

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

“ CALIDAD DE ATENCIÓN EN CENTROS DE SALUD TIPO B”

Dra. Carmen Xiomara Castañeda Colindres

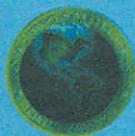
Tesis

Presentada ante las autoridades de la

Facultad de Ciencias Médicas/Maestría en Salud Pública

Para obtener el grado de  
Maestra en Salud Pública

Marzo 2003



OPS/OMS

**HACE CONSTAR QUE:**

**LA DOCTORA. CARMEN NIOMARA CASTAÑEDA COLINDRES**

**carnet universitario No: 100008631**

**ha presentado, para su EXAMEN PRIVADO DE TESIS, previo a optar al título de Maestría en Salud Pública con énfasis en: GESTIÓN SOCIAL DE LA SALUD, el trabajo de titulado: "CALIDAD DE ATENCIÓN EN CENTROS DE SALUD TIPO B"**

**que fue asesorado por: Dr. Alfredo Moreno Quiñonez**

**y revisado por: Dra. Cízel Ixbalanqué Zea Iriarte**

**quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la presente ORDEN DE IMPRESIÓN.**

**Guatemala, 10 de abril del año 2,003**

  
 **Dra. Cízel Zea Iriarte**  
 **Coordinadora de Maestría**  
 **en Salud Pública**



  
 **Dr. Carlos Humberto Escobar Suárez**  
 **Director de Fase IV**



  
 **Dr. Carlos Alvarado Dumas**  
 **Decano**  
 **Facultad de Ciencias Médicas**



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, FASE IV  
PROGRAMA DE ESPECIALIDADES MÉDICAS  
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA



DICTAMEN DE ASESOR DE TESIS

SEÑORA COORDINADORA DE MAESTRÍA:

Cumpliendo con la función a la que me comprometí, he ofrecido asesoría y seguimiento continuo al (a) estudiante:

Carmen Xiomara Castañeda Colindres

con carné universitario No. 100008631, durante la elaboración de su informe final de tesis que viene realizando en la Maestría en Salud Pública, titulado:

Calidad de atención en centro de salud tipo B

Actualmente, tanto el desarrollo metodológico del estudio como su contenido, cumplen con los requisitos que una investigación científica debe de incluir; por lo que mi dictamen es favorable para que la tesis indicada sea aprobada por el Programa de Maestría en Salud Pública de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Atentamente,

Dr. Alfredo Moreno Quiñónez

Nombre del Asesor

No. de colegiado 5,304.

  
Firma del Asesor

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS. FASE IV  
PROGRAMA DE ESPECIALIDADES MÉDICAS  
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA



DICTAMEN DE REVISOR DE TESIS

SEÑORA COORDINADORA DE MAESTRÍA:

Cumpliendo con la función de Revisor he, procedido a evaluar estudio del (la) estudiante:

Carmen Xiomara Castañeda Colindres

con carné universitario No. 100008631, que realizando en la Maestría en Salud Pública, titulado:

Calidad de atención en Centros de Salud Tipo B

Actualmente, el desarrollo metodológico y/o contenido, cumple con los requisitos y principios fundamentales que la investigación científica debe de incluir; así como con los requisitos que exige el Programa de Maestría en Salud Pública de la Universidad de San Carlos de Guatemala, por lo que mi opinión es favorable para la aprobación de la Tesis Indicada.

Atentamente,

Dra. Cízel Zea Iriarte

Nombre del Revisor

Nº. de colegiado 6514

Firma del Revisor



Guatemala, 06 de noviembre 20

CULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Doctora  
Cízel Zea Iriarte  
Coordinadora Maestría en Salud Pública  
Facultad de Ciencias Médicas  
Presente

Estimada doctora Zea:

Para su conocimiento y efecto que informo que luego de revisar el informe final de tesis presentado por la alumna Carmen Xiomara Castañeda Colindres titulado "Calidad de atención en centro de salud tipo B". El mismo cumple con requisitos establecidos por la Maestría en Salud Pública.

Agradeciendo la atención prestada a la presente de usted, atentamente.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Dr. Alfredo Moreno Quiñónez  
Coordinador de Investigación  
Maestría en Salud Pública

C.c. Archivo

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE  
FACULTAD DE CIENCIAS M  
PROGRAMA DE SALUD PÚBLICA

Guatemala, 22 de marzo de 2003.

Maestría en Salud Pública  
Facultad de Ciencias Médicas  
Ciudad Universitaria Zona. 12  
USAC

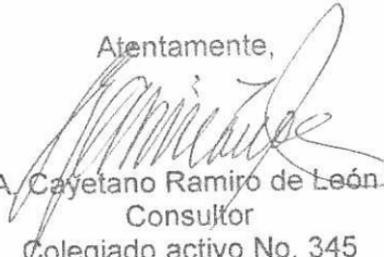
A QUIEN CORRESPONDA

Tengo el honor de saludarlo y, al mismo tiempo, informarle que en mi calidad de especialista en formalidades lingüísticas, he revisado su tesis en aspectos de sintaxis, morfología, semántica, ortografía, metalingüística y otros aspectos. Respeté las correcciones de los señores asesores, en cuanto a lo técnico de la especialidad, con el fin de asegurar el contexto de la tesis de la:

**DRA. CARMEN XIOMARA CASTAÑEDA COLINDRES**

Recibí el original para supervisar las correcciones realizadas en la copia que, también, debe presentar la profesional en mención.

Atentamente,

  
Lic. M.A. Cayetano Ramiro de León Rodas  
Consultor  
Colegiado activo No. 345



## RESUMEN

La desigualdad más grave en el sistema de salud ya no se da exclusiva ni principalmente en la cobertura, sino, en la calidad de los servicios que recibe la población. (E. Demming). La calidad es un derecho que debe ser garantizado y, por lo tanto, conocer la calidad con que se otorga la atención en los servicios de salud es el primer paso para mejorarla. El propósito del presente estudio fue determinar cuál era la percepción de la calidad de atención recibida, según los(as) usuarios(as) en los Centros de Salud Tipo B del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social – MSPAS- en el Área Metropolitana de la Ciudad de Guatemala. Se incluyeron las dimensiones de accesibilidad, comodidades, continuidad, relaciones interpersonales, que han sido propuestas por A. Donabedian. En este estudio de tipo descriptivo, se utilizó para recolectar la información, entrevistas semiestructuradas dirigidas a los(as) usuarios(as) y a los(as) prestadores(as) de los servicios de salud, realizando observación directa en el campo de los(as) informantes, de las condiciones de infraestructura y existencia de insumos para el desempeño del personal. El estudio permitió determinar, según la perspectiva de los(as) usuarios(as) que la calidad de atención brindada en los Centros de Salud, Tipo B, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, tiene deficiencias en las dimensiones de comodidades y continuidad. En la estructura de organización tiene deficiencias en competencia técnica, continuidad y comodidades.

# INDICE DE CONTENIDOS

Índice de tablas	6
Introducción	8
Capítulo I. Antecedentes	10
Capítulo II Justificación	35
Capítulo III Objetivos	38
Capítulo IV Marco metodológico	39
Capítulo V Presentación de resultados	49
Capítulo VI Análisis y discusión de resultados	68
Conclusiones	78
Recomendaciones	79
Bibliografía	80
Anexos	85
Permisos de autora	94

1. Tabla No. 1. Competencia técnica en Centros de Salud tipo B del MSPAS, Área de Salud Guatemala, febrero 2003. Pág. 50
2. Tabla No. 2. Continuidad desde la perspectiva de los(as) proveedores(as) de salud en Centros de Salud tipo B del MSPAS, Área de Salud Guatemala, febrero 2003. Pág. 52
3. Tabla No. 3. Comodidades desde la perspectiva de los(as) proveedores(as) de salud en Centros de Salud tipo B del MSPAS, Área de Salud Guatemala, febrero 2003. Pág. 53
4. Tabla No. 4. Accesibilidad desde la perspectiva de los(as) proveedores(as) de salud en Centros de Salud tipo B del MSPAS, Área de Salud Guatemala, febrero 2003. Pág. 55
5. Tabla No. 5. Accesibilidad desde la perspectiva de los(as) usuarios(as) a los Centros de Salud tipo B, del MSPAS del Área de Salud Guatemala, febrero 2003. Pág. 57
6. Tabla No. 6. Tiempo de espera para consulta desde la perspectiva de los(as) usuarios(as) en los Centros de Salud Tipo B del MSPAS, del Área de Salud Guatemala, febrero 2003. Pág. 58
7. Tabla No. 7 Tiempo de espera de consulta en horas en los Centros de Salud Tipo B del MSPAS, del Área de Salud Guatemala, febrero 2003. Pág. 58
8. Tabla No.8. Comodidades que se brindan desde la perspectiva de los usuarios(as) en Centros de Salud Tipo B del MSPAS. Área de Salud Guatemala, febrero 2003. Pág. 60
9. Tabla No. 9. Continuidad desde la perspectiva de los usuarios en Centros de

10. Tabla No. 10. Relaciones interpersonales entre usuarios(as) y proveedores(as) de salud en los Centros de Salud Tipo B, del MSPAS Área de Salud Guatemala, febrero 2003. Pág. 62
11. Tabla No. 11 Calidad de Atención desde la perspectiva de los(as) usuarios(as) en Centros de Salud Tipo B, del MSPAS. Área de Salud Guatemala. Febrero 2003. Pág. 64
12. Tabla No. 12. Aspectos a mejorar desde la perspectiva de los usuarios para tener una buena calidad de atención en Centros de Salud tipo B del MSPAS, Área de Salud Guatemala, febrero 2003. Pág. 66

## INTRODUCCIÓN

Un sistema de salud debe responder a las necesidades de salud de los individuos, dándoles servicios efectivos, de manera eficiente y equitativa. Las instituciones del Sector Salud tienen una responsabilidad para con la sociedad y su razón de ser son las necesidades de la población. De esta manera, la calidad es la esencia de un sistema de salud.

La calidad de atención consiste en la aplicación técnica de la ciencia y la tecnología médica en una forma que maximice sus beneficios para la salud, sin aumentar sus riesgos. El grado de calidad es, por lo tanto, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios (Dr. A. Donabedian).

Los esfuerzos por mejorar la calidad de atención son necesarios porque ayudan a optimizar los recursos, garantizan a los(as) usuarios(as) que su salud es lo más importante para los(as) proveedores(as) de salud, aumenta la satisfacción laboral, ayuda a ganarse el respeto de la comunidad, evita la frustración del personal de salud el cual cree que trabajar con calidad es mostrar respeto por la humanidad y, además, permite que los servicios de salud recobren su credibilidad ante la población facilitando que la atención sea brindada en el momento exacto, correctamente y de inmediato.

Considerar una nueva modalidad en el estilo de gestión y cambios en los modelos de atención, tanto a nivel básico como en su complejidad, está implícita en la Reforma del Sector Salud, lo que trae consigo, mayor productividad con calidad, aumentar la equidad en sus prestaciones y satisfacer las necesidades de salud de la población.

El objetivo del presente estudio, de tipo descriptivo, fue determinar cómo perciben los(las) usuarios(as) la calidad de atención que reciben en los Centros de Salud Tipo B del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, así como analizar las condiciones estructurales de organización que prevalecen en estas instituciones.

El estudio permitió identificar deficiencias de la calidad de atención en las dimensiones de comodidades, infraestructura y continuidad desde la perspectiva de los(as) usuarios(as). En la estructura de organización, deficiencias en las dimensiones de competencia técnica, continuidad y comodidades.

Entre las limitantes indagadas en el desarrollo de la investigación se pueden mencionar: temor e inseguridad de los(as) entrevistados(as) para responder a las interrogantes, sobre la calidad de los servicios que se brindan y, en algunas instituciones, poca colaboración de parte del personal de salud.

# CAPÍTULO I

## ANTECEDENTES

### REFORMA DEL SECTOR SALUD

#### ♦ CONSIDERACIONES GENERALES

Al hablar de Sector Salud nos referimos al conjunto de organizaciones que hacen posible la salud en nuestro país, éstas son: el Ministerio de Salud, el Seguro Social, la Iniciativa Privada, establecimientos de apoyo social sin fines lucrativos, aseguradoras y, todos éstos relacionados con el modelo de atención que prestan, la asignación de recursos y los convenios o contratos con que trabajen. Sin embargo, en ninguno de ellos, se ha establecido la importancia que tiene brindar salud con equidad. Y es aquí donde la Reforma del Sector Salud entra a jugar un papel protagónico ya que, en ella se promueve por una salud con equidad y con calidad. Esto conlleva a aumentar la eficiencia de la gestión, a mejorar la efectividad y calidad en las prestaciones, a satisfacer las necesidades de la población y abrir un sistema de participación social. (2)

Estas condiciones son dimensiones indispensables de calidad. Su aplicación requiere modificar el modelo de atención que actualmente se tiene, siendo, en principio, función del Ministerio de Salud, la regulación de todo el sistema de salud en conjunto, para lo cual necesita tener habilidad para velar por el financiamiento, ser guardián de los derechos en salud de la población, facilitar el trabajo intersectorial y permitir el control social. Todos estos aspectos están relacionados con la organización y con el financiamiento de los sistemas de salud.

La reforma del sector salud suele desarrollarse en tres grandes áreas como son: el sector financiero, la descentralización y la mejora de la gestión. (2,3, 30)

En la mayoría de los países, el financiamiento de la salud proviene del bolsillo de la población, situación que produce gran impacto sobre la equidad, la eficacia y la eficiencia del sistema. Por lo tanto, se puede asegurar que la salud tiene financiamiento privado.

La descentralización se refiere a una desconcentración administrativa y financiera pero que, además, delega y democratiza la toma de decisiones y fomenta la participación social.

La Reforma del Sector Salud tiene implícita una nueva modalidad de gestión y cambios en los modelos de atención, tanto a nivel básico como en su complejidad. Obliga a que el personal de salud tenga mayor capacidad de resolución, nuevas funciones y, sobre todo, le exige mayor calidad y productividad. Para esto se requieren cambios en la organización de su trabajo y conformación de equipos que tengan énfasis en el desempeño laboral y su evaluación. La mejora de la capacidad de gestión se refiere a las acciones respecto de los órganos de dirección, los establecimientos de provisión de servicios de salud y el proceso de atención en salud. (2,12)

## REFORMA DEL SECTOR SALUD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE.

El proceso orientado a introducir cambios sustantivos en la diferentes instancias y funciones del sector con el propósito de aumentar la equidad en sus prestaciones, la eficiencia de su gestión y la efectividad de sus actuaciones y, con ello, lograr la satisfacción de las necesidades de salud de la población, es a lo que a partir de la mitad de la década de los 90 se le ha llamado Reforma del Sector.

ella, reducir la brecha en salud que existe entre los diferentes grupos de poblaciones. Por esta razón, en la I Cumbre de las Américas realizada en Miami, diciembre de 1994, se le otorgó a la OPS/OMS el mandato de seguir la evolución de la reforma y evaluarla. El primer informe fue presentado en 1996 y la primera iniciativa entre OPS/OMS y USAID fue lanzada en 1997 ( 2,27,29,30).

