana".¹⁹ Esta investigación describe la implementación de un sistema de gestión de calidad basado en la norma ISO 9001:2015 en una Unidad de Angiología en Italia. El objetivo fue mejorar la eficiencia, la trazabilidad y la satisfacción del paciente. Los resultados

mostraron una mejora significativa en la organización interna, la estandarización de procesos clínicos y administrativos, y un aumento en la seguridad del paciente. También se destacó la participación activa del personal como clave del éxito.

I.1. f. Modelo de Helfat et al

Helfat et al ²⁰ en su investigación denominada Renovando la visión basada en recursos: nuevos contextos, nuevos conceptos y nuevos métodos. Presentan otra alternativa con otro modelo llamado Visión Basada en Recursos (RBV) que sostiene que existe una ventaja competitiva sostenible que proviene de recursos y capacidades que sean valiosos, raros, inimitables y organizativos (VRIO). Destacan nuevas direcciones para la RBV, incorpora contextos como inteligencia artificial, sostenibilidad y gobernanza distribuida, así como métodos de análisis basados en machine learning y modelos formales, lo que revitaliza la investigación estratégica sobre cómo las organizaciones redeplojan y configuran sus recursos para adaptarse a entornos complejos.

Consideraciones finales del capítulo

Se han examinado las bases teóricas que sustentan la investigación. El autor del presente estudio, después de examinar los modelos que han tratado el tema de la calidad de la atención de los servicios en salud ha decidido alinearse al modelo de Avedis Donabedian, por considerarlo más integral, al concebir la calidad como una conjunción de estructura, procesos y resultados.

CAPITULO II. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

II. 1. Tipo de investigación

Se trata de un estudio de desarrollo tecnológico ya que se ofrece a la comunidad científica una guía para el actuar de los profesionales en fisioterapia y con ello se brindará un desempeño profesional con miras a la atención integral, donde la educación y promoción de la salud tengan un rol directo dentro del Centro Regional de Salud Valencia. Aprovecha el entorno universitario que ofrece un marco idóneo para fortalecer esas áreas mediante acompañamiento técnico y formación continua dada por docentes de fisioterapia.

La investigación se desarrolló del 2023 al 2025, con una secuencia longitudinal centrada en la evaluación de las actividades que deben garantizar la calidad de la atención del servicio de fisioterapia.

Se desarrolló mediante un estudio cualitativo, ya que este permite la comprensión de conceptos, opiniones o experiencias de los fisioterapeutas junto a las necesidades sentidas de un programa de cambio en su trabajo, de modo que se identifique su problemática y se aporten acciones que mejoren su desempeño y por consiguiente la transformación de su actuar con los pacientes.

Como parte de la metodología cualitativa se encuentra; la investigación -acción-participativa; esta permite el estudio de una situación con el fin de mejorar o solucionar un problema de la realidad. Esta metodología es cíclica; parte de la identificación del problema, la investigación sobre el mismo, aplicación y evaluación de las acciones de manera sistemáticas, lo que permite la rectificación de las mismas, encaminadas a lograr la solución del problema. Este enfoque promueve el diálogo constante entre los investigadores y los participantes, lo que fomenta la colaboración y la construcción colectiva de soluciones. ²¹

Se decidió el uso de la metodología cualitativa basada en la Investigación-Acción Participativa (IAP), porque es un enfoque que permite involucrar activamente a los fisioterapeutas y usuarios del servicio en la identificación y solución de la problemática de la calidad de la atención en el servicio de fisioterapia. La IAP no solo busca la descripción de un fenómeno, sino también la generación de un cambio social mediante la participación colaborativa de los actores implicados.²¹

II.2. Caracterización del Centro

El estudio fue realizado en el Centro Regional de Salud Valencia, de la Facultad de Medicina de la Universidad de El Salvador (UES), que brinda servicio de consultas visuales, auditivas y de fisioterapia a más de 22 mil pacientes.

En el centro trabaja un equipo de 22 estudiantes de la licenciatura en optometría, cinco de la licenciatura en fisioterapia y terapia ocupacional y cuatro de la carrera en enfermería.

La oferta de servicios a través del Centro Regional de Salud Valencia incluye a los afiliados del Instituto Administrador de los Beneficios de los Veteranos y Excombatientes (INABVE), población universitaria y población en general, los cuales incluyen servicios de Optometría, Audiología, Fisioterapia y Terapia Ocupacional. Los horarios de consulta son de siete de la mañana a tres de la tarde, las consultas varían según población atendida. Esto tiene un costo menor (tres a cinco dólares) para la población universitaria y un costo mayor (siete dólares) para externos, un costo simbólico comparado con otros centros de salud, el Centro Regional de Salud Valencia no tiene un presupuesto asignado por alguna dependencia, lo que hace que el cobro solicitado se utilice para ser autosostenible.

Los servicios que se brindan son realizados por profesionales de la salud y estudiantes en servicio social o en la modalidad de pasantía; de esta forma los futuros profesionales pondrán en práctica sus capacidades aprendidas en su proceso de formación en la Universidad de El Salvador.

II. 3. Población

La población estuvo conformada por 25 usuarios y cinco fisioterapeutas del servicio de rehabilitación del Centro Regional de Salud Valencia, durante el período comprendido del 2023 al 2025.

II.4. Algoritmo de la metodología IAP para el desarrollo del estudio

En un momento inicial se utiliza el método descriptivo para la caracterización del contexto e identificación de las necesidades de los fisioterapeutas de contar con un plan de acciones como guía para la atención a los pacientes.

Este enfoque descriptivo se implementa mediante técnicas como análisis documental, la observación participante, la encuesta, la entrevista semi estructurada y la entrevista en profundidad. ²¹

Este algoritmo metodológico se realiza solo para elaborar el plan de acciones y no su implementación.

➤ Fase 1. Evaluación de la calidad de la atención

Esta fase, estuvo orientada a la identificación de las condiciones institucionales en cuanto a estructura, proceso y resultados, sobre todo, las necesidades de los fisioterapeutas y de los usuarios del servicio.

Para ello el investigador realizó un análisis documental exhaustivo, lo que le permitió contextualizar el problema y la definición de los elementos clave que fundamentaron el diseño del plan de acciones.

La investigación acción participativa promovió la participación activa de los fisioterapeutas en la identificación del problema de manera que la propuesta del plan de acciones pueda ser aceptada.

Para la ejecución de esta etapa se desarrollaron las siguientes acciones: revisión documental, observación participante, una encuesta, entrevistas semi estructuradas y en profundidad. Los resultados de esta fase permitieron la definición de categorías para la investigación y el establecimiento de una base sólida para la construcción de la propuesta.

➤ Fase 2 Diseño de la propuesta

La segunda fase del algoritmo metodológico consiste en la elaboración de la propuesta del plan de acciones. En esta etapa, se construye una propuesta basada en los resultados obtenidos en el diagnóstico inicial acorde a las necesidades identificadas en el servicio.

➤ Fase 3 Validación del plan de acciones

Esta fase tiene como propósito la evaluación de la viabilidad y pertinencia del plan de acciones. A través de este proceso, se busca examinar la coherencia del diseño con las necesidades identificadas en el diagnóstico inicial, se contrastan sus elementos con la retroalimentación proporcionada por los fisioterapeutas y usuarios del servicio.

II. 5. Métodos de recolección de la información

II.5.a. Análisis Documental

La técnica consiste en el análisis de fuentes escritas para la obtención de información relevante sobre un tema específico. Se utilizó para el estudio y análisis de documentos y textos relacionados con la organización, calidad de atención en salud, la importancia de contar con una estrategia organizacional y las acciones o actividades que se deben llevar a cabo. Se ha estimado la utilización del modelo Donabedian

como base teórica para estructuración de las variables de esta investigación. La revisión de documentos propios del Centro Regional Salud Valencia para el funcionamiento del mismo.

II.5.b. Observación participante

Es una técnica de investigación cualitativa que implica la interacción social entre el investigador y los sujetos observados para la comprensión de sus costumbres, comportamientos y dinámicas. ^{22, 23}

Se implementó la técnica cualitativa de observación participante, que tiene como objetivo la identificación de patrones de conducta, actitudes. Esta técnica permitió al investigador integrarse en el entorno del servicio, desde una perspectiva interna, los comportamientos, interacciones y discursos relacionados con el fenómeno estudiado.

Las observaciones se realizaron en el contexto del servicio de fisioterapia, dentro de las actividades cotidianas de atención al paciente.

Durante la observación, se prestó especial atención a las actitudes y el nivel de conocimiento de los fisioterapeutas y la atención a los usuarios del servicio.

Para garantizar la rigurosidad en la recolección de los datos, se utilizaron registros de observación en forma de diarios de campo, donde se documentaron de manera detallada las situaciones relevantes, comentarios y actitudes de los fisioterapeutas. Estos registros sirvieron como insumo para el posterior análisis, lo que permitió el establecimiento de categorías. Los datos obtenidos a través de la observación participante fueron analizados mediante la categorización y codificación, para la identificación de temas recurrentes y relaciones entre las diferentes categorías

II.5.c. Entrevista semi estructurada

Las entrevistas fueron realizadas con los fisioterapeutas y pacientes que pudieran proporcionar información sobre sus percepciones en la atención que se brinda y lo que se debe hacer y lo que se hace en el Centro Regional de Salud Valencia.

Para estructurar la recolección de los datos, se elaboró una guía semi estructurada con 17 preguntas, lo que permitió que existiera flexibilidad en la profundización de aspectos específicos según la narrativa del participante.

Entre las temáticas abordadas se encuentran: experiencias concretas en el servicio, estrategias utilizadas para la prevención y gestión de situaciones de atención

a los pacientes, necesidades formativas en relación con el tema, se incluyeron además dos preguntas abiertas para dar la posibilidad de expresar acciones no contempladas en la entrevista. (Anexo 1).

II.5.d. Entrevista en profundidad

La entrevista en profundidad constituye una técnica de recolección de información cualitativa que permite la exploración detallada de las percepciones, experiencias y conocimientos. Su aplicación en este estudio respondió a la necesidad de la identificación de vacíos en la información y la detección de oportunidades para el diseño de la propuesta de capacitación.

La entrevista en profundidad se emplea como técnica cualitativa con el propósito de obtener las narrativas de los docentes sobre el tema que se estudia. Esta técnica permite la obtención de relatos detallados y matices que no emergen de otras técnicas empleadas. ²⁴

Para la aplicación de las entrevistas se entrevistó a los cinco fisioterapeutas, con el objetivo de obtener diversas perspectivas sobre el tema, hasta alcanzar la saturación de la información.