## REFORMA DEL SECTOR SALUD EN GUATEMALA

“La reforma del sector salud en Guatemala tiene como propósito político la transformación integral del modelo de producción social de la salud, en donde es necesario mejorar la eficiencia y la equidad en la prestación de los servicios de salud. Sobre todo, se dará énfasis en lograr la respuesta social organizada para que las intervenciones intersectoriales y de la comunidad afecten las causas fundamentales de la enfermedad y no se limiten exclusivamente a la reparación de los daños causados a la salud.” (2,32 ) En el contexto de la reforma sectorial incluyen aspectos socioeconómicos, políticos, cambios demográficos y epidemiológicos del país. Se basa en los Programas de Gobierno, en los Acuerdos de Paz y en las Políticas de Salud.

En Guatemala las primeras acciones relacionadas con Reforma Sectorial se iniciaron en el año 1998, con el programa de extensión de cobertura del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en el departamento de Escuintla, que se fundamentaba en la atención primaria de salud, incentivando la participación social, y estableciendo comunicación con el Ministerio de Salud, con Organizaciones No Gubernamentales y la empresa privada. Posteriormente, se formó el Sistema Integrado de Atención en Salud (SIAS), el cual tenía como objetivo primordial, atender al 46% de la población ubicada fuera de la influencia de los servicios de salud, especialmente, en los grupos postergados. (2,15).

## CALIDAD DE LA ATENCIÓN COMO OBJETIVO DE LA POLÍTICA SECTORIAL

La decisión de incluir el término CALIDAD dentro de la prestación de servicios de salud, fue uno de los compromisos adquiridos en la I Cumbre de la Américas realizada en Miami en diciembre del año 1994. Un año después, la OPS, con la participación del Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo, organizó una reunión donde se establecieron criterios basados en los principios de equidad, efectividad, calidad, eficiencia, sostenibilidad y participación social, por lo que el mejoramiento de la calidad se convirtió en un tema fundamental en la reformas del sector salud de los países de la región. (18,19, 20,2)

La calidad en el sistema de salud comprende un conjunto de medidas que el Estado tiene la obligación de garantizar a toda la población como base para mejorar la práctica de la Salud Pública y fortalecer el liderazgo de la autoridad sanitaria en todos los niveles gubernamentales. Para que se pueda llevar a cabo este nuevo modelo de gestión se necesita fomentar la existencia de sistemas permanentes de calidad y crear sistemas para que los resultados de las evaluaciones efectuadas puedan monitorearse de manera continua. Se necesita facilitar el establecimiento de normas aplicables a las características básicas que debe tener el sistema de calidad y supervisar el cumplimiento de parte de los proveedores de servicios. Se debe fomentar un sistema de evaluación de tecnología de salud que participe en la toma de decisiones de todo el sistema de salud y, sobre todo, fomentar la utilización de la metodología científica para evaluar las intervenciones de salud de diverso grado de complejidad, todo orientado a utilizar este sistema para mejorar la calidad de atención directa en los servicios de salud.

Las acciones para mejorar la calidad en los servicios de salud, deben ser

de establecimientos y servicios, teniendo concordancia y articulación para fomentar la cultura de calidad en todos los servidores del sistema de salud. Que los gobiernos, por medio de los Ministerios de Salud, fortalezcan su actividad de rectoría, ya que son ellos los responsables de garantizar la calidad en los servicios. (32) Las evaluaciones deben ser desde el punto de vista cuantitativo y cualitativo a los programas de financiamiento, de prestación de servicios y a la satisfacción de beneficiarios(as) internos(as) y externos(as).

En octubre del año 1999, se tenía una visión no muy alentadora de los programas de calidad en América Latina y el Caribe. Aún no se tenían programas de calidad dentro del marco de las reformas sectoriales y las políticas para mejorar la calidad en los servicios de salud no constituían el eje de la gestión. Las acciones que existían eran muy inespecíficas, y, se tenían pruebas ambiguas de que la Reforma sectorial había contribuido a mejorar la calidad técnica en sus servicios. Al evaluarla desde la perspectiva de los beneficiarios, se conocía muy poco sobre la disponibilidad de encuestas de satisfacción de usuarios, centros bilingües y centros con oficinas de orientación al usuario. (32,26)

Los programas en América Latina y el Caribe han demostrado cinco tendencias regionales, a saber: **a) desarrollo de procesos:** para establecer estrategias integradas en lugar de promover medidas y acciones aisladas y esporádicas, **b) el desarrollo de una acción integrada** que haga uso combinado y simultáneo de varias herramientas de calidad, **c) mayor orientación a los usuarios**, tanto en procesos como en resultados, **d) visión sistémica**, en la cual los hospitales dejan de ser el centro del Sistema de salud, **e) la incansable búsqueda de indicadores de desempeño**, para lo que se necesita contar con un buen sistema de información, y, con indicadores y estándares apropiados. (4,5,6,7,10,11). Todos los sistemas de calidad deben incluir, dentro de sus programas, medidas de protección al medio ambiente y, hasta ahora han sido

Todos los países deben adaptarles a su contexto ya que no es posible

Los países de América Latina dentro de este proceso de Reforma, tienen la visión de defender el papel de las autoridades de salud como responsables de la calidad de atención, defender la situación del usuario y a la población como actores activos en los programas de calidad, así como asegurar que la mejora en la calidad técnica da como resultado mejoras en la efectividad y utilidad de los servicios de salud. Contar con una evaluación permanente de las acciones, elaborar y revisar los estándares de calidad de acuerdo con el contexto donde se realicen, relacionar la calidad con los incentivos al desempeño profesional, complementar el sector público con el privado, estimular la información para fomentar la calidad y avalar las investigaciones sobre calidad en los servicios de salud, siguen siendo responsabilidad de los que forman parte del sistema de salud (18).

## NIVELES DE ATENCIÓN EN SALUD

El término atención primaria en salud (APS) se refiere a la asistencia sanitaria que se brinda a las comunidades, pero, que está apegada a métodos y tecnologías prácticas, con bases científicas para desarrollar y mantener la integridad y la capacidad física, mental y social de las personas y poblaciones, a un costo que la comunidad pueda sostener durante todas las etapas de su desarrollo, con autoresponsabilidad y autodeterminación. Tiene a su cargo las actividades de educación, prevención, saneamiento del medio, abastecimiento de agua potable, asistencia materno-infantil, inmunizaciones, prevención de enfermedades endémicas y suministro de medicamentos esenciales.

La APS se inició en el año 1962 en Chimaltenago, limitada a la medicina curativa. Posteriormente, se le dio énfasis a la medicina preventiva, consiguiendo la participación de la comunidad. Con la declaración de Alma Ata en el año de

Extensión y Reforzamiento de Servicios de Salud, con énfasis en Materno Infantil y Bienestar Familiar. Entre los años de 1981 a 1985, el Ministerio de Salud Pública y AID llevaron a cabo el Programa y Sistemas Comunitarios Integrados de Salud y Nutrición a los departamentos de Totonicapán, Sololá y San Marcos. En el año de 1985 el modelo fue implantado en los 22 departamentos del país. (15,42)

## NIVELES DE ATENCIÓN

Las instituciones que forman parte del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, están divididas en niveles de atención, según el grado de complejidad que están capacitadas para resolver. Así tenemos:

- ◆ Primer nivel: es el primer contacto de la población con la red de servicios de salud, a través de establecimientos y acciones comunitarias. Lo forman el centro comunitario y el puesto de salud. Su recurso humano básico es la auxiliar de enfermería. Cubre una población, en promedio de dos mil habitantes.
- ◆ Segundo nivel: se dedica a resolver problemas que son referidos del Primer nivel de atención, por demanda espontánea y urgencias de mediana complejidad. Comprende servicios de Medicina general, Cirugía, Pediatría, Ginecología y obstetricia, Medicina interna, Rayos X, laboratorios, Traumatología, Salud mental, promoción, prevención y rehabilitación según las normas. El recurso humano son médicos generales y especialistas, odontólogos, psicólogos, laboratoristas, auxiliares de enfermería, enfermera profesional, personal de oficina, trabajador social, inspectores de saneamiento ambiental y personal de apoyo.

Está formado por centros de salud tipo A y tipo B, centro de atención

diferencia entre un centro de salud tipo A y uno tipo B, estriba en que el tipo A, se encuentra ubicado en zonas geográficas de difícil acceso y cuenta con encamamiento de 30 a 50 camas. Tienen un área de influencia entre diez mil y veinte mil habitantes, funcionan 24 horas al día y brindan atención de Maternidad, Cirugía, Traumatología, Urgencias médicas y Pediátricas. El tipo B son servicios públicos que dan promoción, prevención, recuperación y rehabilitación a la población, no tienen lugar para encamamiento. Cubren una población entre cinco mil y diez mil habitantes.

- Tercer nivel: está capacitado para resolver problemas de salud de alta complejidad, ya sea referidos por los niveles anteriores o por libre demanda. Están formados por hospitales regionales, hospitales nacionales, hospitales especializados y de referencia nacional. (15,42)

## CALIDAD DE ATENCIÓN EN SERVICIOS DE SALUD

La expresión servicios de salud tiene la característica de estar profundamente mezclada en el lenguaje de todos los que trabajamos en este extenso campo de la salud y, al mismo tiempo, está muy difundido entre la población en general. No sólo los proveedores de salud deben tener conciencia de lo que implica calidad sino, también los(as) usuarios(as), al saber exactamente qué es lo que necesitan de ellos. Los servicios de salud sirven al usuario para recuperar algo, en este caso la salud. El concepto de trabajo en salud es reciente; se originó en la década de los 70 en la literatura de salud colectiva de Brasil, cuando se manifestó la preocupación por la forma en que se daban los procesos de trabajo en el área de salud, teniendo un objetivo primordial para su mejoramiento que los clientes internos manifesten su opinión y reorienten el sentido de la división del trabajo, ya que la calidad del servicio proporcionado al cliente interno refleja, necesariamente, la

## ORIGEN DEL TÉRMINO CALIDAD

El término de calidad no es nuevo, ha formado parte del sistema durante los últimos 100 años. Su introducción a la medicina se debe a una enfermera británica, Florence Nigghingale, quien evaluó la calidad de atención de los hospitales militares durante la Guerra de Crimea. Introdujo las primeras normas de atención sanitaria que produjeron una significativa reducción de los índices de mortalidad en los hospitales.

(5)

En los años 20, el Método de resultados finales de Codman, inició el interés por evaluar las consecuencias de las acciones médicas en términos de resultados finales. Para los años 30 se enfatizó la elaboración de normas y estándares estructurales para establecer los fundamentos de proceso de la buena atención médica, desarrollado por Lee y Jones. En 1946 grupos de cirujanos norteamericanos iniciaron la evaluación de su quehacer con los expedientes clínicos y en 1949 la Fundación Kellogg, adoptó el sistema para ser utilizado en el Consejo de Hospitales de Michigan. Todo esto condujo a la formación de la Comisión Conjunta de Acreditación de Hospitales en 1951. En el Hospital de la Raza en México, un grupo de médicos se interesó en los aspectos de la calidad (1956) que dio origen a la Comisión de Supervisión Médica, cuyos logros fueron utilizados por la Subdirección General Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) para elaborar el documento Auditoría Médica. En los años 60, el Dr. Avedis Donabedian propuso una forma sistematizada para la definición y abordaje de estudios sobre la evaluación de la calidad de la atención médica, destacando los enfoques de estructura, proceso y resultado, así como el análisis de la calidad técnica, calidad interpersonal y comodidades. En 1972, el IMSS, mejoró la auditoría médica y la transformó a Evaluación Médica y, un año después, con el instructivo "El expediente clínico en la atención médica". González y Montesinos, en los años 1972 y 1976, publicaron trabajos donde pusieron en práctica la evaluación médica, aportando avances para

80, la calidad de la atención se extendió a la atención primaria de salud en los Estados Unidos y en Europa.

Después del año 1985, la OMS y otros proyectos iniciaron el uso del análisis de sistemas y las evaluaciones de los establecimientos para evaluar la calidad de la atención. (4,5,38) Los japoneses ya tenían dentro de sus empresas el término de calidad, con su respectivo control de procesos y lo tenían estrictamente para la producción industrial. En la década de los 90, los japoneses aprendieron de los norteamericanos que la calidad podía ser usada con éxito en otros negocios como bancos, servicios generales, hospitales, etc. Los países de América Latina iniciaron en 1990, sus proyectos para mejorar la calidad de la atención que se brinda en las instituciones de salud. Sin embargo, no todos han avanzado satisfactoriamente, por lo que puedo mencionar entre los más adelantados, Colombia, Chile, Bolivia, México, Costa Rica, Brasil, Argentina y República Dominicana. (5)

Hasta el año de 1998, Guatemala ya tenía ciertos indicios de integrar dentro de sus sistemas de salud el término Calidad, aunque lo tenía dirigido estrictamente a los servicios del Tercer nivel. (7,25,26) Hasta el momento, no se ha incluido en los programas de salud que están protagonizados por instituciones del Primero y Segundo nivel de atención. Se encontraron estudios realizados en el año 2000, donde se evaluó la eficiencia en servicios del Primer nivel en Chimaltenango, y otro realizado en puestos de salud del Area de Izabal. Es curioso, que trece años antes ya se había realizado un estudio similar en Izabal y, como es natural, los resultados obtenidos no se usaron para tomar las decisiones sobre la mejor forma de reestructurarlos y de organizarlos, tomando en cuenta que los resultados fueron prácticamente los mismos. En ambos estudios, se nota que la eficiencia está presente en alguna dimensión, pero, falta mucho en otra, es decir que los servicios no son de calidad porque, como se menciona en la bibliografía consultada, no puede haber calidad si alguna de las dimensiones no califica. (15,42)

## EVALUACIÓN DE CALIDAD EN PAISES DE AMÉRICA LATINA

En Colombia, se inició el proceso de calidad en los servicios de salud con la promulgación de la Ley 100/93 y el Decreto 2174/96, al delimitar claramente el diseño del sistema de garantía de calidad integral para Colombia y definió los instrumentos que el país consideró prioritarios, como son la definición de condiciones mínimas de infraestructura, la acreditación para buscar mejoramiento de instituciones, la auditoría para tener un sistema de seguimiento o monitoreo permanente de la prestación de servicios y sistema de información de usuarios. El Ministerio de Salud de Colombia se comprometió formalmente y definió los requisitos mínimos para garantizar la adecuada prestación de servicios de salud con calidad. Todo quedó plasmado en el Decreto 2753/97 y la Resolución 4252/97. (7,9)

Actualmente, Colombia tiene implementado el desarrollo del sistema de calidad con la asesoría de Canadian Council on Health Services Accreditation, Qualimed de México y Centro de Gestión Hospitalaria. En el estudio que realizaron en junio de 2000, se determinó que ningún servicio de salud del Tercer nivel cumplía con los estándares de calidad y, según la verificación realizada por el Consorcio, solamente el 31% cumple con los requisitos. En las encuestas realizadas por las secretarías municipales y departamentales, sólo el 41% cumple con los requisitos. (7). Las áreas más deficientes fueron: transporte, comunicaciones, recurso humano e infraestructura. En conclusión, se afirma que las limitaciones financieras, la falta de concordancia entre las entidades responsables de proveer salud a la población, la falta de disponibilidad de recursos humanos y técnicos, la ausencia de voluntad política, las deficiencias administrativas y la carencia de incentivos para el personal son, entre otras, las causas de que el sistema de calidad no funcione o no cumpla su cometido en las instituciones de salud de Colombia (7,9). Por lo anterior, se propone fortalecer la voluntad y el esfuerzo de todos los comprometidos en el proceso, lo que incluye la propuesta de incentivos para el personal y la información

En México, Carolina Salas Oviedo y colaboradores, en el año 1994, hicieron un estudio en el cual demostraron, claramente, que la satisfacción laboral tiene un papel importantísimo en la calidad de atención que se brinda al usuario externo, incluido *directamente el desempeño y el clima organizacional* (37). Cuba, desde el año 1959, a partir del triunfo de la Revolución, el Gobierno se ha hecho responsable de la salud de la población tomando en cuenta la gratuidad, accesibilidad de los servicios y, sobre todo, la equidad. La elevación de la calidad de la atención médica fue uno de los objetivos del Ministerio de Salud cubano, a partir del año de 1992 hasta el año 2000. Sin embargo, aún le hace falta un proceso de evaluación de la calidad, donde el personal de salud informado acepte y participe en él (6). Se determinó que es de suma importancia para evaluar la calidad, incluir criterios de estructura, proceso y resultado.

Armando Martínez Ramírez, en México, en agosto del año de 1998, determinó la importancia de incluir al personal de salud en el proceso de aclarar qué se entendía por calidad y cuáles podrían ser los indicadores que se usaran para ello. Además, se estableció que al darle participación al usuario interno se logra que cada uno de ellos se comprometa con la institución para la cual trabaja y que comprendan la importancia que tiene el trabajo en equipo. (21)

Ana Lucila Saucedo-Valenzuela et al, en México, en octubre del año 2000, determinó que el monitoreo de la calidad por medio de un programa de Mejoramiento Continuo de la Calidad, influye positivamente en el cambio de actitudes y conductas del personal. Estas intervenciones gerenciales sencillas, que permiten utilizar la información para la toma de decisiones, podrían ser implementadas con éxito en las distintas organizaciones. Además, tienen la ventaja de su bajo costo y un potencial de mejora importante. En conclusión, el monitoreo de la calidad, aunada a un programa de mejoramiento continuo de la calidad incrementa el efecto (41). Aguirre Gas también lo demostró en 1992 en instituciones del IMSS. Susana Navarrete

diagnóstico situacional de las unidades médicas, reconociendo logros e identificando debilidades, problemas y procesos, que requieran ser modificados para permitir por medio de una planificación estratégica y metodológica, el análisis estadístico de los procesos que son esenciales en la investigación en salud. Es importante la toma de decisiones en forma interdisciplinaria e interjerárquico. En el control, efectuado un año después, fue evidente el avance en la solución de problemas, especialmente, en los que no dependen de la disponibilidad de recursos. En conclusión, es necesario dentro de la organización, un equipo con liderazgo técnico y humanístico que permita identificar los problemas, determinar la importancia que tienen, encontrar sus causas, proponer soluciones y evaluar, continuamente, el programa. (1.25)

En Bolivia, en el año de 1999, Carmen Velasco y colaboradores, realizaron un estudio para evaluar la satisfacción de usuario externo en los servicios de anticoncepción. El resultado fue que el 75% opinaba sentirse bien atendido, tomando en cuenta, el trato que recibían, la calidad y cantidad de medicamentos proporcionados. También se incluye el tiempo de espera que era menor de 45 minutos. Sin embargo, también ayudó a determinar debilidades como la limitada oferta por la falta de personal y equipo, mejorar la accesibilidad y hacer más promoción. Por lo tanto, la información al usuario es un eslabón importante y determinante del resultado satisfactorio de una atención médica. Así mismo, Georgina Sordia afirma que el control de la calidad es parte integral del proceso de producción industrial para proteger y satisfacer al que proporciona la atención y al que la recibe. Además, se evaluó cómo perciben los trabajadores de salud el hecho de ser tomados en cuenta como parte de un sistema y no solamente como entes ejecutores de programas. El 69% mostró su satisfacción por tener ciertos incentivos como reconocimientos, posibilidades de superación, no tener capataz en el horario de trabajo, ya que no es necesaria la presión para desempeñar una labor, siempre y cuando exista ambiente cordial de trabajo. ( 38)

estructura, el proceso y la satisfacción del usuario interno y externo en el proceso de calidad. También es importante describir algunas de las razones que los(as) prestadores(as) de salud manifiestan y que repercuten en la calidad de atención que se brinda en las instituciones públicas. En primer lugar, se menciona un desequilibrio entre la oferta y la demanda, las instituciones no se dan abasto por la gran cantidad de personas que demandan sus servicios, lo que repercute en tiempos de espera prolongados, citas a largo plazo. Además, los profesionales se quejan de tener que trabajar con insumos de baja calidad y, en algunos casos sin medicamentos óptimos, con equipo obsoleto y sin infraestructura que permita actividades decorosas, tanto para los trabajadores de salud como para los usuarios externos. El personal médico se queja de la desvalorización que tiene su trabajo, debido a los bajos salarios y que les obliga a buscar otros empleos, duplicando o triplicando su horario laboral; todo esto, por supuesto, repercute en la calidad de atención que se brinda en las instituciones de salud pública. Esta situación hace evidente que como parte de un programa de calidad, debe incluirse un sistema de incentivos a los(as) proveedores(as) de salud, que deben ser de tipo económico, organizacional, estructural y de proceso. (4)

En El Salvador, desde 1990, se han desarrollado acciones dirigidas al mejoramiento de calidad, sin embargo, no han tenido impacto ni la sostenibilidad deseada. Como en la mayoría de países, se ha basado en los cambios cuantitativos. Fue en el año 1999 cuando se decidió incorporar el Proyecto Nacional de Garantía de Calidad, con el objetivo de evaluar la gestión técnica de los servicios de salud e implementar un nuevo modelo de asignación de recursos con base en los resultados, ya que en investigaciones realizadas, en los últimos años, se evidenció gran insatisfacción de los usuarios externos debido al mal trato recibido en las instituciones de salud. Por lo que se tiene en mente la formación de recurso humano en el ramo, incluir a la ciudadanía como vigilante de la calidad y estimular la investigación operativa y cualitativa como base para la generación de propuestas de

## ¿QUÉ ES CALIDAD?

Calidad puede ser definida desde la concepción empresarial, como una filosofía de gerencia, una actitud respecto a la producción, que puede ser aprendida cuando se examina la forma en que se relacionan los polos de producción-consumo (10,13,30). Al referirnos a los servicios de salud nos trasladamos al binomio proveedor(a)-usuario(a) externo, y, cito la definición más aceptada, del Dr. Avedis Donabedian, uno de los expertos en calidad con reconocimiento a nivel internacional: *“La calidad de la atención técnica consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médicas en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. El grado de calidad, es por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios”*. Roemer y Montoya Aguilar la definen como “el desempeño apropiado (acorde a las normas) de las intervenciones que se sabe son seguras y que, la sociedad en cuestión, puede costear ya que tienen la capacidad de producir un impacto sobre la mortalidad, la morbilidad, la incapacidad y la desnutrición.” Se ha dicho, también, que trabajar con calidad es simplemente mostrar respeto por la humanidad. Sin embargo, la definición más simple y más integral es la de Edward Deming, el padre de la gestión de calidad total: “hacer lo correcto en la forma correcta, de inmediato”. (5)

## DIMENSIONES DE LA CALIDAD

La calidad es un concepto integral, polifacético, en el que expertos como el Dr. Avedis Donabedian, Ruelas y Frenk, la Dra. Heather Palmer, Montoya Aguilar, Demming, reconocen varias dimensiones que varían según el contexto donde se estudien. Así tenemos:

✓ **Competencia profesional:** se refiere a la capacidad y el desempeño de las

personal de apoyo. Tener conocimiento necesario para realizar las tareas (desempeño real). Involucra los términos precisión, confiabilidad, uniformidad. La competencia administrativa profesional exige supervisión, capacitación y solución de problemas. El término profesional se refiere a todos los miembros de un equipo de salud y no únicamente a los egresados de aulas universitarias.

- ✓ **Acceso a los servicios:** implica la eliminación de barreras que obstaculizan el uso eficaz de los servicios. Pueden ser geográficas (transporte y distancia), económicas, sociales, organizacionales (tiempos de espera, horarios de consulta, modalidad en la prestación de servicios), culturales y lingüísticos.
- ✓ **Eficacia:** comprende si los tratamientos son aplicados correctamente, si producen los resultados deseados y si es el tratamiento adecuado. En la eficacia se definen las normas y especificaciones que se aplican de acuerdo con las condiciones locales.
- ✓ **Satisfacción del cliente:** se refiere a la relación entre proveedores(as) y usuarios(as), entre administradores(as) y proveedores(as) del servicio de salud y entre el equipo de salud y la comunidad. Las buenas relaciones interpersonales contribuyen a mejorar la calidad general de la atención.
- ✓ **Eficiencia:** es suministrar el mayor beneficio con los recursos con que cuenta. Exige a los proveedores(as) evitar suministrar atención innecesaria, evitar derroches y errores y, al mismo tiempo, reducir costos. La eficiencia es necesaria, especialmente, en los servicios donde los recursos son limitados.
- ✓ **Continuidad:** significa que el(la) usuario(a) puede recibir la serie

innecesarias de evaluaciones, diagnósticos o tratamientos. Los servicios deben ser constantes. Su carencia puede comprometer la eficacia, reducir la satisfacción del usuario(a) y disminuir la eficiencia de la institución.

- ✓ **Seguridad:** se refiere a la disminución de infecciones o efectos colaterales. El usuario(a) debe estar seguro que no tendrá repercusiones graves. Debe asegurarse el(la) proveedor(a) de salud en dar una adecuada explicación del problema y de la forma de resolverlo.
  
- ✓ **Comodidad:** aquí se evalúan las características de los servicios de salud, que mejora la satisfacción del(la) usuario(a) y aseguran que volverá. Se incluye aquí, comodidades físicas, limpieza y privacidad.(5,7,9,22)

## EVALUACIÓN DE LA CALIDAD

Existen varios enfoques para realizar una evaluación de la calidad y el mejoramiento de los servicios de salud, donde se han incluido los términos de licenciatura, acreditación, certificación y medición de indicadores.

La licenciatura se refiere al proceso mediante el cual una entidad, generalmente gubernamental, otorga el permiso a una persona individual o a una organización para prestar servicios de salud, debiendo pasar previamente toda la evaluación de requisitos mínimos para asegurar la salud de los usuarios. Esta evaluación puede repetirse en forma periódica para que el prestador de servicios pueda seguir ejerciendo. La acreditación es un proceso formal, voluntario, que busca el mejoramiento de las organizaciones. Utiliza estándares factibles, preestablecidos y conocidos. La evaluación debe ser realizada por un organismo con reconocimiento, generalmente no gubernamental. La certificación es un proceso por el cual el organismo autorizado que puede ser gubernamental o no gubernamental, evalúa y



esquema organizacional debe estar claramente definido, teniendo en mente la división del trabajo, es decir, el trabajo en equipo ( 30).

Cuando se refiere a la dimensión de proceso, se habla de todo lo que sucede durante la interacción entre el sistema y el(la) usuario(a), incluidos los aspectos interpersonales de la prestación asistencial, así como aspectos del lugar de dicha prestación, por ejemplo: salas limpias, flujo de pacientes ordenado y en una secuencia lógica, si se obstaculiza o no la obtención del servicio, el mantenimiento del equipo, la administración de medicamentos, supervisión personal relacionada con el impacto sobre el(la) usuario(a) externo(a). Es sabido que en ocasiones el(la) usuario(a) se ve obligado(a) a transitar por un sin fin de servicios y obtiene una atención fragmentada, impersonal, sin enterarse del porqué o para qué se ha dado tanta vuelta a su problema.

La dimensión de resultado es a partir del proceso. Se refiere a los cambios de salud que presente el(la) usuario(a) atribuibles a la calidad de atención recibida. Permite la interacción con las actitudes del usuario(a), el conocimiento relacionado con la salud que pueda adquirir en la institución, se evalúa el impacto que tienen los procesos en la población que se atiende.(7,9,35,37,38)

## INDICADORES ESTRUCTURALES

Los estándares que se tengan en esta dimensión deben ser aplicados a instituciones públicas o privadas. Se deben aplicar a funciones técnicas concretas y deben ser desarrollados localmente, de acuerdo con cada contexto en particular. Todos los sistemas de salud deben contar con estándares claros para los diferentes tipos de centros asistenciales, que manejen en cada una de los niveles de atención, tomando en cuenta que deben estar basados en el nivel de complejidad para el cual están aptos. Estos estándares deben indicar el grado de equipamiento, sus características funcionales y rasgos de infraestructura mínimos aceptables. Entre

existencia de estándares nacionales sobre cualificaciones profesionales del personal sanitario, incluidos, los mecanismos de puesta en práctica.

proporción de trabajadores(as) sanitarios que poseen cualificaciones profesionales básicas. (Las cualificaciones deben incluir qué tipo de servicios pueden realizar los profesionales, la educación de base y la continuidad de su preparación académica).

existencia de estándares nacionales sobre instalaciones,

proporción de las instalaciones sanitarias que se ajustan a estándares estructurales básicos, según los servicios que deban proveer o la capacidad de resolución que tengan,

proporción de instalaciones en las cuales se dispone por escrito de guías sobre los diagnósticos y tratamientos de aplicación,

presencia de manuales de organización y funciones de cada institución y debidamente socializados dentro del personal de salud,

presencia de normas de diagnóstico y tratamiento en cada institución,

proporción de establecimientos con desabastecimiento de fármacos durante tres meses consecutivos anteriores,

proporción de casos en que se dispone de todos los fármacos recomendables.

## INDICADORES DE PROCESO

Proporción de consultorios con todos los servicios integrados, según estándares nacionales (puede ser de proceso o estructura).

Proporción de trabajadores sanitarios que reciben supervisión adecuadamente y llevada con efectividad, para que sea, más que todo, un apoyo técnico.

Proporción de pacientes en que el tratamiento es coherente con los protocolos de diagnóstico y tratamiento nacional, incluidas las guías para la interacción entre el proveedor y el usuario.

Proporción de usuarios que conocen y comprenden las acciones esenciales necesarias para completar los tratamientos y evitar futuras complicaciones.

Los indicadores de este grupo son útiles, pero, deben tomarse con precaución, ya que, para obtenerlos depende de la información que el(la) usuario(a) proporcione, la cual puede estar influida por su estado de ánimo o simplemente por su deseo de colaborar.

## INDICADORES DE RESULTADO

En este aspecto, se debe medir la satisfacción del(la) usuario(a) externo. Aunque se ha dicho también que puede ser incluido, en este rubro, las tasas de mortalidad, natalidad, morbilidad, ya que, el ascenso o descenso de ellas depende de las acciones que se realicen, es decir, de los procesos (22). Los indicadores de resultado han tenido mucha importancia desde hace más o menos una década, ya que son el complemento a la acreditación y certificación profesional.

- ✓ Satisfacción del(la) usuario(a).
- ✓ Tiempo que se lleva para desplazarse de su hogar al centro asistencial.
- ✓ Tiempo de espera para obtener una cita.
- ✓ Tiempo de espera en la sala de consulta
- ✓ Tiempo que dura, concretamente, la entrevista con el(la) médico(a).
- ✓ Trato recibido de parte del personal del servicio proveedor.
- ✓ Instalaciones limpias, ventiladas, amplias, sillas cómodas, con servicios básicos disponibles.
- ✓ Proporción de pacientes que reciben el medicamento, gratuitamente.