Las entrevistas se realizaron de manera individual en un entorno de confidencial, cómodo y privado, que promovió un espacio seguro para el intercambio de información que se registró mediante grabaciones y notas de campo previo consentimiento de los participantes, los datos obtenidos fueron sometidos a un análisis de contenido, para la identificación de categorías y temas recurrentes dentro de los discursos de los participantes. Se utilizaron técnicas de codificación para la organización de la información y el establecimiento patrones que permitan la mejor comprensión de la realidad en el contexto de la calidad de la atención.

II.6. Proceso de Triangulación de datos

La triangulación de métodos es una estrategia clave en la investigación cualitativa porque permite contrastar y complementar los hallazgos obtenidos mediante distintas técnicas de recolección de datos. Su principal propósito es enriquecer al análisis y que aumente la validez de los resultados en el marco de la investigación-acción-participativa. ²⁵

La triangulación metodológica aportó profundidad al estudio de la calidad de la atención, lo que reduce los posibles sesgos en la información. El proceso de triangulación fue organizado en tres etapas. ²⁶

1. Planificación: se definieron los objetivos de la triangulación por cada técnica, selección de los participantes, diseño de los instrumentos.
2. Ejecución de las técnicas: se llevó a cabo de manera gradual y considera la interacción entre las técnicas.
3. Procesamiento y análisis de la información: se organizaron los datos de cada técnica por categorías para analizar las coincidencias y/o diferencias en las percepciones y experiencias de los fisioterapeutas, así como sus necesidades formativas, a través de la codificación temática, se tuvo en cuenta que las observaciones pueden revelar aspectos únicos que no expresan las otras técnicas.

La triangulación de métodos se realizó mediante la comparación de los resultados de cada una de las técnicas de recolección de datos. Se analizaron las percepciones de los fisioterapeutas y usuarios, las dinámicas observadas y las normativas institucionales.

Posteriormente, en la observación participante se captaron las dinámicas en el servicio y espacios institucionales para el conocimiento de las prácticas reales en el proceso de atención a los pacientes

Finalmente, las entrevistas individuales complementaron el análisis al ahondar en la percepción personal de los docentes.

Para organizar el proceso de triangulación, se utilizó una matriz en la que se establecieron algunos criterios como: comparación con respuestas individuales de los fisioterapeutas, coherencia con las respuestas en entrevistas entre usuarios y fisioterapeutas, consistencia con observaciones y normativas institucionales, contraste con percepciones y practicas observadas.

Los resultados triangulados fueron integrados para fundamentar las conclusiones y la propuesta de capacitación, a partir de la identificación de coincidencias, discrepancias y patrones recurrentes.

II.7. Análisis de la información

Para garantizar la rigurosidad metodológica y la coherencia en la interpretación de los hallazgos en el procesamiento de los datos se emplearon varias técnicas de análisis cualitativo.

Se optó por la utilización del análisis temático, una técnica cualitativa que permite identificar patrones recurrentes en los discursos de los participantes. Este análisis se desarrolló en varias fases, se comenzó con la codificación inicial de los

datos, en la cual se identifican unidades de significado relevantes dentro de las respuestas obtenidas.

Luego, se procedió a la categorización, en la que se agruparon las unidades en temas centrales en lo que se reflejaron las percepciones, experiencias y preocupaciones de los fisioterapeutas con respecto a la calidad de la atención.

Finalmente, se interpretaron los hallazgos a través de conexiones entre los temas identificados para la generación de conclusiones que sirvieron de base para la elaboración propuesta de capacitación a los fisioterapeutas.

Para enriquecer el estudio y dotarlo de profundidad interpretativa, se incluyeron las narrativas y testimonios de los fisioterapeutas y usuarios.

Estas narrativas contribuyen a la generación de un discurso más auténtico y representativo de la realidad asistencial. Los testimonios fueron transcritos y analizados a través de criterios de significación y relevancia temática según las preocupaciones y vivencias de los fisioterapeutas con relación al fenómeno. Su inclusión en el análisis facilita la identificación de desafíos concretos en la prevención y la educación sobre el tema.

II.8. Procedimientos

Luego de la aplicación de los instrumentos en la fase diagnóstica, se procedió al diseño de un plan de acciones que fue validado por criterio de expertos. Los profesionales fueron capacitados con la nueva propuesta de acciones.

Capacitación a los profesionales. Antes de la capacitación se dio a conocer la propuesta del plan de acción para la aplicación en los servicios de fisioterapia a un grupo de expertos con lo cual quedó validada, perfeccionada y lista para su puesta en práctica. Los expertos fueron diez especialistas del propio centro con experiencia en la docencia, la gerencia, la investigación y la práctica asistencial en fisioterapia.

II.9. Proceso de validación

La validación se utilizó como un método para garantizar la pertinencia, calidad y viabilidad de la propuesta elaborada mediante la participación de expertos en fisioterapia e investigadores del estudio. Para el fortalecimiento de los datos obtenidos se implementó un proceso de validación por especialistas y retroalimentación de los participantes. ^{27, 28}

La validación por especialistas se realizó mediante la técnica de Discusión de Gabinete, que se seleccionó en este estudio por su capacidad para garantizar la

rigurosidad metodológica, la viabilidad práctica y la calidad científica de la propuesta de acciones y capacitación.

A diferencia de otras técnicas, la discusión estructurada entre especialistas permite evaluar la pertinencia del plan de acciones desde una perspectiva colectiva, esto promueve el análisis crítico y el consenso sobre las mejores estrategias para el mejoramiento de la calidad de la atención.

Esta metodología facilitó la revisión detallada de los componentes de la propuesta, para asegurar que las acciones de intervención sean aplicables y sostenibles dentro del contexto de la atención fisioterapéutica.

El proceso se desarrolló sigue los pasos que se describen a continuación: 1. **Selección de especialistas:** para la selección de los especialistas se aplicaron criterios como experiencia profesional, publicaciones y/o trabajo relacionado con el tema de la fisioterapia para emitir criterios.

2. **Instrumento de validación:** se utiliza la técnica de Discusión de Gabinete, ya que permite reunir a un grupo de expertos en el tema para que evalúen, analicen y discutan la propuesta basada en sus conocimientos.

3. **Procedimiento:** los especialistas evalúan la propuesta mediante la técnica seleccionada por el investigador, se recogen sus valoraciones y recomendaciones.

Técnica de Discusión de Gabinete

Permite llegar a conclusiones concretas e inmediatas de un problema determinado. Ejercita la toma de decisiones a partir de hechos concretos. ²⁹

Fase 1. Preparación de materiales: se entrega la propuesta y resultados de las técnicas a los especialistas con anticipación, esto permite una revisión profunda.

Fase 2. Sesión de discusión: se guía la discusión con preguntas clave sobre pertinencia, aplicabilidad y sostenibilidad de la propuesta.

Fase 3. Evaluación y ajustes: se recoge el consenso del grupo de especialistas y se integran sus recomendaciones en la versión final de la propuesta.

Esta técnica se basa en representar una reunión al estilo de un grupo de ministros, de ahí su denominación de gabinete.

Se realizó en un tiempo de 60 minutos, en un grupo de diez participantes expertos en fisioterapia.

Esta técnica se efectuó en dos momentos una primera etapa para el análisis de los componentes de la propuesta de capacitación y en una segunda etapa de propuestas para su mejora. Durante esta etapa el investigador procedió a socializar

con anticipación el diseño de la propuesta del plan de acciones, luego los resultados de las técnicas aplicadas. Se les indicó a los miembros que en la primera fase del ejercicio debían analizar y/o valorar fundamentos, contenidos, materiales, medios, contenidos, metodologías, horario, formas evaluativas y de retroalimentación de la propuesta. Una vez cumplida la primera fase: la investigadora inició una reunión donde planteó el problema, que propició la valoración de los aspectos enunciados acerca del tema y la importancia de la propuesta para los fisioterapeutas a los que va dirigida. Luego los especialistas expusieron sus opiniones sobre el problema y la propuesta de solución.

El consenso se llevó a cabo mediante una discusión general que tuvo en cuenta la información recogida por todos y las opiniones dadas se fijó un tiempo para cada intervención y discusión general. Agotado el debate, se pasó a la redacción de los acuerdos y decisiones adoptadas. Reglas generales que se tuvieron en cuenta para la obtención de las opiniones de los profesionales que participaron en la discusión de gabinete: Ambiente de confianza y receptividad a sus opiniones. Cada profesional debe expresar sus ideas para la toma de decisiones y solución del problema. Libertad de opiniones individuales sobre los fenómenos que se evalúan. Ofrecer una información homogénea a los profesionales.

La validación por retroalimentación de los participantes es esencial en la investigación cualitativa, ya que permite confirmar la coherencia y precisión de los resultados desde la visión de quienes han contribuido con la información.

Se presentó una síntesis de los hallazgos obtenidos mediante la aplicación de las técnicas a los fisioterapeutas involucrados en la investigación, se organizó una reunión de discusión donde los participantes comentaron si los resultados representaron fielmente sus percepciones.

II.10. Consideraciones Éticas

La investigación se rigió por las pautas internacionales para la investigación del Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas (CIOMS, 2017). Se realizó un consentimiento informado y dialogado a la institución y fisioterapeutas, mediante el cual se brindó información oportuna de los objetivos de la investigación. Se les garantizó la confidencialidad de la información y que los resultados de la investigación serán utilizados única y exclusivamente con fines investigativos.

1. **Consentimiento Informado.** Todos los participantes fueron informados sobre el propósito de la investigación, los procedimientos que se seguirían, y su

derecho a retirarse en cualquier momento sin consecuencias. Deben ofrecer su consentimiento antes de participar.

2. **Confidencialidad.** La identidad de los participantes y cualquier información personal que proporcionen deben mantenerse confidenciales. Los datos deben ser almacenados de manera segura y sólo deben ser accesibles para el investigador.

3. **Beneficencia.** La investigación debe tener como objetivo beneficiar a los participantes y a la sociedad en general. Los riesgos potenciales para los participantes deben ser minimizados y deben ser superados por los beneficios potenciales de la investigación.

4. **Conflicto de intereses.** Esta investigación no presenta ningún conflicto de intereses dado que el único objetivo es beneficiar tanto a profesionales como a los pacientes.