Para que una evaluación pueda ser tomada en cuenta y determinar el grado de calidad que se otorga en un servicio de salud, deben integrarse las tres dimensiones, ya que no puede tener calidad en proceso y ausencia de ella en resultado o, bien, calidad en resultado con una estructura y proceso deficientes.(24,34,35)

El fin de la auditoría de la calidad es buscar una mejoría en el resultado de

así, definir normas, protocolos y formas de evaluar tecnologías, asimismo, propiciar la creación de centros de información y educación continua para el recurso humano.

(37,41) Se debe tener muy claro que realizar estas evaluaciones no traerá mágicamente la mejora de la calidad. La razón de realizarlas es indagar brechas, problemas o deficiencias, con el fin de realizar acciones para corregirlas. Se debe trabajar en la revisión del diseño del sistema, en la gerencia de los procesos de cada organización, analizar el conocimiento disponible, difundir los hallazgos y dar información a los(las) usuarios(as).

Es importante que los(as) usuarios(as) estén conscientes de lo que es recibir atención de calidad. Su comportamiento facilita o dificulta el proceso de atención. Es necesario que expresen lo que les agrada y lo que no les agrada. (32,33)

## SALUD Y CALIDAD

La población mundial ha tenido un crecimiento alarmante en las dos últimas décadas, lo cual ha producido que las necesidades de salud sean mayores, por lo tanto, se incrementen los costos para su sostenimiento. Esto mismo también ha provocado que los países atraviesen por una difícil situación económica. (35). El objetivo principal en el empleo de la gestión de calidad es reducir los grandes costos resultantes de la indagatoria posterior de los efectos de la mala calidad. Estos conceptos permitieron que se empezara a pensar en la necesidad de proveer de salud a la población, sin que aumentaran los costos y que fuera posible otorgarla con los recursos disponibles. Así nació el término calidad en servicios de salud (7,8,11).

Por esta situación, muchos países están tratando de administrar eficientemente, el exceso de capacidad en los sistemas de salud y, controlar su costo total, sin sacrificar la calidad. Se ha originado un gran interés en los que toman decisiones a todo nivel, por lo que el análisis cuidadoso de las necesidades y las

la de ***mantener la calidad***, que significa evitar a toda costa que ésta disminuya de la que actualmente se presta, es decir, que si no se puede mejorar, que por lo menos se mantenga la actual. La calidad puede ser dañada por la redistribución de recursos humanos, distribución del financiamiento público o por tecnología nueva. El objetivo debe ser el de ***mejorar la calidad***, por medio de la utilización de su propia información que permita el mejoramiento continuo de la calidad. Los(as) usuarios(as) externos, los usuarios(as) internos(as), profesionales de la salud, empleadores(as), legisladores(as) pueden tener conceptos diferentes de calidad. Además, se debe ***garantizar la seguridad pública***, es decir, que las personas no estén expuestas a peligros ya sea por desechos contagiosos o que se lesionen dentro de las instalaciones y que no falte equipo médico que permita un adecuado diagnóstico. También se ha pensado en ***establecer requisitos para el nivel inicial y el reconocimiento legal, verificar que se cumplan las especificaciones de diseño o mantenimiento***, refiriéndose a características de infraestructura y servicios básicos y ***documentar la capacidad especial que tiene una organización o un profesional de salud***. Se tiene en mente mejorar la ***asignación de recursos***, ya que éstos son limitados y deben optimizarse para hacer más eficaces y eficientes. (5,6,11)

## ¿QUÉ SE ESPERA DE LA CALIDAD EN UN SERVICIO DE SALUD?

“El consumidor es el eslabón más importante en la línea de producción. La calidad debe orientarse a las necesidades del consumidor, tanto actuales como futuras”.(15) Sin embargo, si nos conformamos con reducir los reclamos y quejas de parte de los(las) usuarios(as), es una actitud pasiva y neutra. Es necesario hacer que los ojos del consumidor brillen de deseo por obtener los servicios que prestamos. La calidad incluye la pasión por la excelencia.(33) Por lo tanto, debemos girar en torno al término “calidad”. Esto trae, consigo, beneficios para los sistemas de salud, para los(las) usuarios(as), para los(las) profesionales y proveedores(as) de salud,

beneficios para los sistemas de salud:

- ⇒ disminuir costos (mejora la eficiencia),
- ⇒ hacer más eficaz la atención hacia la salud,
- ⇒ recobrar credibilidad y prestigio ante la población,
- ⇒ proveer una salud con equidad,
- ⇒ tener la salud como producto social,
- ⇒ diluir responsabilidades entre los(as) miembros(as) del equipo de salud;

• para el(la) usuario(a):

- ⇒ recibir atención médica con eficiencia,
- ⇒ recuperar su salud en forma rápida y precisa,
- ⇒ no utilizar más que una fracción de su tiempo libre para acciones en beneficio de su salud,
- ⇒ no gastar más de cierto porcentaje de sus ingresos económicos en salud (actualmente el(la) usuario(a) patrocina su salud, no es un bien social público),
- ⇒ disminuir el tiempo perdido por enfermedad;

• en relación al(la) proveedor(a) y profesionales de salud: (33)

- ⇒ produce satisfacción personal,
- ⇒ produce prestigio profesional,
- ⇒ estimula el entusiasmo y la creatividad,
- ⇒ ayuda a desarrollar la capacidad de análisis científico de los problemas cotidianos,
- ⇒ estimula el desarrollo de un vínculo afectivo entre las personas y su trabajo,
- ⇒ evita la apatía y la indiferencia en los servicios de salud,
- ⇒ se estimula el gusto por la excelencia,
- ⇒ estimula el trabajo en equipo, no sólo de salud sino también de los que ejercen funciones administrativas, de apoyo cuyo impacto en la calidad de atención y satisfacción del usuario suele ser ignorado.

Se debe introducir el término "gestión de calidad" en todas las personas, ya sean proveedores(as) o usuarios(as) de los servicios de salud. Es un proceso arduo y largo, tomando en cuenta que los servicios de salud funcionan por la interacción de diversos grupos de personas, con profesiones diferentes, formación diferente y, sobre todo, con intereses y perspectivas heterogéneas de lo que significa "servicio". Se espera que con este nuevo modelo de atención se reduzcan los costos y aumente la productividad, se profundice el espíritu de trabajar en equipo, disminuir las colas, reducir tiempos de espera, mejorar la comodidad y la cortesía empleada, se mejore la gestión de calidad en servicios de salud, pero por sobre todo, descubrir problemas, atacarlos y formular soluciones eficientes y permanentes. (30,31)

El objetivo de los sistemas basados en la calidad, no es indagar quién o quiénes son los responsables de tal o cual problema y culparlos, sino, buscar soluciones en forma conjunta, en la que el objetivo principal es la satisfacción del(la) cliente(a) (29,30). Con la calidad dentro de los sistemas de salud se espera que todo el equipo de trabajo comparta habilidades de trabajo como base en el momento de llevar a cabo la división del trabajo, se deben compartir las responsabilidades técnico-gerenciales y especificar la evaluación de las líneas de conducta para lograr el mejor desempeño de los sistemas de salud.

Se debe tener en mente que los servicios de salud son sistemas que deben contar con sistemas de evaluación de sus funciones y del impacto que tengan en la población que cubren, por lo que deben tener como finalidad el monitoreo del desempeño clínico buscando mantener y mejorar la calidad. El control de la calidad debe ser un enfoque de democratización del poder, del saber y de la práctica, que puede combinarse con los principios universales de las políticas de salud, como sería la equidad.(9, 10, 30)

# CAPÍTULO II

## JUSTIFICACIÓN

En Guatemala, el proceso de atención a la población ha sido visualizado y conceptualizado como un modelo curativo y asistencialista que ha privilegiado lo cuantitativo a lo cualitativo. En todo ámbito, donde se prestan servicios de atención de la salud, ya sean hospitales de referencia, regionales, centros de salud urbanos, urbano-marginales o rurales, puestos de salud o clínicas locales es necesario conducir la búsqueda y aplicación de formas de trabajo creativas e innovadoras de alto valor, con el fin de satisfacer las necesidades y expectativas de los(as) usuarios(as), y así proveer atención de calidad.

En un tiempo atrás, se identificaron situaciones difíciles que limitaron la implementación de procesos que actualmente inciden en mejorar la calidad de atención que recibe la población en los servicios de salud. Entre ellos se pueden mencionar: a) la falta de decisión para la formulación de una política que respalde el desarrollo de proyectos orientados a implementar la calidad, situación que repercute en las actividades laborales del personal de salud, b) la falta de presupuestos apegados a las necesidades reales, c) la persistencia de condiciones obsoletas en el sistema, d) la falta de cultura de los recursos humanos que fomente procesos de atención en salud con calidad, e) la fragilidad de los procesos de seguimiento y f) la falta de evaluaciones de los escasos adelantos ha originado insostenibilidad a los proyectos, creando así, falsas expectativas y frustraciones en el personal comprometido con el desarrollo de la calidad.

El modelo de atención de calidad se inició en países desarrollados de Europa y en Estados Unidos, donde las condiciones de vida siempre han sido mejores que la

fundamental para lograr el mejoramiento continuo de la calidad de atención y así, lograr que un sistema de salud que sea eficaz, eficiente y útil.(7,2,3,8)

Los servicios de salud de alta calidad, pueden parecer, a primera vista, un lujo que no es factible para los presupuestos que se manejan en las áreas de salud de países en vías de desarrollo. Sin embargo, la mejora de la calidad de atención no cuesta más de lo que ya se tiene, pero, puede resultar como mina de oro si se pone en práctica.

Los esfuerzos por mejorar la calidad de atención son necesarios porque le garantizan a los(as) usuarios(as) que su salud es lo más importante para los proveedores de salud y, además, ofrece a los trabajadores de salud una oportunidad de sobresalir, de aumentar su satisfacción laboral y ganarse el respeto de la comunidad.(8)

La calidad de atención promueve la confianza, mejora la comunicación. Es importante que los servicios recobren la credibilidad y la confianza de la población, para mejorar la efectividad organizacional, para que los escasos recursos sean utilizados de manera más eficaz y eficiente, para que los usuarios reciban "atención médica en el momento correcto, de forma correcta y de inmediato." (Deming).

La calidad de atención, es un enfoque sistemático para que las personas y los equipos de salud se den cuenta de la importancia de la excelencia; da al equipo de salud los elementos necesarios para evaluar el desempeño y facilita el mejoramiento de su labor, pueden sobrepasar las normas de su desempeño, pueden resolver problemas y atender mejor las necesidades de la población, dando como producto final una atención de calidad con eficacia y eficiencia, pero por sobre todo salud con equidad.

La calidad de atención la lograremos en la medida que tengamos evaluaciones

que tengamos en nuestras manos las impresiones que tienen los usuarios de la calidad de atención que reciben y en la medida en los proveedores de salud reconozcan sus fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas que tengan para el desempeño de sus acciones.

## **CAPÍTULO III**

### **OBJETIVOS**

1. Analizar las condiciones estructurales de organización que prevalecen en los Centros de Salud tipo B del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
2. Determinar cuál es la percepción de la calidad de atención recibida, según los(las) usuarios(as) en los Centros de Salud Tipo B, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en el Área Metropolitana de la Ciudad de Guatemala.

# CAPÍTULO IV

## MARCO METODOLÓGICO

**TIPO DE ESTUDIO** Descriptivo transversal

### UNIVERSO O POBLACIÓN

Los ocho Centros de Salud tipo B, del Área Metropolitana de la Ciudad Guatemala, que pertenecen al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y que se encuentran en la zona 1, zona 3, zona 5, zona 6, zona 7, zona 8, zona 12, zona 18.

### SELECCIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

La muestra se seleccionó por un muestreo estratificado proporcional, tomando en cuenta un límite de error del 8%. Se utilizará la siguiente fórmula:

$$N = \frac{N p a}{(N-1) (LE) + p q 2}$$

4

Centro de Salud	No. total usuarios	%	Muestra	Intervalo de selección
ZONA 1	4681	25.5	84	3
ZONA 3	1891	10.3	34	10
ZONA 5	3319	18.08	60	15
ZONA 6	1813	9.87	33	10
CENTRO AME	2041	11.11	37	11
ZONA 8	1809	9.85	33	10
JUSTO RUFIN	852	4.64	15	4
ZONA 18	1950	10.62	35	10
TOTAL	26,044	100	331	

Fueron seleccionados estos Centros de Salud porque comparten características geográficas, culturales y socioeconómicas, tanto del contexto donde ellos desarrollan sus actividades de salud, como de los usuarios que hacen uso de los servicios que prestan. Con esta muestra se pretendía que los datos obtenidos permitieran encontrar información objetiva acerca de la calidad de atención que se brinda en las instituciones que formaron parte del estudio, tomando en cuenta la opinión de los usuarios externos, las condiciones del proceso de atención, así como la estructura organizacional que tienen.

## **UNIDAD DE ANÁLISIS**

Se diseñó una base de datos en la que se ingresó la información recolectada. Fue realizada en el programa estadístico EPIINFO 6.4. Se utilizó la estadística descriptiva para su análisis. Se determinaron las condiciones estructurales de organización en cada institución, para determinar las herramientas que se usan en la gestión. Con los datos obtenidos directamente de los usuarios, se analizaron las situaciones que son causa de mala calidad en la atención.

Las respuestas obtenidas de las entrevistas realizadas a los coordinadores de las ocho instituciones que participaron en el estudio, fueron analizadas numéricamente. El resultado de cada una de las preguntas de las entrevistas que se hicieron a los usuarios externos se analizaron mediante un análisis porcentual de frecuencias.

## **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- ✓ Centros de Salud tipo B que pertenezcan al Ministerio de Salud Pública y Asistencia social, del área Metropolitana, con la autorización de la Dirección del Área de Salud.
- ✓ Usuarios que den su consentimiento escrito para participar en el estudio.
- ✓ Usuarios que han visitado con anterioridad el centro de salud. (Reconsultas)
- ✓ Usuarios mayores de 18 años de edad
- ✓ Usuarios de sexo masculino y femenino.

## **VARIABLES ESTUDIADAS**

1. Estructura de organización
2. Percepción de la calidad de atención brindada.

<p><b>estructura</b> <b>organización</b></p>	<p>Es la forma en que se encuentra organizada la institución, así como las herramientas de organización que se usen</p>	<p><b>Competencia técnica</b>                  * Existencia de organigrama.                  *Existencia de normas de atención.                  * Existencia de manuales de organización y funciones.                  *Comités de apoyo (auditoría médica, educación continua, desastres, fármaco – terapéutica.</p> <p>*Sección de información a usuarios</p> <p><b>*Recursos humanos</b>                  * Médicos por habitante.</p> <p>* Enfermeras por habitante</p> <p>*Auxiliares de enfermería por habitante.</p>	<p>* La existencia de las herramientas de organización en cada centro de salud, debidamente socializadas con el personal de salud.</p> <p>*La existencia de oficina con personal preparado para información</p> <p>*Cantidad de médicos por cada 10,000 habitantes.</p> <p>*Cantidad de enfermeras por cada 10,000 habitantes.</p> <p>*Cantidad de auxiliares de enfermería por cada 10,000 habitantes.</p>	<p>Cualitativa</p> <p>Cualitativa</p> <p>Cuantitativa</p> <p>Cuantitativa</p> <p>Cuantitativa</p>	<p>Nominal</p> <p>Nominal</p> <p>Intervalo</p> <p>Intervalo</p> <p>Intervalo</p>
--	---	--	---	---	--

**Continuidad**  
\* Existencia permanente de medicamentos, ayudas diagnósticas, equipo médico, papelería, necesarios para la atención.