CAPITULO III. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

En este capítulo se realiza el análisis de los resultados de la investigación, que se desarrolla de acuerdo con el orden de los objetivos en correspondencia con el Modelo de A. Donabedian y en sintonía con las tres fases del algoritmo diseñado para la investigación. El propósito principal de este análisis es la identificación de las necesidades de los fisioterapeutas del servicio de fisioterapia en el Centro Regional de Salud Valencia en relación con la calidad de la atención, así como la evaluación de la pertinencia y factibilidad de la propuesta del plan de acciones diseñada en conjunto con los actores involucrados.

III.1. Objetivo 1. Evaluar la calidad de atención del servicio de fisioterapia

III.1.a. Análisis documental

Para dar salida a este primer objetivo se realizó el análisis documental. En la búsqueda realizada, no se han encontrado investigaciones publicadas de este tipo, aunque se han realizado esfuerzos a nivel gubernamental en el Plan Estratégico Institucional (PEI) 2021-2025 del Ministerio de Salud de El Salvador.¹

El PEI establece una hoja de ruta para fortalecer el sistema de salud mediante estrategias organizacionales centradas en mejorar la calidad de la atención, propone una transformación del modelo de gestión, para priorizar la atención primaria, la equidad, la eficiencia y la participación comunitaria. También incluye objetivos para fortalecer la infraestructura, la gobernanza y la gestión del talento humano. Busca garantizar servicios integrales, accesibles y de calidad, alineados con principios de salud pública moderna y centrados en las necesidades de la población salvadoreña. Sin embargo, persisten desafíos relacionados con la gestión eficiente de recursos y la necesidad de una mayor integración entre los diferentes niveles de atención.

A través del análisis y revisión de la literatura existente sobre el tema se pudieron identificar referentes teóricos y brechas que justifican la necesidad del estudio y de conformar el diseño de la propuesta del plan de acciones.

III.1.b. Observación participante

Posteriormente se realizó la observación participante, donde se pudo comprobar que cada fisioterapeuta trabaja con sus técnicas y obtiene buenos resultados, pero no existe uniformidad en los procedimientos, lo que corrobora la necesidad de un plan de acciones para obtener mejores resultados como equipo.

La observación participante implicó una aproximación progresiva al escenario donde se desarrolla la atención fisioterapéutica a los pacientes.

Para el ingreso al campo inicialmente se concertaron reuniones con la Dirección del centro y posteriormente con algunos técnicos clave, donde se expusieron los objetivos de la investigación y el carácter ético y confidencial del estudio.

Durante las primeras jornadas el investigador asumió el rol de observador, sin inmiscuirse en las actividades de la institución, solo con el fin de conocer los códigos implícitos, las rutinas y los estilos de relación entre los fisioterapeutas y entre ellos y los pacientes. El investigador fue integrándose poco a poco a determinadas actividades formativas y espacios informales, lo que permitió asumir una participación más activa sin alterar la dinámica de la atención al paciente.

La entrada al campo permitió no solo acceder a información del contexto, sino también la comprensión desde dentro de los significados que configuran las prácticas de los fisioterapeutas frente a situaciones vinculadas con la calidad de la atención.

Durante el desarrollo de la observación participante, el nivel de interacción fue semi estructurado y progresivo. Inicialmente se optó por una posición de observador, se mantuvo una distancia prudente para no alterar la dinámica de la atención al paciente. A medida que transcurría el estudio, el investigador asumió un rol más activo, lo que podría catalogarse como participación moderada. Este nivel le permitió intervenir en conversaciones informales y participar de forma puntual en espacios de atención.

Se realizó un registro de las interacciones, percepciones y dinámicas grupales donde se vieron involucrados los fisioterapeutas y usuarios.

La observación participante en contextos reales permitió identificar dinámicas que pudieran contribuir o dificultar la implementación de las medidas preventivas. Entre las dinámicas identificadas se evidenció que predomina una estructura comunicativa centrada en la atención al paciente, donde el diálogo afectivo con los pacientes es adecuado, lo que hace que los usuarios se muestren satisfechos con la atención recibida.

III.1.c. Entrevista semi estructurada a fisioterapeutas

Se aplicó una entrevista a los fisioterapeutas, que contaba con 17 preguntas relacionadas con las instrucciones que reciben para el trabajo de atención al paciente, que puede verse en el anexo 3.

Respuestas obtenidas relacionadas con cada pregunta

Se realizó el análisis de contenido. Después de obtener las respuestas se presentan a continuación los parlamentos tipo por cada pregunta:

- 1.1. *Solo nos reunieron para indicaciones generales*
- 1.2. *Nunca nos dieron nada sobre nuestras responsabilidades*
- 1.3. No, no nos dieron nada
- 2.1. No, tenemos varias personas que nos dan indicaciones
- 2.2. No, tenemos dos jefes
- 3.1. No, como hay varias personas en ocasiones nos dicen algo diferente
- 3.2. Lic. Wendy ella es la que habla con Lic. Morales
- 3.3. Lic. Wendy ha dejado encargada a Katy ella es la que nos dice las cosas
- 4.1. Si, entre nosotras si
- 4.2. Equipos con otras personas no existen directamente
- 4.3. Ni entre nosotras
- 5.1. Ausencia de historia de procesos y procedimientos médicos
- 5.2. Exceso de datos subjetivos proporcionados por el paciente.
- 5.3. Información sin un orden por sistemas
- 6.1. No aplican Clasificador Internacional Funcionamiento y discapacidad.
- 6.2. No aplican Método de intervención de Fisioterapia
- 7.1. No se realizan seguimientos
- 8.1. El tratamiento es muy básico
- 8.2. El tratamiento depende de equipos de electroterapia
- 8.3. El tratamiento no se realiza con razonamiento clínico
- 9.1. Las altas por recuperación se aborda la información básica.
- 10.1. No porque no existen pero están en construcción
- 10.2. Sabemos que existen, pero no las conocemos.
- 10.3. No, se cuáles son.
- 11.1 Se crean programas para ello, pero no están declarados.
- 12.1 Inexistente
- 13.1 Inexistente
- 14.1 Inexistente.
- 15.1 WhatsApp
- 16.1 Sistema no.

17.1 Si, no sistematizado.

En el **Anexo 5** puede observarse la frecuencia con que se emitió cada respuesta

Posteriormente se realizó una **entrevista en profundidad**, La saturación de la información se evidenció alrededor de la tercera entrevista, momento a partir del cual no emergieron nuevas categorías, y las respuestas comenzaron a reiterar tendencias y enfoques previamente identificados. Esta redundancia de temática indicó que la muestra alcanzó un nivel suficiente de profundidad y diversidad para dar cuenta del fenómeno investigado.

Luego de organizar las respuestas, emergieron las categorías que se presentan a continuación:

1. Categoría emergente: claridad en los roles y jerarquías

Las respuestas reflejan una ambigüedad organizacional. Los participantes manifestaron no haber recibido lineamientos claros sobre sus funciones (1.1–1.3), y señalaron multiplicidad de figuras jerárquicas (2.1–2.2), lo cual genera una dispersión de autoridad y confusión operativa.

"Nunca nos dieron nada sobre nuestras responsabilidades."

Aunque se podría interpretar que se conoce de antemano cual es el papel de un fisioterapeuta, también se conoce que depende de la institución donde esté ubicado el profesional cambian las tareas en profundidad y forma. Las respuestas sugieren una ausencia de estructura formal y delegación de responsabilidades poco claras, lo que afecta la toma de decisiones, la autonomía profesional y la eficiencia.

2. Categoría emergente: comunicación organizacional

Las respuestas (3.1–3.3) evidencian una comunicación vertical deficiente, dependiente de intermediarios informales, lo que puede propiciar contradicciones y errores clínicos.

"En ocasiones nos dicen algo diferente."

La dependencia de figuras intermediarias (como Lic. Wendy y Katy) indica una falta de protocolos de comunicación institucionalizados, lo que puede derivar en baja coordinación interprofesional.

3. Categoría emergente: coordinación entre equipos

Aunque existe una buena coordinación entre los fisioterapeutas (4.1), se detecta un trabajo individualista que deja de lado el trabajo en equipos (4.2–4.3). Esta

desconexión puede afectar la integralidad en la atención al paciente y deja atrás la oportunidad de intercambio de conocimientos.

"Equipos con otras personas no existen directamente."

Esto es indicativo de una cultura organizacional fragmentada, posiblemente producto de la falta de liderazgo efectivo y visión compartida.

4. Categoría emergente: registro e información del paciente

Las respuestas al ítem 5 revelan deficiencias en el registro clínico, que incluyen:

- Falta de estructura por sistemas (5.3)
- Ausencia de estándares (CIF, MIF)
- Predominio de información subjetiva

"Ausencia de historia de procesos y procedimientos médicos."

Esto tiene un impacto directo en la continuidad del cuidado y en la capacidad de tomar decisiones clínicas basadas en evidencia, se necesita tener conocimientos claros sobre todos los contextos que forman parte de la vida del usuario, lo que le da un enfoque biopsicosocial esto ayuda a la mejor comprensión y utilización del razonamiento clínico con un beneficio directo a la recuperación o derivación del paciente.

5. Categoría emergente: evaluación, tratamiento y seguimiento

No se aplican instrumentos como la Clasificación Internacional de Funcionamiento y discapacidad o el Método de Intervención de Fisioterapia (6.1–6.2), y el tratamiento se describe como básico, sin razonamiento clínico (8.1–8.3). No hay seguimiento regular (7.1), lo cual debilita los procesos de recuperación funcional.

"El tratamiento no se realiza con razonamiento clínico."

Esto pone en evidencia una práctica fisioterapéutica poco sistematizada, centrada en la aplicación técnica, pero desvinculada de procesos de evaluación científica y planeación individualizada.

6. Categoría emergente: planificación estratégica

La institución no cuenta con objetivos estratégicos claros, plan de acción (12.1), ni indicadores de desempeño (13.1). Aunque se reconocen en construcción la misión y visión, el personal no las conoce (10.1–10.3).

"Sabemos que existen [misión y visión], pero no las conocemos."

Esta desconexión entre lo estratégico y lo operativo representa un déficit organizacional.

7. Categoría emergente: capacitación, tecnología y calidad

No hay programas de capacitación continua (14.1), ni sistemas de calidad (16.1), y la única herramienta tecnológica mencionada es WhatsApp (15.1), lo cual refleja una infraestructura organizacional limitada.

"Sistema: no."

La ausencia de cultura de mejora continua limita la innovación, el desarrollo profesional y la sostenibilidad de los procesos clínicos.

8. Categoría emergente: satisfacción del usuario

Aunque se reporta que se hacen encuestas de satisfacción (17.1), estas no están sistematizadas, por lo tanto, su utilidad para la mejora organizacional es cuestionable.

Los resultados revelan un modelo organizacional incipiente, con debilidades importantes en planificación estratégica, gestión de procesos clínicos, evaluación del desempeño y coordinación interprofesional. Se identifican oportunidades de mejora en:

- Formalización de roles y jerarquías
- Implementación de sistemas de registro estructurados
- Diseño de procesos de evaluación clínica basados en evidencia
- Desarrollo de un plan estratégico claro y participativo
- Fortalecimiento de la capacitación continua y cultura de calidad

Estos resultados pueden orientar la construcción de una estrategia organizacional integral que fomente un enfoque interdisciplinario, centrado en el paciente y sustentado en la evidencia.

El **Modelo de Donabedian**, permite identificar brechas y orientar acciones concretas para elevar la calidad de la atención en el área de fisioterapia.

1. Estructura

Definición: recursos físicos, humanos y organizativos disponibles para brindar atención.

Tabla 1: Hallazgos y vínculo

Hallazgo cualitativo	Implicaciones estructurales según Donabedian
Ambigüedad de roles y jerarquías (ítems 1–2)	Deficiencia en la dimensión de recursos humanos y en los canales formales de responsabilidad. Se requiere organigrama y descripción de puestos claros.
Ausencia de sistemas de registro y tecnología (5.1–5.3, 15)	Carencia de infraestructura de información (historia clínica, sistemas digitales). Impacta negativamente la disponibilidad de datos confiables.
Falta de programas de capacitación y sistemas de calidad (14, 16)	Carencia de capital organizacional y cultura de mejora continua; necesita estructura para formación permanente y certificación de procesos.

Nota. Tabla de elaboración propia

2. Proceso

Definición: actividades y procedimientos que constituyen la atención clínica.

Tabla 2: Hallazgos y vínculo

Hallazgo cualitativo	Implicaciones de proceso según Donabedian
Comunicación vertical deficiente (3.1–3.3)	Procesos de comunicación clínica poco estandarizados, elevan el riesgo de errores y variabilidad en la atención.
Coordinación intragrupal sí, pero intergrupala deficiente (4)	Carencia de protocolos interdisciplinarios; procesos aislados, afectan la continuidad asistencial.
Evaluación y seguimiento insuficientes (6–7)	Procesos de valoración inicial y monitoreo frágiles; impiden ajustes terapéuticos oportunos.
Planes de tratamiento básicos sin razonamiento clínico (8)	Procesos de intervención empírica, con bajo anclaje en guías o estándares; limita la eficacia.
Altas y recomendaciones superficiales (9)	Procesos de transición de cuidado poco robustos; riesgo de recaídas o mal seguimiento post-alta.

Nota. Tabla de elaboración propia

3. Resultado

Definición: consecuencias de la atención en salud, tanto para el paciente como para la organización.

Tabla 3: Hallazgos y vínculo

Hallazgo cualitativo	Implicaciones de resultado según Donabedian
Encuestas de satisfacción no sistematizadas (17)	Dificultad para medir percepción de calidad y resultados de salud desde la perspectiva del paciente.
Ausencia de indicadores de desempeño estratégico (11–13)	Falta de métricas objetivas que cuantifiquen resultados clínicos, operativos y estratégicos.

Nota. Tabla de elaboración propia

Al finalizar el análisis de contenido se presentan las recomendaciones de acuerdo al modelo de Donabedian, es decir:

RECOMENDACIONES RELACIONADAS CON LA ESTRUCTURA, CON EL PROCESO Y CON EL RESULTADO.

1. Estructura

- ✓ Definir y comunicar organigramas, roles y líneas de autoridad.
- ✓ Implementar un sistema digital de historias clínicas con contenidos estandarizados (CIF/MIF).
- ✓ Establecer un programa formal de capacitación continua.

2. Proceso

- ✓ Diseñar y protocolizar rutas de atención interdisciplinaria (manuales, flujogramas).
- ✓ Incorporar guías clínicas basadas en evidencia para evaluación, intervención y alta.
- ✓ Crear un sistema de comunicación interna (intranet, reuniones quincenales interdisciplinarias).

3. Resultado

- ✓ Desarrollar y validar indicadores clave (p. ej., tasa de recaída, nivel de funcionalidad post-alta, satisfacción del usuario).
- ✓ Sistematizar encuestas de satisfacción y análisis trimestral de resultados.

Análisis de la satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos

Se aplicó una encuesta de satisfacción a los 25 usuarios del servicio de fisioterapia.

Dicha encuesta fue elaborada por el autor y validada mediante criterio de 10 expertos con un mínimo de 10 años de experiencia en atención directa a pacientes, coordinadores de servicio de fisioterapia, coordinadores de ONG con rubros en la rehabilitación, jefes de departamento de rehabilitación de clínicas y hospitales privados y atención directa a pacientes de forma privada.

Cuenta con preguntas sobre la frecuencia de uso del servicio, motivos de consulta, experiencia percibida, satisfacción con la atención recibida, con las instalaciones, cumplimiento de sus expectativas, sobre la eficacia del tratamiento y percepciones generales. Al final dos preguntas abiertas sobre algo positivo que quisieran destacar y sugerencias para mejorar la calidad de la atención.

En el anexo 3 puede observarse la guía de entrevista a los pacientes usuarios del servicio de fisioterapia, así como la frecuencia con que se emitió cada respuesta.

I. Análisis por categorías temáticas

1. Acceso y frecuencia de uso

El 68 % de los pacientes asisten dos veces por semana, lo que indica una alta adherencia al tratamiento y una percepción de necesidad continua. La frecuencia de asistencia sugiere que el servicio está dirigido principalmente a casos donde la percepción de dolor es el vínculo sobre la asistencia del paciente a la clínica de fisioterapia.

2. Motivo principal de consulta

Predominó la lesión deportiva (48 %) y dolor crónico (20 %) como motivo de asistencia al servicio. Sugiere una relación con la percepción del dolor y la necesidad de recuperación para la continuidad de la práctica deportiva sin la sensación de dolor o la disminución de la sintomatología para realizar sus actividades de la vida diaria.

Se debe fortalecer el perfil como unidad de atención musculoesquelética integral, y también investigar posibles necesidades no cubiertas en pacientes con condiciones menos frecuentes. Esto refleja una necesidad sentida de tener una formación continua de los fisioterapeutas del Centro Regional de Salud Valencia.

3. Satisfacción general y experiencia percibida

Un 76 % se declaró satisfecho con su experiencia general, el 88 % considera que sus expectativas fueron cumplidas y el 64 % cree que el tratamiento mejoró su condición.

Existe una percepción favorable del servicio, aunque un 36 % señala solo una mejora moderada. Es una meta subjetiva el esperar que el 100 % de los pacientes

estén conforme con los resultados de su proceso, por la existencia de variables que van desde el desconocimiento del propio paciente sobre su condición de salud, que por consecuencia deja en evidencia el poco abordaje educativo del terapeuta al paciente, esto refleja la necesidad de intervenciones más personalizadas o mejores estrategias de comunicación del progreso clínico sobre todos los contextos del paciente.

4. Atención profesional y comunicación

La satisfacción con los fisioterapeutas es alta (68 % satisfecho, 32 % moderadamente). Sobre la información recibida relacionada con el tratamiento, un 92 % se sintió satisfecho. Los fisioterapeutas son percibidos como competentes y empáticos, aunque el 32 % de respuestas moderadas muestra margen para reforzar la relación. Aunque parezca paradójico con el numeral anterior se podría relacionar con el desconocimiento del proceso que debe de realizar un fisioterapeuta (desde la educación hasta el mínimo de los procesos terapéuticos) junto a los derechos y deberes del paciente.

5. Infraestructura y condiciones físicas

Aunque el 60 % considera adecuadas las instalaciones, un 12 % está insatisfecho. En los comentarios abiertos (pregunta 10), la mayoría de las críticas se relacionan con el espacio físico:

“El lugar es muy pequeño” (72 %)

“Para lo que cobran, deberían mejorar el lugar” (20 %)

Existe una brecha importante entre la calidad humana del área de fisioterapia y las condiciones físicas del entorno, lo cual puede afectar la percepción de profesionalismo e incluso la continuidad del tratamiento o la percepción de satisfacción del paciente.

6. Comentarios cualitativos abiertos

Aspectos positivos mencionados:

“Me tratan muy bien” (20 %)

“Las chicas muy dispuestas” (16 %)

Áreas de mejora:

“Más empatía”

“Mejorar limpieza”

“El lugar es muy pequeño”

Predomina una valoración positiva de la atención profesional, los pacientes detectan aspectos mejorables en la infraestructura física y la calidez emocional, lo que repercute en la experiencia integral del usuario.

1. Dimensión Estructura

El 60 % de los pacientes se mostró satisfecho con las instalaciones, pero un 12 % expresó insatisfacción. Los comentarios abiertos señalaron deficiencias estructurales específicas:

“El lugar es muy pequeño” (72 %)

“Para lo que cobran, deberían mejorar el lugar” (20 %)

“Falta de limpieza”

Aunque la atención del personal es bien valorada, los pacientes perciben que la infraestructura del centro no está alineada con la calidad humana del servicio. Las dimensiones físicas del espacio, la higiene, pudor y el confort son elementos que afectan la percepción global del servicio. Esta brecha estructural podría afectar indirectamente los procesos asistenciales y los resultados clínicos, y plantea la necesidad de alinear la estructura física con los estándares esperados de atención profesional.

La evaluación de la calidad del servicio de fisioterapia, realizada bajo el enfoque del modelo de Donabedian, permitió identificar fortalezas puntuales y múltiples áreas de mejora en las dimensiones de estructura, proceso y resultado.

En la **estructura**, se evidenció una organización funcional débil, caracterizada por la falta de claridad en los roles del personal, una jerarquía ambigua y una infraestructura física que no cumple con los estándares esperados por los usuarios. Además, se detectó la inexistencia de herramientas tecnológicas formales para el registro clínico, así como la ausencia de políticas institucionalizadas para la gestión de la calidad.

Estos resultados que revelaron debilidades críticas en la estructura organizacional: infraestructura insuficiente, roles jerárquicos poco claros y ausencia de sistemas de registro clínico digital, esta percepción de debilidad estructural es coincidente con lo observado en otros estudios, como en el estudio de Oostendorp et al. en 2022, quienes encontraron que luego de implementar indicadores de calidad basados en Donabedian en pacientes con lesiones por latigazo cervical en atención

primaria, la mejora estructural (registro de datos clínicos, seguimiento sistematizado) fue un factor clave para elevar la calidad asistencial.³⁰

En contraste, un estudio reciente en Libia Alhadi et al “Satisfacción del paciente con los servicios de fisioterapia en Libia: un estudio transversal, 2021” reportó altos niveles de satisfacción en los ítems relativos a las explicaciones del fisioterapeuta y su consideración de las necesidades del paciente, incluso en contextos de infraestructura limitada, en otras palabras, aunque la estructura no fuera óptima, el trato humano pudo compensar parcialmente.³¹ Esto coincide con sus hallazgos: la buena disposición del personal mitiga, pero no reemplaza, las deficiencias estructurales.