\* Medicamentos, reactivos de laboratorios, equipo descartable, papelería que no falte por más de un mes

Cualitativa

Nominal

**Comodidades**  
\* Energía eléctrica y agua potable durante toda la jornada laboral.

\* La existencia de energía eléctrica en todos los ambientes de trabajo y la presencia del agua potable entubada.

Cualitativa

Nominal

\* Sanitarios para uso del personal .

\* Sanitarios con adecuado funcionamiento para uso del personal de salud

Cualitativa

Nominal

\* Sanitarios para uso de usuarios

\* Sanitarios con adecuado funcionamiento para los usuarios

Cualitativa

Nominal

\* Iluminación y ventilación adecuadas según las dimensiones de los ambientes.

\* Adecuada entrada de luz natural y aire a los ambientes.

Cualitativa

Nominal

\* Edificios en buenas condiciones

\* Paredes, estructuras de maderas y

Cualitativa

Nominal

		* Limpieza en el servicio de salud	* Servicios de salud con pisos limpios y con lugares adecuados para los desechos sólidos	Cualitativa	Nominal
		* <b>Accesibilidad</b> *Horario de atención.	*Horarios que permanecen abiertas al público.	Cualitativa	Nominal
		*Horario para proveer números de consulta.	*Horario designado para la entrega de números de consulta a los usuarios	Cualitativa	Nominal
		*Documentos necesarios para ser admitidos como usuarios, o bien para recibir medicamentos	*Exigencia de documentos de identificación para ser inscritos como usuarios o para recibir medicamentos	Cualitativa	Nominal

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
Percepción de la calidad de atención brindada	Atención que se brinda a un usuario de forma que llene sus expectativas	<p><b>Accesibilidad</b></p> <p>* Distancia del centro de salud a la vivienda.</p>	<p>*De 0 a 10 Km. Será accesible. De 11 a 20 km será medianamente accesible. Más de 20 km será inaccesible.</p>	Cuantitativa	Intervalos
		<p>* Tiempo invertido en llegar de la vivienda al centro de salud.</p>	<p>*De 0 a 30 minutos será muy accesible. De 31 a 60 minutos será accesible. De 61 a 90 minutos medianamente accesible. De 91 a 120 minutos será medianamente inaccesible. Más de 120 minutos será inaccesible.</p>	Cuantitativa	Razón
		<p>* Lingüística: comprensión de las indicaciones.</p>	<p>*Lenguaje que utiliza el personal de salud para comunicarse con el usuario</p>	Cualitativa	Nominal
		<p>* Horario de atención.</p>	<p>*Hora oficial de atención a los usuarios.</p>	Cualitativa	Nominal
		<p>* Tiempo de espera para</p>	<p>*Menor de 1 hora accesible</p>	Cuantitativa	Razón

		accesible. Más de 2 horas inaccesible.		
	<b>*Comodidades</b>	<b>*Calidad de</b>	Cualitativa	Nominal
	<b>* Limpieza del centro de salud</b>	<b>limpieza, del centro de salud.</b>		
	<b>* Limpieza de los servicios sanitarios</b>	<b>*Calidad de higiene de los servicios sanitarios.</b>	Cualitativa	Nominal
	<b>*Sala de espera de un tamaño adecuado para el número de personas que están dentro de ella esperando consulta.</b>	<b>*Sala de espera que permite circular a las personas tienen turno para pasar a consulta.</b>	Cualitativa	Nominal
	<b>*Continuidad</b>	<b>* Frecuencia</b>	Cualitativa	Nominal
	<b>*Entrega de medicamentos, y realización de exámenes al asistir a consulta.</b>	<b>con que le entregan medicamentos, o dejan o no realizar exámenes al asistir a consulta.</b>		
	<b>*Relaciones Inter - personales</b>	<b>* Frecuencia</b>	<b>* Cualitativa</b>	Nominal
	<b>* Trato (amabilidad, cortesía, interés, dedicación) del personal de salud hacia el usuario</b>	<b>con que el usuario tiene experiencias agradables o desagradables al interactuar con el personal de salud</b>		

## DE INSTRUMENTOS UTILIZADOS EN LA INVESTIGACIÓN

Se utilizaron entrevistas semiestructuradas, dirigidas a los(as) proveedores(as) de salud nombradas como boleta No. 1. Y a los(as) usuarios(as) externos de las instituciones que formaron parte del estudio, que se nombraron como boleta No. 2, y entrevistas estructuradas dirigidas a

### COLECCIÓN DE DATOS

1. Se procedió a presentar el estudio a la Dirección de Área de Salud Guatemala, para obtener la autorización de realizarlo en los centros de salud.
2. Se entrevistó al(a) coordinador(a) de la institución para llenar la boleta No. 1 en la que se recogieron datos relacionados con la estructura organizacional, continuidad, comodidades, teniendo cuidado de comprobar en forma visual la existencia o ausencia de algunos documentos, así como las condiciones de infraestructura e insumos.
3. Se procedió a efectuar un muestreo aleatorio simple de los(as) usuarios(as) externos que asistieron al servicio de salud en los días programados para la realización del estudio, hasta completar el número requerido para cada estrato.
4. Con entrevistas semiestructuradas en lenguaje adecuado, se recolectaron datos directamente de los(as) usuarios(as) externos con la boleta No. 2.
5. Se verificó que los(as) usuarios(as) externos(as) llenaran los requisitos de inclusión.
6. Los(as) usuarios(as) entrevistados firmaron documento de consentimiento, y se les aseguró el anonimato en las entrevistas.
7. Se revisaron los instrumentos llenados por los(as) encuestadores(as) y se evaluó la calidad de los datos, eliminando las boletas que no cumplieran la calidad requerida

8. Los datos revisados se ingresaron en programa estadístico seleccionado, creando una base de datos.
9. De la base de datos se realizó una descripción de frecuencias de los resultados obtenidos y se procedió a analizar la información.

## PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR LOS ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio incluyó dentro de su proceso tomar opiniones de personas que laboran en los servicios de salud y las personas que hacen uso de esos servicios, por lo que se procedió a informarles de la causa y objeto del estudio, indicándoles que sus opiniones serían importantes para las personas que tienen poder de decisión y lograr una mejor orientación de las acciones de los servicios de salud. Se les solicitó su autorización para ser tomados en cuenta y, usar la información que proporcionarían para la realización del mismo. Así mismo, se les explicó que en el momento que desearan interrumpir la entrevista, podían hacerlo.

A los(as) usuarios(as) externos que fueron entrevistados(as) se les informó el objeto del estudio, los beneficios que podrían obtener y se les aseguró que los datos obtenidos son confidenciales.

Se identificaron las boletas con un código de control para identificar el centro de salud de donde procedían sin tener explícito el nombre del usuario que participó.

Se consideró que el estudio tendrá beneficios para la población, porque a partir de él se podrá llegar a incluir dentro de los planes de trabajo del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, un Programa de Mejoramiento Continuo de la Calidad, que dará como resultado una optimización de los recursos con que cuentan

## **CAPÍTULO V**

### **V.1 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS**

El presente estudio se realizó en los Centros de Salud tipo B, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social del Área Metropolitana de la Ciudad de Guatemala, Dirección de Área Guatemala, con el fin de describir la calidad de atención que reciben los(as) usuarios(as) que asisten en busca de resolver sus problemas de salud, desde la visión de ellos mismos. Estas instituciones comparten características similares, atienden a una población urbano-marginal, donde gran parte de sus pobladores son personas migrantes con un nivel socio económico y cultural bajo.

### **TABLAS DE RESULTADOS**

En esta sección se presentan los resultados obtenidos de la investigación en relación a las entrevistas realizadas a usuarios(as) para evaluar la calidad de atención que se brinda en los Centros de Salud Tipo B del MSPAS desde su perspectiva.

**Condiciones estructurales que prevalecen en los Centros de Salud Tipo B del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en el Área de Salud Guatemala, Área Metropolitana.**

Se describen, a continuación, los hallazgos del presente estudio en relación con las condiciones de estructura de organización que incluyen: la competencia técnica, continuidad, comodidades y accesibilidad.

### COMPETENCIA TÉCNICA

TABLA No. 1

**Competencia técnica, desde la perspectiva de los (as) proveedores (as) de salud en los Centros de Salud Tipo B del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, del Área de Salud Guatemala, Región Metropolitana de la Ciudad de Guatemala, febrero 2003**

Competencia técnica	SI	NO
	Frec.	Frec.
Existe organigrama en el servicio de salud	8	0
Existen normas de atención	8	0
Existe reglamento interno	7	1
Manual de organización y funciones	6	2
Están sociabilizados con el personal	5	3
Existe comité de desastres	8	0
Existe comité de auditoría médica	3	5
Existe comité de educación continua	7	1
Existe comité de fármaco terapéutica	6	2
Existe servicio de información al usuario	7	1

Fuente: boletas de recolección de datos a coordinadores de servicios de salud. Boleta No. 1

De los ocho Centros de Salud que formaron parte del estudio, todos cuentan con organigramas y con normas de atención. Siete de ellos con Reglamento interno. Seis centros de salud refieren contar con Manual de organización y funciones que lo tienen incluido dentro del Reglamento interno de cada servicio de salud. Sin embargo, únicamente cinco refieren tener sociabilizados estos documentos con el personal de salud.

Los comités que forman parte del apoyo para la gestión, como serían el de Desastres, se encuentra formado en los ocho servicios estudiados, el de Auditoría Médica en tres de ellos, el de Educación continua en siete, y el de Farmacoterapéutica en un seis. De estos el mejor conformado, con documentos escritos y con un plan de trabajo establecido es el Comité de desastres.

El servicio de información al usuario se encuentra funcionando en siete de los servicios de salud estudiados, sin embargo, únicamente uno tiene estandarizado el flujo de los mismos dentro del servicio de salud. Este servicio de información forma parte del área de admisión.

Continuidad de la atención brindada desde la perspectiva de los proveedores de salud.

TABLA No. 2

Continuidad desde la perspectiva de los (as) proveedores(as) de salud en los Centros de Salud Tipo B del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, del Área de Salud Guatemala, Región Metropolitana de la Ciudad de Guatemala, febrero 2003

Continuidad	SI	NO	Faltan insumos por más de un mes	
	No.	No.	SI	NO
			No.	No.
Cuentan con laboratorio clínico	7	1	3	4
Proporcionan medicamentos a los usuarios	8	0	3	5
Material descartable	8	0	1	7
Papelería	8	0	5	3
Equipo médico en buen estado y cantidad suficiente	4	4		

Fuente: boleta de recolección de datos a coordinadores de centros de salud. Boleta No. 1

Laboratorio clínico se encuentra en siete de los servicios de salud que formaron parte del estudio y de ellos en tres faltan las pruebas bioquímicas por más de un mes y en uno, falta el material descartable por más de un mes.

De los ocho servicios de salud que formaron parte del estudio, los medicamentos para uso de los usuarios falta en tres de ellos por más de un mes y, el material descartable, en uno de ellos falta por más de un mes.

La papelería necesaria para el funcionamiento de las instituciones, falta en cinco por más de un mes. El equipo médico en el cuatro de ellas, se encuentra en buenas condiciones y en cantidad suficiente para el buen desempeño del personal de salud, siendo deficiente e insuficiente en los otro cuatro centros de salud.

## COMODIDADES

TABLA No. 3

Comodidades desde la perspectiva de los (as) proveedores(as) de salud, en los Centros de Salud Tipo B del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, del Área de Salud Guatemala, Región Metropolitana de la Ciudad de Guatemala, febrero 2003

Comodidades	Si cuentan	No cuentan	No existe en el servicio de salud
	No.	No.	No.
Energía eléctrica durante la jornada laboral	8	0	
Agua potable durante la jornada laboral	6	2	
Servicios sanitarios según las expectativas del personal de salud	6	1	1
Servicios sanitarios de acuerdo a las expectativas de los(as) usuarios(as)	2	4	2
Ambientes ventilados	3	5	
Ambientes iluminados	3	5	
Ambientes limpios	8	0	
Infraestructura en buen estado	3	5	
Mobiliario para usuarios en buen estado	3	5	
Mobiliario para uso del personal en buen estado	6	2	
Programa de mantenimiento de edificios	6	2	

Los ocho servicios estudiados cuentan con energía eléctrica y seis cuentan con agua potable durante la jornada laboral. Los servicios sanitarios para el personal de salud se encuentran en buenas condiciones en seis centros de salud y, para los usuarios, en dos de ellos. La iluminación y la ventilación natural es adecuada en tres de las instituciones que formaron parte del estudio. Los ocho servicios de salud se encuentran con adecuada calidad de limpieza en los ambientes. Únicamente tres cuentan con una infraestructura adecuada y, cinco, se encuentran en estado regular. Para evaluar la infraestructura se tomó en cuenta el estado de las paredes (limpias o sucias, repellos en buen estado, puertas funcionando con cerraduras en buen estado, cristalería completa). Sin embargo, seis centros de salud manifestaron que cuentan con un programa de mantenimiento de edificios que depende de la Dirección de Área.

De los servicios que cuentan con programa de mantenimiento de edificios, cuatro tienen una infraestructura en buenas condiciones. Seis, cuentan con servicios sanitarios para uso del personal adecuados y, para los usuarios dos.

El mobiliario que está para el servicio de los usuarios, en tres de los servicios de salud, está en buenas condiciones y, en cinco, está defectuoso. El mobiliario destinado para el uso del personal de salud, se encuentra en buenas condiciones en seis y, en dos, esta deficiente.

**Accesibilidad de los Centros de Salud Tipo B, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, del Área de Salud Guatemala, Región Metropolitana, Ciudad de Guatemala, desde la perspectiva de los(as) proveedores(as), febrero 2003**

**TABLA No. 4**

**Accesibilidad desde la perspectiva de los (as) proveedores (as) de los Centros de Salud Tipo B del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, del Área de Salud Guatemala, Región Metropolitana de la Ciudad de Guatemala, febrero 2003**

<b>Accesibilidad</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Se cuenta con horario de atención definido	8	0
Cuentan con horario definido para proveer números de consulta	6	2
Se necesitan documentos de identificación para ser atendido	0	8
Se necesitan documentos para recibir medicamentos (excepción en el programa de Salud reproductiva)	0	8
Posibilidad de seguir tratamiento con el mismo médico	6	2

Fuente: Boleta de recolección de datos a coordinadores de centros de salud.

En los ocho servicios que formaron parte del estudio, se cuenta con un horario de atención definido. En seis de ellos se tienen horarios específicos para proveer números de consulta y, en los ocho, no se necesita ningún documento de identificación como requisito para ser atendido, ni para recibir medicamento, a

excepción del programa de Salud reproductiva, en el que se exige la cédula para proveer anticonceptivos inyectados.

En seis de los servicios de salud, los usuarios tienen la posibilidad de tener seguimiento con el médico que inició el diagnóstico y tratamiento de su problemas de salud.