2. Dimensión Proceso

El 92 % de los pacientes se sintieron bien informados sobre su tratamiento, el 88 % manifestó que se cumplieron sus expectativas con la atención, 68 % calificó positivamente la atención de los fisioterapeutas; el restante (32 %) lo hizo de forma moderada.

Comentarios positivos:

“Me tratan muy bien”, “Las chicas muy dispuestas”

Áreas de mejora: “Más empatía”

Los datos reflejan un aceptable nivel de competencia técnica y comunicativa de los fisioterapeutas. La relación terapéutica se percibe mayormente positiva, lo cual fortalece el proceso de atención. No obstante, los llamados a mejorar la empatía sugieren que, aunque la información es clara, puede existir cierta distancia emocional o falta de personalización en el trato.

Desde el enfoque de Donabedian, esto se traduce en la necesidad de fortalecer los componentes relacionales del proceso asistencial, a fin de humanizar aún más la atención y promover mayor adherencia al tratamiento.

Respecto al **proceso**, se observó que, aunque los fisioterapeutas muestran compromiso con la atención y son bien valorados en términos de disposición y trato, los procedimientos clínicos carecen de sistematización. No se utilizan de forma constante herramientas como la Clasificación Internacional de Funcionamiento y discapacidad o el Método de Intervención de Fisioterapia, y el razonamiento clínico no está formalmente integrado en la planificación terapéutica. La comunicación interprofesional y el trabajo en equipo también son limitados.

La identificación de estas deficiencias coincide con la revisión de Oostendorp y colaboradores en 2022, quienes documentaron cómo la aplicación de indicadores de procesos en pacientes con trastornos asociados al latigazo cervical mejoró significativamente cuando se fortaleció el razonamiento clínico.

En Australia, Vaughan Nicholson et al. en 2023, hicieron un estudio denominado “Los pacientes informan estar satisfechos con la fisioterapia musculoesquelética privada cuando los terapeutas educan de manera eficaz y facilitan la toma de decisiones compartida”.³² Encontró que la educación al paciente y la toma de decisiones compartida fueron los vínculos más fuertes para la percepción de satisfacción y la fisioterapia musculo-esquelética de atención privada. Esto arroja que, más allá de las técnicas que se utilizan en fisioterapia, la forma en que se comunica y se involucra al paciente constituye el núcleo de un proceso fisioterapéutico de calidad, aspecto que coincide con los resultados de esta investigación donde los usuarios valoraron positivamente la información recibida por los fisioterapeutas, pero mencionaron falta de empatía y personalización.

3. Dimensión Resultado

El 76 % de los usuarios se declaró satisfecho con su experiencia general, 64 % percibió una mejora en su condición física, mientras un 36 % la consideró moderada, solo el 20 % expresó resultados poco favorables o sin respuesta clara.

Los resultados sugieren que el servicio genera impactos positivos en experiencia del usuario, aunque en algunos casos las mejoras son parciales. La satisfacción general elevada puede deberse más al trato profesional y al compromiso del equipo.

Esto indica que, a pesar de las limitaciones estructurales, los procesos bien ejecutados permiten generar buenos resultados, aunque no en todos los casos se alcanzan resultados óptimos, lo que refuerza la necesidad de seguimiento y planes personalizados de intervención.

En relación con los Resultados, la percepción general de los usuarios es positiva en lo relativo al trato recibido y a la experiencia global con el servicio. Sin embargo, esta satisfacción se da en un contexto donde los resultados clínicos percibidos son moderados y el impacto funcional del tratamiento no siempre se cuantifica ni documenta.

En general la calidad del servicio se sustenta en la buena disposición del recurso humano, pero se ve limitada por deficiencias organizativas, tecnológicas y procedimentales que comprometen su sostenibilidad y eficiencia a largo plazo.

Este estudio muestra una alta satisfacción del paciente (76 %) y percepción de mejora clínica (64 %), el resultado después de las sesiones de fisioterapia no siempre se tradujo en mejora funcional significativa para el usuario. Esto indica una discrepancia entre la percepción subjetiva de calidad y los resultados funcionales.

Un estudio realizado en Libia por Alhadi M. Jahan et al. denominado "Satisfacción del paciente con los servicios de fisioterapia" en Libia: un estudio transversal con 501 pacientes de clínicas ambulatorias registró niveles de satisfacción altos, especialmente en la comunicación del fisioterapeuta, su capacidad para explicar el tratamiento y su disposición a atender las necesidades del paciente, alcanzaron porcentajes que superaron el 80 % en ítems que ellos propusieron. También identificaron que factores sociodemográficos como el género y la ocupación influyen en la satisfacción; por ejemplo, las mujeres y los pacientes desempleados reportaron niveles significativamente mayores.

La literatura evidencia que la satisfacción del usuario no siempre se traduce en resultados clínicos satisfactorios. Francisco Fatoye et al. en su estudio "Eficacia clínica y coste-efectividad de las intervenciones de fisioterapia tras el reemplazo total de cadera: una revisión sistemática y un metaanálisis"³³ donde se realizó una revisión sistemática de intervenciones tras artroplastia de cadera encontró mejoras significativas en rango de movimiento y reducción del dolor en los pacientes sometidos a fisioterapia en una institución, y programas en el hogar donde los ejercicios no supervisados, reportan resultados similares. También señalan que la satisfacción puede estar influenciada por expectativas no satisfechas o por los factores emocionales del servicio, más que por la mejora funcional real. Estos estudios sugieren que la percepción subjetiva de los pacientes es un indicador relevante de la calidad de atención en los servicios de fisioterapia.

Tabla 4: Hallazgos

Dimensión del modelo	Evidencia del instrumento	Interpretación
Estructura	Críticas al espacio físico, limpieza, y adecuación de instalaciones (preg. 6 y 10)	Hay condiciones estructurales que no están alineadas con el estándar de calidad percibido por los usuarios.
Proceso	Satisfacción con atención profesional, comunicación, y seguimiento	El proceso de atención parece bien valorado, con oportunidades para mejorar la empatía y el razonamiento clínico compartido.
Resultado	Alta tasa de satisfacción general y percepción de mejora clínica (preg. 3, 7, 8)	Se reflejan buenos resultados, pero con matices que sugieren una mejora parcial en algunos casos.

Nota. Tabla de elaboración propia

Al finalizar la fase de valoración de la calidad de la atención, queda confirmada la necesidad de elaborar un plan de acciones que constituya una guía para mejorar la calidad de la atención del Centro Regional Valencia.

Objetivo 2. Diseñar un plan de acciones para el mejoramiento de la calidad de atención.

El autor elaboró una propuesta de manual, luego de conocer las observaciones realizadas por los usuarios del servicio de rehabilitación y la valoración de los instrumentos mediante el análisis documental.



**MANUAL DE PROCESOS PARA EL ÁREA DE FISIOTERAPIA CENTRO
REGIONAL DE SALUD VALENCIA, FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD
DE EL SALVADOR**

1. Introducción

El presente manual tiene como finalidad estandarizar los procesos y procedimientos que se ejecutan en el área de fisioterapia de la Clínica Universitaria, con el propósito de garantizar una atención integral, eficiente y basada en principios científicos y éticos. El documento está dirigido tanto al personal administrativo como al profesional de fisioterapia, y busca orientar su desempeño bajo los principios de calidad, seguridad del usuario, eficiencia organizacional y trato digno.

La Clínica de Fisioterapia se encuentra ubicada dentro del campus central de la Universidad de El Salvador (UES), y es parte de la Facultad de Medicina. Desde su fundación, esta clínica ha sido un espacio estratégico para la proyección social de la universidad, al brindar atención especializada no solo a la comunidad universitaria (estudiantes, docentes y personal administrativo), sino también a personas externas que acceden mediante procesos abiertos.

Además de ser un centro de atención ambulatoria, la clínica funciona como un escenario formativo-clínico para los estudiantes de fisioterapia. En este contexto, se convierte en una herramienta pedagógica clave para el fortalecimiento de las competencias profesionales, éticas y sociales de los egresados.

El servicio de fisioterapia está orientado a la prevención, tratamiento y rehabilitación de distintas afecciones del sistema musculoesquelético, neurológico y postquirúrgico, entre otros. La atención se fundamenta en el modelo biopsicosocial de salud, por lo que los fisioterapeutas reconocen que los procesos de enfermedad y recuperación están determinados no solo por factores biológicos, sino también por variables sociales, psicológicas y culturales. Bajo esta visión, el usuario es concebido como un ser integral, activo en su proceso de rehabilitación y con derecho a recibir información clara, participación en la toma de decisiones y respeto a su dignidad.

2. Objetivo del Manual

Brindar lineamientos claros sobre los procedimientos y responsabilidades del personal que labora en el área de fisioterapia, con el fin de asegurar la atención oportuna, ética y centrada en el usuario, mediante la aplicación de un modelo de atención fundamentado en el razonamiento clínico y en la evaluación funcional.

3. Alcance

Este manual aplica a todos los procesos involucrados en la atención directa de fisioterapia, desde la solicitud de cita hasta la alta terapéutica del usuario, debe de incluir los procedimientos administrativos, clínicos y de seguimiento.

4. Información general del servicio

- **Ubicación:** Centro Regional de Salud Valencia, Universidad de El Salvador
- **Población atendida:** Comunidad universitaria y personas externas
- **Modalidad:** Atención ambulatoria
- **Cobertura horaria:** lunes a viernes, 7:00 a.m. a 3:00 p.m.
- **Servicios brindados:** Evaluación fisioterapéutica, rehabilitación postquirúrgica, tratamiento de dolor crónico, fisioterapia preventiva, deportiva entre otros.

5. Proceso general del servicio

A continuación, se describe el proceso global desde el ingreso del usuario hasta la finalización del tratamiento. Las actividades están organizadas por: usuario, personal administrativo y fisioterapeutas.