### **Calidad desde la perspectiva de los proveedores de salud**

En los ocho servicios de salud, se cuenta con tasas de mortalidad perinatal, mortalidad infantil, mortalidad materna, de fecundidad, todas estas tasas se encuentran por debajo de los estándares nacionales. Esta situación revela que las acciones de salud preventiva se desarrollan de acuerdo con las Políticas de salud establecidas.

TABLA No. 5

Accesibilidad desde la perspectiva de los (as) usuarios (as) a los Centros de Salud tipo B del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, del Área de Salud Guatemala, Región Metropolitana, de la Ciudad de Guatemala, febrero 2003

Accesibilidad	Frecuencia	Porcentaje
Distancia de la vivienda al Centro de Salud Menor de 10 Km	246	81.2
Distancia de la vivienda al Centro de Salud de 11 a 20 km	45	14.9
Distancia de la vivienda al Centro de Salud más de 20 km	12	4
Tiempo en llegar de casa a Centro de Salud menor de 30 minutos	214	70.6
Tiempo en llegar de casa a Centro de Salud de 30 a 60 minutos	59	19.5
Tiempo en llegar de casa a Centro de Salud de 61 a 90 minutos	25	8.3
Tiempo en llegar de casa a Centro de Salud de 91 a 120 minutos	4	1.3
Tiempo en llegar de casa a Centro de Salud mayor de 120 minutos	1	0.3
Si comprende la indicaciones que da el personal de salud	296	97.7
No comprende las indicaciones que da el personal de salud	7	2.3
El horario de atención es compatible con su tiempo disponible para recuperar su salud.	276	91.1
El horario de atención no es compatible con su tiempo disponible para recuperar su salud.	27	8.9

**TABLA No. 6**

**Tiempo de espera para consulta desde la perspectiva de los(as) usuarios (as) en los Centros de Salud Tipo B del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, del Área de Salud Guatemala, Región Metropolitana de la Ciudad de Guatemala febrero 2003**

<b>Considera largo el tiempo de espera para ser atendido</b>			
<b>Si</b>		<b>No</b>	
<b>No.</b>	<b>%</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
<b>152</b>	<b>50.2</b>	<b>151</b>	<b>49.8</b>

Fuente: boleta de recolección de datos a usuarios

**TABLA No. 7**

**Desglose en horas del tiempo de espera de consulta en los Centros de Salud Tipo B, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Área de Salud Guatemala, Área Metropolitana, Ciudad de Guatemala, febrero 2003**

<b>Tiempo de espera</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Menor de 1 hora	2	0.6
De 1 a 2 horas	29	9.6
De 2 a 3 horas	97	32
De 3 a 4 horas	88	29
De 4 a 5 horas	63	20.7
Más de 5 horas	24	7.9
<b>Total</b>	<b>303</b>	<b>100</b>

En la encuesta para determinar la satisfacción de usuarios(as) se determinó que, según los(as) entrevistados(as) en un 81.2% considera que tiene **accesibilidad geográfica** adecuada, tomando en cuenta que sus viviendas se encuentran a menos de 10 Km de distancia de los servicios de salud y, únicamente, el 4% se encuentra a más de 20Km de distancia.

**La accesibilidad en relación al tiempo** que se invierte para llegar a un servicio de salud revela que el 70.6% de los(as) entrevistados(as) manifestó usar menos de 30 minutos y, únicamente, el 4.6% usa más de 90 minutos.

El 95% de los(as) entrevistados(as) aprobó el horario de consulta, aduciendo que era accesible a sus necesidades.

**En relación al tiempo de espera**, el 50.2% de los(as) entrevistados(as) considera que *es muy largo*, ya que únicamente el 0.6% de ellos usa menos de una hora para que los atiendan; el 9.6% espera hasta dos horas; el 61% espera hasta 4 horas; el 28.6% espera de cuatro a cinco horas o más.

**La accesibilidad lingüística**, en los(as) usuarios(as) que participaron en el estudio, evidenció que el 97.7% no tiene problema para comunicarse con el personal de salud, y se sienten bien comprendidos en sus necesidades.

Comodidades que se brindan en los Centros de Salud Tipo B del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, del Área de Salud Guatemala, Región Metropolitana de la Ciudad de Guatemala desde la perspectiva de los usuarios.

TABLA No. 8

Comodidades desde la perspectiva de los (as) usuarios (as) en los Centros de Salud Tipo B del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, del Área de Salud Guatemala, Región Metropolitana de la Ciudad de Guatemala, febrero 2003

Comodidades	SI		NO	
	No.	%	No.	%
Centro de Salud limpio	279	92.1	24	7.9
Sanitarios limpios	137	58.1	99	41.9
Sala de espera que llena las expectativas de los(as) usuarios(as)	181	59.7	122	40.3

Fuente: boletas de recolección de datos a usuarios.

Es interesante saber que el 92.1% de los(as) usuarios(as) entrevistados(as) considera que los servicios de salud se encuentran limpios. EL 58.1% considera que los servicios sanitarios se encuentran limpios, pero el 41.9% de ellos considera que los servicios sanitarios no se encuentran en condiciones higiénicas para ser

**Continuidad de la atención desde la perspectiva de los usuarios, en los Centros de Salud Tipo B del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, del Área de Salud Guatemala, Región Metropolitana de la Ciudad de Guatemala**

**TABLA No. 9**

**Continuidad desde la perspectiva de los (as) usuarios (as) en la atención en Centros de Salud Tipo B del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, del Área de Salud Guatemala, Región Metropolitana de la Ciudad de Guatemala, febrero 2003**

<b>Continuidad</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Siempre reciben medicamentos	76	25.1
A veces reciben medicamentos	212	70
Nunca reciben medicamentos	15	5
Les han dejado de realizar exámenes por falta de insumos	35	11.6
No le han dejado de realizar exámenes por falta de insumos	268	88.4

Fuente: boletas de recolección de datos a usuarios

El 25% de los(as) usuarios(as) entrevistados(as) manifestó que recibe sus medicamentos siempre que visitan el servicio de salud, el 70% a veces, y el 5% nunca. El 88.4% opina que siempre le realizan sus exámenes en los servicios de salud y, el 11.6% opina que deja de recibir atención al no realizarles todos los exámenes que necesitan.

**Relaciones interpersonales desde la perspectiva de los usuarios en los Centros de Salud Tipo B del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, del Área de Salud Guatemala, Región Metropolitana de la Ciudad de Guatemala**

**TABLA No. 10**

**Percepción de los(as) usuarios(as) de las relaciones interpersonales entre usuarios y personal de salud de los Centros de Salud Tipo B del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, del Área de Salud Guatemala, Región Metropolitana de la Ciudad de Guatemala, febrero 2003**

Personal de salud	Siempre		A veces		Nunca	
	No.	%	No.	%	No.	%
Médicos atienden con amabilidad	277	91.4	26	8.6	0	0
Personal de admisión son amables	273	90.1	30	9.9	0	0
Personal de enfermería amable	276	91.1	27	8.9	0	0
Personal de farmacia amable	288	95.4	14	4.6	0	0
Personal de laboratorio amable	200	97.1	6	2.9	0	0
Personal de servicio amable	259	98.1	4	1.5	1	0.4

Fuente: boletas de recolección de datos a usuarios.

El 91.4% de los(as) entrevistados(as) considera que los(as) médicos(as) les dan un trato amable, con respeto siempre que acuden al servicio de salud; el 90.1% considera que el personal de admisión los trata con respeto y amabilidad; el 91.1% percibe buen trato de parte del personal de enfermería, el 95.4% considera que el

personal de farmacia es educado, amable, el 97.1% considera que el personal de laboratorio es amable y, el 98.1% considera que el personal de servicio es educado y amable con ellos.

De los(as) entrevistados(as) que consideran que la atención debe mejorar, algunos manifestaron que sería necesario que los(as) médicos(as), personal de admisión, de enfermería y de farmacia fueran más humanos(as) para atender; siendo para el personal de laboratorio y de servicio menores las quejas.

De los(as) entrevistados(as) el 5.3% siente que “los(as) médicos(as) no escuchan siempre a los(as) usuarios(as)”, y que “algunos miembros del personal de admisión los(as) gritan, y no les comprenden cuando explican el motivo de visita al servicio de salud”. Un 5% de usuarios(as) se queja que el trato que recibe del personal de salud en el área de enfermería, catalogándolos(as) como “enojados(as), no toman bien los signos vitales”; y un 9% manifiesta que “los(as) trabajadores(as) de salud, son enojados(as) y pesados(as)”. La mayoría de los(as) usuarios(as) están satisfechos(as) con el trato recibido de parte del personal de los servicios de salud, quienes opinan que, en general, los trabajadores(as) de salud son amables, educados y atentos.

**Calidad de atención desde la perspectiva de los usuarios de los Centros de Salud Tipo B del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, del Área de Salud Guatemala, Región Metropolitana de la Ciudad de Guatemala.**

**TABLA No. 11**

**Calidad de atención desde la perspectiva de usuarios (as) de los Centros de Salud Tipo B del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, del Área de Salud Guatemala, Región Metropolitana de la Ciudad de Guatemala, febrero 2003**

Considera que la atención puede mejorar en los centros de salud				Aspectos requeridos para mejorar la calidad de atención brindada en los centros de salud	No.	%
No.	%	No.	%			
				Rapidez en la atención	227	74.9
				Más disponibilidad de medicamentos	288	95
235	77.6	68	22.4	Más servicios médicos	281	92.7
				Atención más humana	202	66.7
<b>Total: 303</b>						<b>100%</b>

Fuente: boletas de recolección de datos a usuarios

El 77.6% del total de usuarios(as) entrevistados(as) considera que la atención en los servicios de salud podría mejorar. De ellos(as) un 74.9% piensa que sería

El 95% del total de entrevistados(as) manifiesta la necesidad de continuidad en la provisión de medicamentos, tomando en cuenta que el 70% de los usuarios(as) recibe "a veces" lo que necesitan para restaurar su buen estado de salud.

Del total de entrevistados(as) el 92.7% desea que los servicios médicos que se brinda en los servicios de salud fueran variados.

Del total de los(as) entrevistados(as) el 66.7% considera que sería agradable que la atención fuera más humana. Sin embargo al analizar la información por disciplinas, la evaluación es beneficiosa para los (as) trabajadores(as) de salud.

**TABLA No. 12**

**Relación entre respuestas positivas a desear una mejorar calidad de atención y las variables específicas estudiadas desde la perspectiva de los(as) usuarios (as) en los Centros de Salud Tipo B del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, del Área de Salud Guatemala, Región Metropolitana de la Ciudad de Guatemala, febrero 2003**

**La calidad de atención en los centros de salud SI puede mejorar  
(77.6% de entrevistados)**

Situaciones que generan inconformidad en los usuarios(as)	SI		NO		
	Frec.	%	Frec.	%	
Tiempo largo de espera	136	57.9	99	42.1	
Falta de rapidez en la atención	192	81.7	43	18.3	
Falta de continuidad en la provisión de medicamentos	229	97.4	6	2.6	
Poca disponibilidad de servicios médicos	224	95.3	11	4.7	
Atención más humana	173	73.6	62	26.4	
Comodidades	Sanitarios en mal estado	88	47.8	96	52.2
	Sala de espera que no llena las expectativas de los(as) usuarios(as)	106	45.1	129	54.9

Fuente: boletas de recolección de datos a usuarios.

Esta tabla resalta claramente que los(as) usuarios(as) entrevistados(as) que consideran que la atención podría mejorar. Le dan mucha importancia a las

Los(as) usuarios(as) de los centros de salud entrevistados(as), que consideraron como factor de importancia para mejorar la calidad de atención que reciben, mejorar las condiciones de los edificios donde funcionan los servicios de salud, representan un 47.8% observando que los servicios sanitarios no son adecuados, y el 45.1% describió las salas de espera como inadecuadas y, que no han sido diseñadas para el uso que se les da, por lo que se dificulta la circulación de las personas.

# CAPÍTULO VI

## ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

### ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD

Para fines de este estudio, la accesibilidad fue definida desde el punto de vista geográfico, de tiempo, horario de atención y la apertura que tienen los servicios de salud para las comunidades que atienden. Desde el punto de vista geográfico, está definida como la distancia que existe entre la vivienda y el servicio de salud, considerándolos como inaccesibles si es mayor de 20 km., aunque en estas regiones hay transporte, pero el tiempo que se tarda para recorrerlos es variable, situación que puede ser decisiva para resolver un problema de salud. En cuanto al tiempo que tarda en llegar de casa al servicio de salud, si es mayor de 90 minutos se consideró inaccesible. También se contempló la claridad con que consideraron los(as) usuarios(as) que se comunicaban con el personal de salud, como variable de accesibilidad. El horario de atención formó parte de la variable de accesibilidad, ya que por ser horario de oficina coincide, exactamente, con el horario de trabajo especialmente de las madres que son las que en su mayoría asisten a los servicios de salud, ya sea por necesidades propias de su salud o la de sus hijos(as). El tiempo de espera se tomó desde el momento en que el usuario recibió su número de consulta hasta que salió con su receta o medicamento en mano, con el objetivo que si éste es demasiado largo, dificulta la asistencia de las personas, por tener que faltar a sus actividades laborales y/o ser amonestadas económicamente.

Otro aspecto que se evaluó en accesibilidad fue la apertura que tienen los servicios de salud hacia los(as) usuarios(as), tomando como variable la exigencia o

beneficiado con los medicamentos, a excepción del programa de salud reproductiva.

Se puede afirmar, después de analizar los resultados del presente estudio, que los centros de salud del Ministerio de Salud, SI son accesibles a la población en más de un 95%. Siendo el único obstáculo encontrado por los usuarios el tiempo de espera, que en el 0.6% es menos de una hora, en el 9.5% de una a dos horas, en el 29% esperan de tres a cuatro horas y en el 28.6% esperan de cuatro a cinco horas o más. Esta situación está dada por dos aspectos: en primer lugar, porque los(as) usuarios(as) tienen la idea que en las instituciones sólo si llegan a primera hora serán atendidos (7:00 hrs.) y todos madrugan independientemente del motivo de consulta que tengan, y por ende no se puede atender a todos(as) al mismo tiempo. En segundo lugar, porque los(as) proveedores(as) de salud acostumbran atender a todos(as) los(las) usuarios(as) que solicitan atención de consulta en el horario matutino. Situación que se justifica tomando en cuenta que la mayoría son madres que asisten con sus hijos y necesitan salir temprano del servicio de salud para dedicarse a los quehaceres del hogar o bien, asistir a su lugar de trabajo sin ser amonestadas, económicamente.

Esta situación puede ser modificada haciendo, en primer lugar una documentación del proceso de atención, para, así, determinar directamente por opinión de los(as) usuarios(as) las razones del por qué asisten todos(as) en los mismos horarios y, por qué los proveedores de salud realizan la atención médica en horario matutino, prioritariamente.

Algo importante para destacar, es que los(as) usuarios(as) que recorren mayor distancia para llegar a un centro de salud (más de 20 km), son menos exigentes. Entre más cerca viven es más alto el porcentaje que considera que el tiempo de espera es largo. Situación que puede justificarse por la razón que al vivir en un área metropolitana, se adoptan formas de pensar y de sentir más exigentes. Considero que otros factores que pueden explicar la situación antes mencionada son los

relacionados con el nivel socioeconómico, cultural y el grado de estima que tengan, hacen considerar que el recibir atención en un centro de salud es un favor y no una obligación del Estado para con ellos. Estos razonamientos se vieron reflejados en algunos comentarios hechos por los(as) usuarios(as) entrevistados(as), como veremos en la continuación: “en todos lados hay que esperar” (18%), “somos bastantes los(as) que necesitamos el servicio” (17%), “así es en todos lados, si a mí me interesa tengo que perder tiempo de trabajo”, “tardan pero el servicio es bueno, dan medicina” (13.8%), “inician tarde a atender” (11.2%), “hay desorganización de papeletas” , “pocos doctores” (9.2% c/u). Estos comentarios indican que hace falta un programa de información al usuario, porque como se evidencia, los usuarios justifican el prolongado tiempo de espera que se tiene en los servicios de salud.

Dentro de los resultados obtenidos, tenemos que el 100% de los(as) que vive a menos de 10 km de distancia del centro de salud, el 95% que vive entre 11 y 20 km y el 90.1%, que vive a más de 20 km de distancia consideran que el horario de atención es adecuado.

### **COMODIDADES QUE BRINDAN LOS SERVICIOS DE SALUD A LOS(AS) USUARIO(AS)**

Las comodidades para fines de este estudio se definieron como la calidad de limpieza que tiene el centro de salud, la limpieza y estado de los servicios sanitarios, así como las condiciones de las salas de espera, si permiten o no el flujo de usuarios, si cuentan con ventilación e iluminación adecuadas si el mobiliario como bancas o sillas no están rotas, con maderas arruinadas o con tapicería destruida.

De los(as) usuarios(as) entrevistados(as) el 92.1% opinan que los servicios de salud se encuentran limpios. Sin embargo hacen ver que existe deficiencia en los servicios sanitarios, tomando en cuenta que un 47.8% opina que están en mal estado se mantienen sucios, el 45.1% opina que las salas de espera no son adecuadas,

porque se dificulta el paso de las personas y se sienten "hacinadas", no entra suficiente aire o luz natural.

Estos datos se pueden relacionar con la evaluación realizada a los servicios de salud donde se encontró que de ocho centros de salud únicamente tres cuentan con adecuada iluminación y ventilación natural, ocho están limpios y, tres, cuentan con una infraestructura adecuada, evaluando en esta última calidad de la pintura y repello de paredes, servicios sanitarios, distribución de ambientes. Así mismo, se encontró que únicamente tres servicios de salud tienen un mobiliario adecuado y en buen estado para el servicio de los(as) usuarios(as) y, en seis de los ocho, el mobiliario y los servicios sanitarios para uso del personal se encuentran en buen estado y, en dos de los ocho, con servicios adecuados para los usuarios.

Estos datos nos revelan que el Ministerio de Salud no cuenta con estándares mínimos aceptables para que un edificio pueda ser usado como Centro e Salud Tipo B, y que los edificios donde actualmente funcionan no han sido diseñados para ello, sino que han sido readecuados para permitir el funcionamiento, sin embargo, han sido readecuados pensando más que todo en el bienestar del(la) trabajador(a) de salud, aspecto importante por supuesto, pero, se han olvidado de incluir la razón por la cual se hacen las readecuaciones de edificios y poder instalar servicios de salud, que es brindar atención médica integral de calidad a una población que la demanda. Ya que, si no existe una población que atender, los servicios de salud no tendrían razón de existir.

## **CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN A LOS USUARIOS**

La continuidad de la atención es un aspecto muy importante en la calidad de los servicios de salud y se definió en este estudio como la posibilidad que tienen los(as) usuarios(as) de recibir medicamentos cada vez que los necesiten, así como la posibilidad de tener seguridad que si necesitan un examen o atención médica, el

De los(as) usuarios(as) entrevistados(as) el 25% recibe siempre sus medicamentos, el 70%, a veces y, el 5% nunca. Al 11.6% le ha dejado de realizar exámenes por falta de insumos. Por lo que, vemos la continuidad, especialmente, en la provisión de medicamentos, es una de las deficiencias que se muestran en los servicios de salud. Los(as) usuarios(as) que reciben a veces sus medicamentos, opinan que la disponibilidad de medicinas sería un aspecto importante a considerar para mejorar la calidad de atención y, además, consideran que recibir más servicios médicos sería importante para ellos. La falta de continuidad en los servicios de salud, es un aspecto de importancia, ya que puede comprometer el cumplimiento del tratamiento y la resolución de los problemas de salud por los cuales consultan los usuarios(as). En cuatro de los centros estudiados el equipo médico es insuficiente.

De ocho centros de salud que formaron parte del estudio, en siete existe laboratorio clínico y, de los siete laboratorios, en tres de ellos, los insumos para su desempeño faltan por más de un mes. Los medicamentos faltan en tres, por más de un mes. En uno de los ocho centros de salud estudiados, el material descartable falta por más de un mes y, en cinco de ellos, la papelería falta por más de un mes. Entendiendo por papelería, la necesaria para informes, documentar usuarios, carnés, recetarios, teniendo el personal de salud que ingeniárselas para resolver el problema por la falta de estos insumos, ya que la información y la atención no se puede parar por falta de ello. ¿Qué nos produce esta situación? Inconformidad del personal de salud, descontento, insatisfacción y, por lo tanto, mala calidad de atención, ya que como se ha demostrado en estudios realizados en México, en el año 1994 por Carolina Salas Oviedo, la satisfacción laboral tiene un papel importantísimo en la calidad de atención que se brinda al(la) usuario(a) externo, influyendo directamente en el clima organizacional y el desempeño.

Todas estas situaciones podrían estar originadas en la existencia de una mala coordinación entre el nivel local y el Área de Salud o bien, porque la demanda real

guiría hacer una evaluación del sistema de abastecimiento del Area, para determinar si responde a las necesidades de los centros de salud, tanto en tiempo, cantidad y calidad.

## RELACIONES INTERPERSONALES ENTRE USUARIOS(AS) Y TRABAJADORES (AS) DE SALUD

Otra dimensión de la calidad evaluada, correspondió a las relaciones interpersonales, considerando el trato que el(a) usuario(a) recibe de parte de los(las) trabajadores(as) de salud, la amabilidad, cortesía, interés, dedicación hacia el problema que lo(la) lleva a visitar el servicio de salud.

Los(las) usuarios(as) consideran en más de un 90% que el personal de salud les da un trato amable, con esmero, con educación y sensibilidad. Sin embargo, los usuarios consideran que recibir un trato más humano sería necesario para mejorar la calidad de atención que reciben, así tenemos que, el 8.6 % considera que los(as) médicos(as) deberían ser más amables y, un 9.9% desea más amabilidad de parte del personal de admisión y, el 8.9% para el personal de enfermería. Para el personal de farmacia, un 4.6%, para el personal de laboratorio un 2.9% , personal de servicio, un 1.5%. De estos resultados, los comentarios que se obtuvieron fueron los siguientes: “los(as) médicos(as) no examinan” y que en “admisión, los gritan”, “enfermería no toma los signos vitales”, “los(as) trabajadores(as) son enojados(as) y pesados(as)”. Sería agradable creer que el alto porcentaje de usuarios(as) que aseguran que los(as) trabajadores(as) de salud son amables, es porque si lo son y, no porque no se atreven a decir lo que en realidad piensan o sienten al ser atendidos(as), que, por considerar que el servicio que reciben “es un favor” por no tener un costo monetario” deben quedarse callados(as) y aceptarlo en la forma que se lo quieran dar.

Este pensamiento se construyó tomando en cuenta las opiniones de

servicio recibido, pero haciendo alusión de la importancia que tenía para ellos(as) el anonimato de la información, para evitarse problemas en visitas posteriores.

## **CALIDAD DE ATENCIÓN**

La calidad de atención está definida como la propuesta de valor que los servicios de salud ofrecen a los(as) usuarios(as) coordinada con la sensación del usuario(a) de querer recibir un mejor trato, de modificar lo que no le gusta o le dificulta su permanencia en un centro de salud o, qué desearía para salir más satisfecho(a) de la atención recibida, que le permite, a la vez, recuperar o mantener un buen estado de salud. La calidad según la percepción del(la) usuario(a) depende de sus condiciones socioculturales, sus valores, su autoestima e incluso, del momento en que fue abordado.

Es importante mencionar que el 77.6% de los(as) entrevistados(as) opinó que la atención en los servicios de salud podría mejorar. Una cantidad considerable de usuarios(as) desearía que el tiempo de espera fuera menor, además, perciben que la falta de continuidad en la provisión de medicamentos y en la realización de exámenes es inconveniente. Los(as) usuarios(as) le dan mucha importancia a las comodidades que deberían ofrecer los servicios de salud, especialmente, el estado de los servicios sanitarios y salas de espera que, como se logró determinar en dos de las ocho instituciones que formaron parte del estudio no existen servicios sanitarios para beneficiarios(as) y, en cuatro de ellos, son inadecuados, quedando únicamente dos servicios de salud con sanitarios adecuados. El mobiliario para los(as) usuarios(as), en tres instituciones que formaron parte del estudio son adecuadas y, en cinco, con deficientes.

Desde la perspectiva del(la) proveedor(a) de salud, la calidad se mide en término de indicadores, como tasa de mortalidad general, perinatal, infantil, materna

templado dentro de sus planes de trabajo, la evaluación continua de la calidad de atención, tomando en cuenta la opinión de los(as) usuarios(as) de los trabajadores(as) salud. En Guatemala, aún persiste el modelo de atención curativo y asistencialista que sigue privilegiando lo cuantitativo a lo cualitativo. En el Sector Salud, debe tener en cuenta que es importante considerar la aprobación de los(las) usuarios(as) internos y no solamente contar con los comentarios e impresiones de quienes están dentro de las organizaciones haciéndolas funcionar.

En comparación con los estudios realizados en Colombia, en el año 2000, se encontró que, únicamente entre el 31 y 41 % se cumplía con los requisitos mínimos de infraestructura, siendo las áreas más deficientes: transportes, comunicaciones, recurso humano. En el presente estudio se comprobó que ninguno de los ocho centros de salud cumple con las condiciones mínimas para que funcionen como centros de acuerdo a consideraciones lógicas intuitivas, recordando que el MSPAS no cuenta con estándares mínimos de infraestructura para los centros de salud tipo B que funcionan en el Área Metropolitana, según los datos recabados en la Oficina de Control de Establecimientos. Las deficiencias fueron detectadas en las dimensiones de comodidades, continuidad, infraestructura y competencia técnica.

Es importante mencionar que en el año 1999, Carmen Velasco y colaboradores en Bolivia, encontraron que el 75% de las usuarias de un servicio expresaba sentirse bien atendida, que la atención era de calidad y adecuada en cantidad de medicamentos, y su tiempo de espera era menor de 45 minutos. A diferencia, en el presente estudio, el 77.6% opina que la atención puede mejorar, especialmente en rapidez de la atención (74.9 %) ya que el tiempo de espera es menor de una hora para el 0.6% de los(as) usuarios(as) y, para el 57.6% es mayor de tres horas. Como ya se mencionó, únicamente el 50.2% manifiesta claramente su contenido al considerar largo el tiempo de espera. Dentro de los resultados de este estudio, hay un dato que es interesante de los(as) usuarios(as) que viven a más de

los(as) que viven a menos de 10Km de distancia, el 47.5% opina que el tiempo de espera es largo y el 77.6% podría mejorar. Estos resultados indican que los usuarios que viven más cerca del área urbana son más exigentes que los de áreas más alejadas. Además, los(as) que viven más cerca de los servicios de salud, el 30% considera que existen deficiencias en las comodidades; y, de los que viven más alejados el 26% se queja de estas deficiencias.

## COMPETENCIA TÉCNICA

Al referirnos a competencia técnica, estamos hablando de la forma en que se encuentra organizada una institución, la existencia de normas, manuales, organigramas, comités que de una u otra forma ayudan a la gestión y, que sirven de base para evaluar el desempeño de la institución. Se incluye aquí, para fines de este estudio, también, el Sistema de Recursos Humanos, en el que se pretende determinar la cantidad de médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería por habitante.

Todas las instituciones estudiadas tienen normas de atención, siete cuentan con reglamento interno, seis con manual de organización; pero, es lamentable que solamente cinco digan tenerlos sociabilizados con todo el personal. Digo lamentable, ya que en una institución de nada sirve contar con estas herramientas de gestión, si están en poder únicamente de los que las dirigen y, el personal no tiene en que basarse para desempeñarse dentro de ellas. Además, los(as) que dirigen las instituciones dicen contar con un manual de organización y funciones, pero, al comprobar su existencia se encontró que lo que consideran como manual de organización y funciones es un pequeño párrafo incluido dentro del Reglamento Interno, que no está avalado por la Oficina de Servicio Civil, que especifica algunas responsabilidades, obligaciones y algo del perfil y nivel académico necesario para cada puesto.

nuestro país es un lugar de desastres naturales, como ocurrió en el año de 1998 con el Huracán Mitch. Tres centros de salud cuentan con Comité de Auditoría Médica, sin embargo, no hay documentación que los respalde y que demuestre la metodología que usan para realizarlas y, sobre todo, el objetivo que tiene realizar una auditoría. La misma situación se determinó con relación a los Comités de Educación continua y de Fármaco terapéutica. El Comité de Educación continua, es de mucha importancia en una institución de salud porque permite que el personal de salud esté en formación constante, por lo cual sería importante que se implementara el desarrollo de los mismos. Al mejorar el funcionamiento de los Comités de Fármaco Terapéutica, permitirían que el personal de salud se involucrara y asumiera la responsabilidad de proveer medicamentos de calidad y de costos accesibles a la población que atienden.

En relación al recurso humano en las instituciones estudiadas, como otro componente de la competencia técnica se determinó que es escaso, tomando en cuenta la población que cubren los ocho centros de salud y el personal con que se dispone, cuentan con un(una) auxiliar de enfermería por cada 19,242 habitantes, un(a) médico(a) por cada 22, 984 habitantes, lo cual sobre pasa lo sugerido por OPS que es de un médico por 10,000 habitantes y una auxiliar de enfermería por 7,000 habitantes. Al personal de salud se le está exigiendo demasiado, si se toma en cuenta que, no obstante el crecimiento población anualmente, el personal sigue siendo el mismo o menor. Es necesario que las autoridades analicen esta situación y se evalúe, constantemente, la relación que existe entre el recurso humano y población a cubrir, con el propósito de mejorar la calidad de atención que se brinda en los servicios de salud.

## CONCLUSIONES

1. Se encontraron deficiencias en cuatro dimensiones de calidad, por lo que se determina que la calidad de atención que se brinda en los Centros de Salud Tipo B del Área Metropolitana debe mejorar.
2. La accesibilidad geográfica, de horario de atención y lingüística para los(as) usuarios(as) a los servicios de salud se encuentra dentro de sus expectativas.
3. El tiempo de espera es considerado como "muy largo" por los(as) usuarios(as) en un 50.2%, tomando en cuenta que es, en promedio, tres horas o más.
4. Se determinaron deficiencias en las dimensiones de competencia técnica, continuidad y comodidades desde la perspectiva de los proveedores de salud.
5. Los(as) usuarios(as) perciben deficiencias en los servicios de salud en la dimensión de comodidades, accesibilidad de tiempo de espera, continuidad.
6. El(la) usuario(a) no se atreve a denunciar, claramente, las situaciones que hacen que la calidad de atención que recibe no se encuentre dentro de sus expectativas.
7. El(la) usuario(a) de los Centros de Salud tipo B, del MSPAS no está bien informado de sus derechos y obligaciones.