Tabla 5: Usuario

Actividad	Descripción	Documento
Solicitud de cita	De forma presencial o telefónica. Puede venir con o sin referencia.	Hoja de información general, mandamiento de pago
Apertura de expediente	Presenta constancia médica, paga el servicio, se abre expediente.	Expediente clínico, comprobante de pago
Espera de atención	Permanece en sala de espera hasta ser llamado.	XXXXXXXXXXXXXXXX
Asistencia a consulta de seguimiento	Recibe mandamiento de pago, lo entrega al fisioterapeuta.	Mandamiento y comprobante

Nota. Tabla de elaboración propia

Tabla 6: Fisioterapeuta

Actividad	Descripción	Documento
Entrevista inicial	Anamnesis completa.	Hoja de evaluación
Evaluación física y por sistemas	Aplicación de CIF/MIF cuando aplique.	Hoja de evaluación
Determinación de viabilidad del tratamiento	Si no procede, se refiere o se busca opinión interdisciplinaria.	Hoja de evaluación
Diseño del plan terapéutico	Objetivos a corto plazo. Técnica basada en razonamiento clínico.	Hoja de evaluación
Atención terapéutica	Aplicación de técnicas, revisión diagnóstica, educación.	Hoja de evaluación
Seguimiento	Reevaluación, ajuste de plan, alta terapéutica si aplica.	Hoja de evaluación

Nota. Tabla de elaboración propia

6. Procedimientos específicos

6.1. Atención a usuarios sin referencia médica

1. Solicita cita
2. Es evaluado por medicina general
3. Si procede, se refiere a fisioterapia
4. Sigue el proceso habitual

6.2. Usuario sin cita

1. Evaluación de cupo disponible
2. Si hay espacio, se atiende; si no, se orienta con recomendaciones básicas
3. Se programa cita formal

6.3. Alta fisioterapéutica

1. Evaluación final
2. Informe al usuario sobre su condición funcional
3. Entrega de recomendaciones
4. Registro de alta en expediente

Tabla 7: Documentos y formatos utilizados

Nombre del documento	Función
Expediente clínico	Registro general
Hoja de evaluación	Método de Intervención de Fisioterapia (MIF)
Hoja de signos vitales	Valoración inicial básica
Mandamiento de pago	Constancia administrativa
Hoja de evaluación	Diseño de objetivos y técnicas
Hoja de evaluación	Evaluación periódica
Registro de alta	Informe final del tratamiento

Nota. Tabla de elaboración propia

8. Anexos

- Flujograma general de atención
- Formato de hoja de evaluación fisioterapéutica
- Ejemplo de plan de tratamiento

Observaciones finales

Este manual debe ser revisado periódicamente por el equipo coordinador del servicio, a fin de incorporar cambios metodológicos, normativos o técnicos. Todo el personal debe ser capacitado en su contenido y adherirse a sus lineamientos como parte de la mejora continua del servicio, por lo que se debe tener como prioridad la capacitación continua a los fisioterapeutas del Centro Regional de Salud Valencia.

Se deberá adoptar un sistema de gestión de calidad, que incluya indicadores de estructura, proceso y resultado; mecanismos de evaluación periódica como encuestas de satisfacción que servirá como insumo para actualizar periódicamente la estrategia de mejora continua basada en evidencia con el objetivo de no solo elevar la calidad técnica y humana de la atención fisioterapéutica, sino también consolidar a la Centro Regional de Salud Valencia como un referente institucional que articule docencia, investigación y proyección social desde un enfoque de salud integral.

A continuación, se ofrece una guía que se le entrega a los expertos integrantes de la técnica de Discusión de Gabinete, para que se discuta cada aspecto evaluativo.

Tabla 8: Validación de la Propuesta de manual de procesos para la valoración y pertinencia de los procesos

Intervención en fisioterapia						
Responsable	actividad	Descripción de la actividad	Documento de registro	Es funcional la Actividad		Observaciones
				Si	No	
Usuario	Solicitud de cita para fisioterapia	De manera presencial o vía teléfono debe de agendar cita, con referencia por otra institución o personal autorizado, sino presenta una referencia seguir procedimiento de consulta con médico general. Se brindará información específica como el uso de ropa adecuada para el tratamiento u otro artículo necesario y deberá ser informado para el día de la cita por primera vez sobre la necesidad de exámenes como Rx, ultrasonografías, RM u otro examen según lo demande las condiciones de salud.	Hoja de información general, mandamiento de pago en colecturía			
	Apertura de expediente	De manera presencial, se apertura expediente, el usuario de presentar la constancia o referencia médica, se le entregara un mandamiento de pago que deberá cancelar en el mismo momento y regresara con el comprobante.	Mandamiento de pago y hojas de expediente clínico			
	Paciente con	Deberá aperturar expediente, cancelar el costo de la terapia que	Hojas de signos vitales y expediente clínico			

	referencia médica.	<p>dependerá del estatus del paciente (población universitaria y personas externa a la Universidad de El Salvador)</p> <p>Con el comprobante de pago se deberá trasladar al área de enfermería para preparación de enfermería, posterior será derivado al área de fisioterapia.</p>				
	Paciente sin referencia medica	Mismo procedimiento anterior, la derivación se hará para medicina general quien decidirá si se remite a fisioterapia.	Hojas de signos vitales y expediente clínico			
	Paciente con referencia que requiera ser atendido sin cita.	Se hará una valoración entre personal administrativo y fisioterapeutas sobre la existencia de cupos, si existen cupos se debe de atender al paciente de lo contrario el coordinador de la clínica debe de hacer una evaluación básica y brindar información al paciente de posibles tratamientos en casa, también brindara retroalimentación sobre la ropa que debe de colocarse el día de inicio de las terapias y los exámenes específico el día de su cita.				
	Paciente en espera	Deberá sentarse en la sala de espera atento cuando la o el fisioterapeuta lo llame				

	Usuario con segunda cita o mas	Deberá acercarse al área administrativa para que se le entregue el mandamiento de pago, deberá cancelarlo y ser entregado al fisioterapeuta para poder ser atendido.				
--	--------------------------------	--	--	--	--	--

Nota. Tabla de elaboración propia

Tabla 9: Validación de la Propuesta de manual de procesos para la valoración y pertinencia de los procesos

Intervención en fisioterapia						
Responsable	Actividad	Descripción de la actividad	Documento de registro	Es funcional la Actividad		Observaciones
				Si	No	
Fisioterapeuta	Primer contacto con el usuario (entrevista a usuario)	El fisioterapeuta deberá realizar una anamnesis de 10 o 15 minutos donde realizará las preguntas con más relevancia para iniciar la formación de criterio	Hoja de evaluación de fisioterapia			
	Evaluación por sistemas	El terapeuta junto al coordinador (siempre que otras actividades lo permitan) deberá realizar una valoración sistemática como base: CIF y MIF (razonamiento clínico)	Mandamiento de pago y hojas de expediente clínico			

Atención directa	<ul style="list-style-type: none"> -Recibe al usuario, responsable o cuidador siempre que sea necesario en el área y se deben presenta con él usuario. - Revisan documentación (referencia) y hoja de signos vitales. - Revisa pruebas de apoyo diagnóstico. - Realiza anamnesis y evaluación física. - Realiza pruebas específicas. - Informa al usuario, responsable/cuidador sobre su condición de salud y su capacidad funcional. 				
Viabilidad del tratamiento.	<p>Establece plan de intervención según la condición de salud. Da indicaciones específicas según el tratamiento.</p>				
No Viabilidad del tratamiento.	<p>Se refiere a la unidad que le corresponde. Registra datos en el expediente clínico.</p>				
Condición confusa	<p>El coordinador o el fisioterapeuta deben buscar una segunda opinión con otro fisioterapeuta, si esto no</p>				

		es suficiente se debe de buscar un trabajo inter o multidisciplinario.				
	Planteamiento de objetivos y primera propuesta de tratamiento	Terapeuta se traza los objetivos acorto plazo que podrían variar según el comportamiento del usuario durante la primera intervención o por criterio del fisioterapeuta, todo esto utiliza razonamiento clínico para decidir las técnicas idóneas a utilizar según la o las condiciones de salud del usuario	Hoja de valoración de fisioterapia			
	Finalización de la sesión de fisioterapia	La o el terapeuta está obligado a informar sobre el estado de salud del paciente para mayor comprensión del usuario y/o otra información que amerite.	Hojas de signos vitales y expediente clínico			
	Realiza seguimiento a resultados de intervención	-Evalúa los resultados obtenidos durante el cumplimiento del plan de intervención, si es necesario según criterio debe de cambiarse. -Referencia/retorno e interconsulta. Informa a médico tratante la necesidad de reevaluar por no mejorar en su condición de salud. -Alta: Informa a la persona, sobre alta del tratamiento, retorna si es				

		necesario y despacha con recomendaciones.				
	Realiza seguimiento a resultados de intervención .	<p>Evalúa los resultados obtenidos durante el cumplimiento del plan de tratamiento (esto debe de realizarse periódicamente).</p> <p>-Alta: Informa a la persona sobre alta de las sesiones terapéuticas y da recomendaciones.</p>				

Nota. Tabla de elaboración propia

Objetivo 3. Validar la estrategia.

Se utilizó la técnica *Discusión de Gabinete* para validar la propuesta de acciones para el mejoramiento de la calidad de la atención.

Fase 1.

Preparación de materiales: se socializó la propuesta de acciones para una revisión profunda de su contenido.

La muestra utilizada para la validación de la propuesta estuvo conformada por diez especialistas seleccionados intencionalmente según criterios de competencia profesional y experiencia investigativa en el ámbito. El grupo de especialistas fue conformado por tres profesionales con cargo de direcciones de instituciones como hospitales, unidades de salud, clínicas públicas y privadas, dos jefes de departamentos de fisioterapia, dos coordinadores de áreas de fisioterapia, tres fisioterapeutas de más de 10 años de experiencia en asistencia directa. Todos los expertos poseen títulos académicos de Máster o categoría docente, así como una destacada trayectoria en la fisioterapia, lo que garantizó la solidez y pertinencia de los criterios emitidos durante la técnica de discusión de gabinete.

Para la socialización se presentó detalladamente la propuesta, se expusieron sus fundamentos teóricos, diagnóstico inicial, estructura metodológica y las acciones específicas para la calidad de la atención. También les fue entregada la guía confeccionada para la evaluación de cada uno de los acápites.

Fase 2.

Sesión de discusión: se desarrolló el taller grupal mediante técnicas participativas como la lluvia de ideas, para propiciar el debate y reflexión sobre pertinencia, aplicabilidad y sostenibilidad del plan de acciones.

Fase 3.

Evaluación y ajustes: se llega a consenso entre los especialistas y se integran sus recomendaciones como ajustes metodológicos de atención directa y procedimentales como la utilización de instrumentos estandarizados, la implementación de discusión de casos de forma interdisciplinaria y la creación de un flujograma para una mejor visualización de los procesos en la versión final de la propuesta.

El consenso se obtuvo mediante una discusión general, que tuvo en cuenta la información recogida por todos y las opiniones dadas. Se fijó un tiempo para cada

intervención y discusión general. Agotado el debate, se pasó a la redacción de los acuerdos y decisiones adoptadas por los especialistas.

Los resultados de la aplicación de la técnica de referencia avalan la propuesta de acciones diseñada, quienes consideran adecuados los contenidos, la organización, los temas y las actividades que les fueron presentadas lo que da una medida de la validez de la propuesta.

Los especialistas consideraron que la propuesta es innovadora y aborda un problema que se evidencia en la calidad de la atención.

Los especialistas enfatizaron la importancia de evaluar continuamente la propuesta para asegurar su sostenibilidad y adaptabilidad a los cambios tecnológicos y sociales.

Al final de la discusión, se acordó que la propuesta tiene un gran potencial para ser implementada y que se deben realizar ajustes menores para mejorar su efectividad, esta estrategia cuenta con acciones de bajo costo y alto impacto como: estandarización de expediente y hoja de seguimiento digital simple, checklists de ingreso y alta, para asegurar continuidad en la atención, encuesta breve de satisfacción del usuario, reuniones semanales de coordinación de 15 minutos, para fortalecer la comunicación interna. Estas acciones, de bajo costo operativo y alto impacto funcional, permitirán evidenciar mejoras tangibles en la calidad percibida y crear el impulso necesario para la ejecución de intervenciones más complejas a futuro.

CONCLUSIONES

- El análisis realizado permitió fundamentar teóricamente la necesidad de contar con un plan de acciones para el mejoramiento de la calidad de la atención en el servicio de fisioterapia del Centro de Salud Valencia. La lógica participativa de la investigación-acción-participativa y las técnicas utilizadas facilitaron la identificación de saberes previos y vacíos conceptuales. Este sustento teórico-metodológico constituyó el eje articulador sobre el cual se construyó el sistema de acciones propuesto.
- Respecto a la calidad de la atención se evidenció una organización funcional débil, caracterizada por la falta de claridad en los roles del personal, una jerarquía ambigua y una infraestructura física que no cumple con los estándares esperados por los usuarios. Aunque los fisioterapeutas muestran compromiso con la atención y son bien valorados en términos de disposición y trato al usuario, los procedimientos clínicos carecen de sistematización, también la percepción general de los usuarios es positiva en lo relativo al trato recibido y a la experiencia global con el servicio. Sin embargo, esta satisfacción se da en un contexto donde los resultados clínicos percibidos son moderados.
- Se diseñó un plan de acciones orientado a fortalecer la calidad del servicio de fisioterapia que se basa en tres ejes fundamentales: fortalecimiento organizacional, estandarización de los procesos clínicos y consolidación de una cultura institucional de calidad con implementación de capacitaciones continuas. Desde el ámbito organizativo, contempla la creación de un organigrama funcional, la definición de roles y responsabilidades, y la sugerencia de mejora de la infraestructura física, con el fin de crear un entorno laboral seguro, ordenado y adecuado para la atención.
- En la validación del programa se logró un consenso positivo para presentarlo como propuesta al Centro Regional de Salud Valencia.

RECOMENDACIONES

Dirigidas a dirección del Centro Regional de Salud Valencia, dirección de la carrera de fisioterapia y terapia ocupacional, coordinadora o coordinador de la clínica.

1.1. Fortalecer la estructura organizacional

- Formalizar los roles y jerarquías mediante la elaboración y socialización de un organigrama funcional en consenso con las direcciones del Centro Regional de Salud Valencia y la dirección de la carrera de fisioterapia y terapia ocupacional.
- Establecer perfiles de cargo y descripciones de funciones para el personal de fisioterapia, administración y personal de apoyo.
- Mejorar la infraestructura física del servicio (espacio, ventilación, limpieza, señalización), esto responde a la insatisfacción de pacientes respecto al entorno.

1.2. Al coordinador de la clínica y fisioterapeutas para evaluar y optimizar los procesos clínicos.

- Estandarizar el proceso de evaluación inicial, seguimiento y alta mediante guías clínicas y uso obligatorio de escalas funcionales según pertinencia.
- Incorporar el razonamiento clínico como herramienta obligatoria en la planificación de tratamiento.
- Asegurar el uso de instrumentos internacionales como la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF) y el Modelo de Intervención en Fisioterapia (MIF).
- Sistematizar las encuestas de satisfacción del usuario con periodicidad trimestral(máximo) y análisis de resultados.

Dirigidas al coordinador de la clínica y dirección del Centro Regional de Salud Valencia para construir recomendaciones estratégicas integradas para un plan de mejora continua:

2.1. Implementar un sistema de gestión de calidad en fisioterapia

- Diseñar e implementar un plan estratégico del servicio de fisioterapia con objetivos estratégicos y líneas de acción que incluyan:
 - Auditorías internas semestrales, para verificar el cumplimiento de protocolos clínicos y administrativos.
 - Creación de un comité de verificación de calidad.
 - Reuniones mensuales del comité, con actas de seguimiento y análisis de resultados.

- Establecer un mecanismo de Interno de calidad en fisioterapia que revise los procesos y proponga mejoras periódicas que incluya la participación del personal de fisioterapia y de esta forma mantener cambios positivos en el tiempo, en acciones como:
 - Participación del personal en el diseño y revisión de protocolos, esto garantiza su aplicabilidad real.
 - Protocolos simplificados y flexibles, centrados en la persona y en la comunicación terapéutica con el objetivo de evitar sobrecarga administrativa.
 - Programas de reconocimiento y retroalimentación positiva, orientados a mantener la motivación del equipo.
 - Capacitaciones en comunicación terapéutica y empatía clínica, integradas en el plan de formación continua.
- Elaborar un programa de formación permanente para fisioterapeutas según las necesidades percibidas, las capacitaciones se gestionarán en coordinación entre la dirección de Centro Regional de Salud Valencia y la dirección de la carrera de fisioterapia para ser impartidas por docentes expertos en los temas, por ejemplo:
 - Razonamiento clínico
 - Evaluación funcional avanzada
 - Atención centrada en la persona
 - Técnicas manuales de tratamiento
 - Comunicación empática y ética
 - Bioética, gestión clínica y normativa sanitaria vigente
- Crear canales formales de comunicación vertical y horizontal dentro del equipo de salud.
- Promover el trabajo interdisciplinario con otras áreas clínicas (medicina, enfermería, psicología), e incluir reuniones de caso.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud de El Salvador. Plan Estratégico Institucional (PEI) 2021–2025. San Salvador: Ministerio de Salud; 2021 [acceso 17/04/2025]. Disponible en: <https://www.transparencia.gob.sv/institutions/minsal/documents/451868/download>
2. Parada-Toro I, López-Cruz AD, Villalobos-López JS. Diseño de una herramienta gerencial para la mejora organizacional en centros de salud de primer nivel de atención. Rev Horizonte Sanitario. 2016;1 5(2):— [acceso 17/04/2025]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457846538003>
3. Meléndez Martínez LY, Vergel Ortega M, Martínez Lozano JJ. Estrategia organizacional y adopción de prácticas saludables en la región Caribe de Colombia. Logos Ciencia & Tecnología. 2017;9 (1):179–194. <https://doi:10.22335/rict.v9i1.438>
4. Donabedian A. Aspects of Medical Care Administration. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1969.
5. Deming WE. Out of the Crisis. Cambridge, MA: MIT Press; 1986.
6. Deming WE. The New Economics: For Industry, Government, Education. Cambridge, MA: MIT Press; 1993.
7. Lewin K. Field Theory in Social Science. New York: Harper & Row; 1951.
8. Kotter JP. Leading Change. Boston, MA: Harvard Business Review Press; 1996.
9. Vivanco Vergara ME. Los manuales de procedimientos como herramientas de control interno de una organización. Univ Soc [Internet]. 2017 [acceso 17/04/2025];9(3):247–252. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2218-36202017000300038
10. García-Ortiz JM. Fortalecimiento de la calidad del servicio de salud mediante un modelo de gestión institucional. Rev Arbitr Interdiscip Cienc Salud Salud Vida. 2024;8(15):16–27. Disponible en: <https://doi.org/10.35381/s.v.v8i15.3194>

11. Flores Arévalo J, Barbarán Mozo HP. Plan integral de mejora para fortalecer la gestión hospitalaria a nivel institucional en la región San Martín, 2021. *Ciencia Latina Rev Cient Multidiscip.* 2022;6(1):2436–2460. Disponible en: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i1.1660

12. Obispo A. La fisioterapia en los sistemas de salud: marco teórico y fundamentos para una práctica integral. *Salud Colectiva.* 2021;17:e3709. Disponible en: <https://doi.org/10.18294/sc.2021.3709>

13. Organización Mundial de la Salud. Prestación de servicios de salud de calidad: un imperativo global para la cobertura sanitaria universal. Ginebra: OMS; 2018 [acceso 17/04/2025]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/340027/9789240016033-spa.pdf>

14. Organización Panamericana de la Salud. Evaluación del desempeño de los sistemas de salud: un marco para el análisis de políticas. Washington, DC: OPS; 2023 [acceso 17/04/2025]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57392/9789275326787_spa.pdf

17. Macas Tapia RI, et al. Percepciones y prácticas en la gestión de calidad de los niveles de atención aplicando el modelo de Donabedian: análisis comparativo. *LATAM Rev Calidad Asistencial.* 2025;X(X): — [acceso 17/04/2025]. Disponible en: <https://latam.redilat.org/index.php/lt/article/view/3466>

18. McCullough CM, et al. Nursing primary health care service evaluation using the Donabedian model: a systematic review. *J Nurs Care Qual.* 2023;38(1):E1–E11. <https://doi:10.1097/NCQ.000000000000598>

19. Avruscio G, et al. Implementation of a quality management system according to ISO 9001:2015 in an Angiology Unit: an Italian experience. *Int Angiol.* 2022;41(4):317–324. <https://doi:10.23736/S0392-9590.21.04611-3>

20. Helfat CE, et al. Dynamic capabilities: renewing the resource-based view. *Strateg Organ.* 2007;5(1):77–91. <https://doi:10.1177/1476127007075623>

21. Rendon Cazales VJ, Benavides Lara MA, Sánchez Mendiola M, Pompa Mansilla M. Investigación-acción- participativa y educación basada en evidencias en

el campo de la salud. Investigación educ. médica. 2024; 13(49). Disponible en: <https://repositorio.unam.mx/contenidos/4155746>.

22. Barroso Ribal C. Los instrumentos de la investigación acción participativa [Internet]. Universidad de la Laguna. Disponible en: <https://ctinobar.webs.ull.es/CAMBIO%20SOCIAL/IAP.pdf>

23. Sanjuán Núñez L. La observación participante. Universidad Oberta de Catalunya; 2019. Disponible en:

<https://openaccess.uoc.edu/bitstreams/b411b55e-b06e-4af1-8c07-e36725eff1/download>

24. Barroso Ribal C. Los instrumentos de la investigación acción participativa [Internet]. Universidad de la Laguna. Disponible en:

<https://ctinobar.webs.ull.es/1docencia/CAMBIO%20SOCIAL/IAP.pdf>

25. Rodríguez C. La triangulación en investigación: tipos y ejemplos [Internet]. Tesis de Cero a 100; 2023 [acceso 04/11/2024]. Disponible en:

<https://tesisdeceroa100.com/la-triangulacion-en-investigacion-tipos-y-ejemplos/>

26. Elizalde O. Triangulación de datos [Internet]. La Maldita Tesis. [acceso 08/04/2024]. Disponible en: <https://www.lamalditatesis.org/post/triangulacion-de-datos>

27. Balcazar FE. Investigación acción participativa (IAP): Aspectos conceptuales y dificultades de implementación. Fundamentos Humanidades [Internet]. 2003 [acceso 25/03/2024]; IV (7-8). Disponible en:

<https://redalyc.org/articulo.oa?id=18400804>

28. Bustamante C. Metodología de la Investigación [Internet]. Universidad Veracruzana; 2011 [acceso 25/03/2024]. Disponible en:

https://www.uv.mx/personal/cbustamante/files/2011/06/metodologia-de-la-investigaci%C3%83%C2%B3n_sampieri.pdf

29. Universidad Abierta y a Distancia de México. 100 Técnicas Didácticas de Enseñanza y Aprendizaje. 1a ed. Ciudad de México; 2023. Disponible en: <https://100tecnicasdidacticas.unadmexico.mx/index.html>.

30. Oostendorp RAB, Elvers JWH, van Trijffel E, Rutten GM, Scholten-Peeters GGM, De Kooning M, Laekeman M, Nijs J, Roussel N, Samwel H. Improved quality of physiotherapy care in patients with Whiplash-Associated Disorders: Results based on 16 years of routinely collected data. 1a ed. Lausanne: Frontiers Media SA; 2022. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpain.2022.929385/full>

31. Alhadi MJ, Rwaiha AE, Gusaibat SR, Al-Ahwal NA, Al-Jafairi ZM, Al-Rashidi MA. Patient satisfaction with physiotherapy services in Libya: a cross-sectional study [Internet]. *Journal of Patient Experience*; 2021 [acceso 20/08/2025]. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/23743735211033195>

32 Hush JM, Yung V, Mackey M, Adams R, Wand BM, Nelson R, Beattie P. Patient satisfaction with musculoskeletal physiotherapy care in Australia: an international comparison. *J Man Manip Ther.* 2012;20(4):201-8. [doi:10.1179/2042618612Y.0000000009](https://doi.org/10.1179/2042618612Y.0000000009).

33. Clinical and cost-effectiveness of physiotherapy interventions following total hip replacement: a systematic review and meta-analysis [Internet]. *Rheumatology International.* 2020 Sep;40(9):1385-1398 [acceso 20/08/2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00296-020-04597-2>

ANEXOS

ANEXO 1

Guía de observación sobre estrategia organizacional en Fisioterapia

Objetivos Específicos

- Analizar la estructura organizacional del centro y su adecuación a las funciones y procesos.
- Evaluar los procesos de atención al paciente y su cumplimiento de estándares de calidad.
- Identificar la existencia y efectividad de una estrategia organizacional.
- Analizar las acciones y actividades llevadas a cabo para mejorar la calidad de atención.
- Identificar las necesidades de capacitación del personal.

Estructura Organizacional Revisión documental

- **Definición de roles y responsabilidades:** ¿Están claros y definidos los roles de cada miembro del equipo?
- **Líneas de autoridad:** ¿Existe una jerarquía clara y efectiva?
- **Comunicación interna:** ¿La comunicación entre los diferentes niveles de la organización es fluida?
- **Coordinación de equipos:** ¿Los equipos de trabajo coordinan sus actividades de manera eficiente?

Procesos de Atención al Paciente Dirigido a terapeutas

- **Historia clínica:** ¿Se registra de manera completa y actualizada la información del paciente?
- **Evaluación inicial:** ¿Se realiza una evaluación exhaustiva del paciente antes de iniciar el tratamiento?
- **Plan de tratamiento:** ¿Se establece un plan de tratamiento individualizado y realista?
- **Seguimiento:** ¿Se realiza un seguimiento regular del progreso del paciente?
- **Alta:** ¿Se realiza un alta adecuada y se proporcionan las recomendaciones necesarias?

Estrategia Organizacional dirigida a la dirección

- **Misión y visión:** ¿Están definidos y comunicados a todo el personal?

- **Objetivos estratégicos:** ¿Existen objetivos claros y medibles?
- **Plan de acción:** ¿Se ha desarrollado un plan de acción para alcanzar los objetivos?
- **Indicadores de desempeño:** ¿Se utilizan indicadores para medir el desempeño de la organización?

Acciones y Actividades para Mejorar la Calidad coordinador de área

- **Capacitación del personal:** ¿Se ofrecen programas de capacitación continua?
- **Implementación de nuevas tecnologías:** ¿Se utilizan herramientas tecnológicas para mejorar la atención?
- **Gestión de la calidad:** ¿Se implementan sistemas de gestión de la calidad?
- **Satisfacción del paciente:** ¿Se realizan encuestas de satisfacción?

ANEXO 2

GUIA DE ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA DIRIGIDA A LOS FISIOTERAPEUTAS

1. ¿Cómo se definen los roles del equipo? Están claros y definidos los roles de cada miembro?
2. ¿Existe una jerarquía clara y efectiva?
3. ¿Cómo usted definiría la comunicación entre los diferentes niveles de la organización? ¿Es fluida?
4. ¿Los equipos de trabajo coordinan sus actividades de manera eficiente?
5. ¿Cómo se registra la información del paciente? ¿Ocurre de manera completa y actualizada? Explique.
6. ¿Se realiza una evaluación exhaustiva del paciente antes de iniciar el tratamiento? Argumente.
7. ¿Se realiza un seguimiento regular del progreso del paciente?
8. ¿Se establece un plan de tratamiento individualizado y realista?
9. ¿Se realiza un alta adecuada y se proporcionan las recomendaciones necesarias?
10. ¿La misión y visión están definidos y comunicados a todo el personal?
11. ¿Existen objetivos estratégicos claros y medibles?
12. ¿Se ha desarrollado un plan de acción para alcanzar los objetivos?
13. ¿Qué indicadores se utilizan indicadores para medir el desempeño de la organización?
14. ¿Se ofrecen programas de capacitación continua?
15. ¿Se utilizan herramientas tecnológicas para mejorar la atención?
16. ¿Se implementan sistemas de gestión de la calidad?
17. ¿Se realizan encuestas de satisfacción?

ANEXO 3

Entrevista semi estructurada

(Dirigida a pacientes que hacen uso del servicio de fisioterapia)

Objetivo: Recolectar información sobre la percepción de la atención de fisioterapia

1. ¿Con qué frecuencia utiliza nuestros servicios de fisioterapia?
 - Una vez a la semana
 - Dos veces a la semana
 - Una vez al mes
 - Otro (especificar)

2. ¿Cuál fue el motivo principal por el que buscó nuestros servicios?
 - Lesión deportiva
 - Dolor crónico
 - Rehabilitación postquirúrgica
 - Prevención de lesiones
 - Otro:

3. En general, ¿cómo calificaría su experiencia con nuestro servicio?
 - Satisfecho
 - Moderadamente satisfecho
 - Insatisfecho

4. ¿Cómo calificaría la atención recibida por parte de los fisioterapeutas?
 - Satisfecho
 - Moderadamente satisfecho
 - Insatisfecho

5. ¿Se sintió bien informado sobre su tratamiento?
- Satisfecho
 - Moderadamente satisfecho
 - Insatisfecho
6. ¿Considera que las instalaciones del centro son adecuadas y limpias?
- Satisfecho
 - Moderadamente satisfecho
 - Insatisfecho
7. ¿En qué medida se cumplieron sus expectativas con la atención de fisioterapia?
- Satisfecho
 - Moderadamente satisfecho
 - Insatisfecho
8. ¿En qué medida considera que el tratamiento recibido ha mejorado su condición?
- Satisfecho
 - Moderadamente satisfecho
 - Insatisfecho

Preguntas abiertas:

9. ¿Hay algo positivo que le gustaría destacar sobre su experiencia (Respuesta abierta)
10. ¿Hay algo que le gustaría mejorar en el servicio de fisioterapia? (Respuesta abierta)

ANEXO 5

Frecuencia con que se emitió cada respuesta

Numero de pregunta	Opciones y numero de respuesta		
	Opción 1	Opción 2	Opción 3
1	3	1	1
2	4	1	0
3	1	2	2
4	2	2	1
5	7	9	9
6	1	4	0
7	5	0	0
8	1	2	2
9	5	0	0
10	1	4	1
11	1	0	0
12	1	0	0
13	1	0	0
14	1	0	0
15	1	0	0
16	1	0	0
17	1	0	0

Tabla de frecuencias absolutas de las respuestas emitidas por los 25 usuarios

Numero de pregunta	Respuestas (5 opciones)				
	1	2	3	4	5
1	4	17	4	0	0
2	12	5	5	0	3
3	19	6	0	0	0
4	17	8	0	0	0
5	23	2	0	0	0
6	15	7	3	0	0
7	22	3	0	0	0
8	16	9	0	0	0
9	5	4	16	0	0
10	1	1	5	18	0

Tabla de frecuencias relativas relacionadas según pregunta

Nu mero de pregunta	Porcentajes (%) opciones de respuesta				
	1	2	3	4	5
1	16	68	16	0	0
2	48	20	20	0	12
3	76	24	0	0	0
4	68	32	0	0	0
5	92	8	0	0	0
6	60	28	12	0	0
7	88	12	0	0	0
8	64	36	0	0	0
9	20	16	64	0	0
10	4	4	20	72	0