1. Formar un equipo multidisciplinario que sea el responsable de crear y fomentar una cultura de calidad en cada nivel del sistema de salud, de manera que se monitoree en forma sistemática con estándares reconocidos, internacionalmente.
2. Desarrollar un programa de capacitación desde el nivel de servicio clínico individual hasta la red nacional de establecimientos y servicios, estableciendo la necesidad que tiene el actual Sistema de salud guatemalteco de incluir la Calidad, dentro de la prestación de servicios de salud.
3. Fomentar un sistema de evaluación de la forma de prestar servicios, que tenga participación en la toma de decisiones el personal de todo el sistema de salud y, orientarlo, para lograr el mejoramiento de la calidad de atención directa a los usuarios externos.
4. Fortalecer el área de gestión en los servicios de salud, para que se realice la documentación de procesos de atención, con el fin de eliminar los cuellos de botella que hacen que el servicio sea retardado.
5. Utilizar la información generada en el nivel local para la toma de decisiones y así, mejorar el sistema de provisión de insumos materiales, humanos, financieros a fin de que los servicios de salud cuenten con lo necesario para proveer atención de calidad.
6. Establecer programas de información al usuario externo, con el fin de orientarlo para que sea capaz de exigir sus derechos como ser humano y capaz de cumplir con sus obligaciones como usuario, de forma que interactúe con el sistema de salud y deje de ser un ente receptor.
7. Que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, implemente por medio de la oficina de Control de Establecimientos, los estándares mínimos para que un edificio sea considerado apto para que funcione un Centro de Salud tipo B, en el Área Metropolitana de la Ciudad de Guatemala.
8. Diseñar un sistema de incentivos para el personal de salud de tipo económicos, estructurales, académicos y organizacionales, para mejorar su satisfacción y, así, mejorar la calidad de atención que se brinda al(a) usuario(a) externo(a).
9. Buscar mecanismos que permitan socializar los resultados de esta investigación en todos los niveles del sistema de salud guatemalteco. Ver anexos.

# BIBLIOGRAFIA

1. AGUIRRE GAS. Programa de Mejoramiento Continuo. Resultado en 24 unidades médicas del tercer nivel. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro social, vol 37, No. 6. noviembre-diciembre 1999. pp 473-482
2. APRESAL. La Reforma del Sector Salud. Foro internacional Guatemala junio-julio de 1999. pp 47-100
3. ARBOLEDA FLORES, Julio. Equidad y asignación de recursos. Bioética y cuidado de la salud. OPS. Mayo 2000. pp 53-68
4. BRONFMAN, Mario. Castro Roberto. Zuñiga Elena. Miranda Carlos. Oviedo Jorge. Hacemos lo que podemos: los prestadores de servicios frente al problema de la utilización. Revista Salud Pública de México Vol. 39, No. 6, noviembre-diciembre 1997.
5. BROWN LORI, Diprete. Miller Franco Lynne. Rafeh Nadwa. Garantía de la calidad de la atención de salud en los países en desarrollo. Srie de perfeccionamiento de la metodología de la garantía de la calidad. Segunda edición 1997.
6. CENTRO DE GESTIÓN HOSPITALARIA. Consideraciones para un sistema de garantía de calidad en Colombia. [Acreditacion/acreditacionencolombia.htm](#). Modificado 22 de septiembre de 2000.
7. CENTRO DE GESTIÓN HOSPITALARIA. Requisitos esenciales en garantía de calidad. Se consigue en: [A:\Garantia de calidad-requisitos esenciales.htm](#).
8. CENTRO DE GESTIÓN HOSPITALARIA. Consideraciones y Definiciones para un sistema de garantía de calidad en Colombia. Se consigue en: [A:\ACREDITACION\ACREDITACION EN COLOMBIA.htm](#)
9. DAN, Ciampa. Calidad total. Guía para su implementación. 1992. pp: 3-15
10. DONABEDIAN, Avedis. Garantía de la Calidad. Quién es responsable?. En Calidad de atención a la salud. México, Vol. 3, No. 1-2 (Jun, 1996). Se consigue en: [A:\Garantía Calidad - Incentivos.htm](#)

costo y salud: Un modelo integrador. A. Donabedian OPS 1992. pp: 809-82

12. DONABEDIAN, Avedis. La evaluación de los recursos. Los espacios de la salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica. Fondo de Cultura Económica 1988. México D.F. pp 251-431
13. DIRECCIÓN DEL SISTEMA INTEGRADO DE ATENCIÓN EN SALUD. Departamento de Epidemiología. Boletín epidemiológico nacional No. 16. Diciembre de 1999.
14. ECHEVERRÍA AYALA, Breny Johana. Evaluación de las condiciones de eficiencia para la prestación de servicios de salud en el primer nivel de atención de los puestos de salud de la región sur.oeste. Departamento de Chimaltenango. Tesis de pregrado para licenciatura de Médico y Cirujano. USAC. Noviembre 2000.
15. RONSECA RENAULD, Jorge. Jiménez Jeannette. Calidad total: una filosofía para garantizar la satisfacción en los servicios de salud. Perspectiva de la Salud en Centroamérica. Revista Centroamericana de Administración Pública. No 25 julio-diciembre 1992. pp75-
16. GARCÍA GUILLÉN, Diego. Calidad y excelencia en el cuidado de la salud. Bioética y cuidado de la salud. OPS. Mayo 2000 pp35-54
17. INFANTE, Alberto. Isabel de la Mata Daniel López Acuña. Reforma de los Sistema de Salud en América Latina y el Caribe: situación y tendencias. Revista Panamericana de Salud Pública, vol 8, No.1/2 julio agosto 2000.
18. INFOGARANTÍA.com. Quién es responsable de la calidad de atención. Revista de Salud Pública de México. Vol. 3 No. 1-2 junio 1996. Se consigue en: [www.garantiacalidad.com/Infogarantiacalidad.com](http://www.garantiacalidad.com/Infogarantiacalidad.com).
19. JIMÉNEZ CANGAS, Leonor. Baez Dueñas María. Perez Maza Benito. Reyes Alvarez Ileana. Metodología para la evaluación de la calidad en instituciones de atención primaria de salud. Revista Cubana de Salud Pública 1/1996... Metodología para la evaluación de la calidad en instituciones de atención primaria de salud.
20. MAINETTI, José Alberto. Calidad de la atención de la salud y los

21. MARTINEZ RAMÍREZ, Armando, et al. Evaluación de la calidad de la atención a la salud mediante indicadores y su estándar. Revista Medica del Instituto Mexicano del Seguro Social, Vol 36 No. 6, noviembre-diciembre 1998. pp 487-496
22. MILLER, Lyne. Newman Jeane. Murphy Gaël. Mariani Elizabeth. La resolución de problemas y el mejoramiento de los procesos como medios para lograr la calidad. Serie de perfeccionamiento de la metodología de la garantía de calidad. Segunda edición. 1997.
23. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL. Escuela Salud Pública de Andalucía, España. Políticas sanitarias, análisis del sistema de salud. Dirección y planificación estratégica. 6 de marzo 1999.
24. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL. Escuela de Salud Pública de Andalucía, España. Indicadores de Calidad. Cap. 2. septiembre de 1997.
25. NAVARRETE-NAVARRO, Susana. Rangel M. Sigfrido. Las infecciones nosocomiales y la calidad de atención médica. Revista de Salud Pública de México. Vol 41, suplemento 1, 1999.
26. NOVAES, Humberto M. Duncan Neuhauser. Hospital accreditation in Latin America. Revista Panamericana de Salud Pública, Vol 7, No. 6. 2000.
27. OPS/OMS. La garantía de la calidad. Acreditación de hospitales para América Latina y el Caribe. Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud. 1992.
28. OPS- Ministerio de salud Pública y Asistencia Social de El Salvador. Proyecto de garantía de la calidad de los servicios de salud en El Salvador. Aportes para la Reforma del Sector Salud de El Salvador. 1999. pp 2-15
29. OPS/OMS. Marcos conceptuales de los procesos de reforma del sector salud y de los programas de garantía de calidad de los servicios de salud. Reunión regional sobre programas de garantía de calidad de los servicios de salud en el marco de las reformas sectoriales. Argentina 17-19 de noviembre de 1997. Octubre de 1998 pp 3-11
30. OPS/OMS. Temas críticos de los procesos de garantía de calidad

31. PAGANINI, José María. Calidad y eficiencia de la atención hospitalaria. Desarrollo y fortalecimiento de los servicios locales de salud. OPS/OMS 30. 1993
32. PASOS NORIEGA, Roberto. Introducción a las cuestiones de calidad en la perspectiva de los servicios de salud. Perspectivas de la gestión de calidad total en los servicios de salud. Serie Paltex OPS. 1997. pp 1-15
33. PASOS NORIEGA, Roberto. Los médicos y las gestiones de calidad en salud. Perspectivas de la gestión de calidad total en los servicios de salud. Serie Paltex OPS 1997. Pp 93-108
34. PASOS NORIEGA, Roberto. El trabajo y la calidad en los servicios de salud. Serie Paltex OPS. Pp 73--92
35. ROONEY, Anne L. Ostenberg Paul R. van. Licenciatura, acreditación y certificación: enfoques para la evaluación y administración de la calidad de los servicios de salud. Serie de perfeccionamiento de la metodología de garantía de calidad. USAID. Abril 1999. Se consigue en: [www.urc-chs.com](http://www.urc-chs.com)
36. ROSS, Anna Gabriela. Zeballos José Luis. Infante Alberto. La calidad y la reforma del sector salud en América Latina y El Caribe. Revista Panamericana de Salud Pública OPS Vol. 8 No. ½ julio agosto 2000.
37. SALINAS-OVIEDO, Carolina. Laguna Calderón Javier. Mendoza-Martínez María del Rosario. Satisfacción laboral y su papel en la evaluación. Revista de Salud Pública de México 1994;36; (1);22-29.
38. SIORDIA REYES, Alicia Georgina, et al. Satisfacción laboral en un hospital del tercer nivel. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, vol 38, No. 2, noviembre-abril 2000. pp 119-123
39. VELASCO, Carmen. De la Quintana Claudia et al. Calidad de los servicios de anticoncepción en el Alto Bolivia. Revista Panamericana de Salud Pública Vol 5 No. 6, 1999.
40. WHITE KERR, L. Investigaciones sobre servicios de salud: Una antología. El concepto y la medición de accesibilidad. Julio frenk. OPS 1992 Pp: 929-942
41. WHITE KERR, L. Investigaciones sobre servicios de salud: Una antología. Métodos científicos de auditoría médica: su aplicación en cirugía mayor de la pelvis de la mujer. Lembcke Paul. OPS 1992. Pp

42. SAUCEDA-VALENZUEÑA, Alma Lucía. Durán Arenas Luis. Hernández Bernardo. Evaluación de un programa de monitoria de la calidad de los servicios otorgados por una organización no gubernamental. Revista de Salud Pública de México. Vol. 42 No. 5. Septiembre-octubre 2000.
43. URBINA SALAZAR, Raúl Alfredo. Condiciones de eficiencia de los servicios del primer nivel de atención de salud en Izabal. Tesis de pregrado para la licenciatura de Médico y Cirujano. USAC. Octubre 2000.
44. ZEA IRRIARTE, Cizel Ixbalanque. Evaluación de la atención médica que brinda la consulta general del departamento de pediatría del Hospital General San Juan de Dios. Tesis de pregrado para la licenciatura de Médico y Cirujano. USAC. Julio 1987.

ESTUDIANTE: XIOMARA CASTAÑEDA COLINDRES

TÍTULO: Calidad de atención en Centros de Salud tipo B del MSPAS

1. Nombre de la institución: \_\_\_\_\_
2. Dirección: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_
3. Coordinador(a): \_\_\_\_\_

**COMPETENCIA TÉCNICA (PROFESIONAL)**

4. Existe en el servicio de salud un organigrama? (1) SI (2) NO
5. Existen normas de atención? (1) SI (2) NO
6. Existe un reglamento interno? (1) SI (2) NO
7. Existe un manual de organización y funciones (1) SI (2) NO
8. Han sido sociabilizados estos instrumentos con el personal? (1) SI (2) NO  
NO
9. Existe en el servicio de salud comités de apoyo a la gestión como los siguientes:
- |                       |        |        |
|-----------------------|--------|--------|
| * Desastres           | (1) SI | (2) NO |
| * Auditoría Médica    | (1) SI | (2) NO |
| * Educación continua  | (1) SI | (2) NO |
| * Fármaco-terapéutica | (1) SI | (2) NO |
10. Existe en el servicio de salud una sección de información al usuario(a)?
- (1) SI (2) NO
11. Está estandarizado el flujo de usuarios(as) dentro del servicio de salud, con un diagrama visible?
- (1) SI (2) NO

## CURSOS HUMANOS

12. Cuántas enfermeras hay por habitante? \_\_\_\_\_
13. Cuántas auxiliares de enfermería hay por habitante? \_\_\_\_\_
14. Cuántos médicos hay por habitante? \_\_\_\_\_

## CONTINUIDAD

15. Cuenta el servicio de salud con laboratorio clínico? (1) SI (2) NO
16. Faltan por más de 1 mes en el servicio de salud las pruebas bioquímicas necesarias para cumplir con las normas de atención en forma ininterrumpida en beneficio del(la) usuario(a)?  
(1) SI (2) NO
17. Los medicamentos o insumos de ITS, necesarios para resolver o prevenir los problemas de salud de los(as) usuarios(as) faltan por más de un mes?  
(1) SI (2) NO
18. El material descartable, necesario para la realización de exámenes o pruebas diagnósticas faltan por más de un mes?  
(1) SI (2) NO
19. La papelería necesaria para la atención del(la) usuario(a) falta en el servicio de salud por más de un mes?  
(1) SI (2) NO
20. El equipo médico ( estetoscopios, otorrinolaringoscopios, esfignomanómetros) está en cantidad suficiente para la atención del(a) usuario(a)?  
(1) SI (2) NO

## MODIDADES

21. Cuenta el servicio de salud con energía eléctrica durante la jornada laboral?

22. Cuenta el servicio de salud con agua potable durante la jornada laboral?

(1) SI (2) NO

23. Los servicios sanitarios para uso del personal son adecuados?

(1) SI (2) NO

24. Los servicios sanitarios para los(as) usuarios(as) son adecuados?

(1) SI (2) NO

25. Tiene el servicio de salud adecuada iluminación?

(1) SI (2) NO

26. Tiene el servicio de salud adecuada ventilación?

(1) SI (2) NO

27. Se encuentran limpios los ambientes del servicio de salud?

(1) SI (2) NO

28. El estado de la infraestructura de los ambientes se encuentra en el siguiente estado:

(1)BUENO

(2)REGULAR

(3)MALO

29. Cuentan con programa permanente de mantenimiento de edificios?

(1) SI (2) NO

30. El mobiliario para uso de los(as) usuarios(as) está en buenas condiciones?

(1) SI (2) NO

31. El mobiliario para uso del personal de salud está en buenas condiciones?

(1) SI (2) NO

## **CCESIBILIDAD**

32. Existe un horario de atención definido en el servicio de salud?

33. Tienen un horario definido para proveer números de consulta?

(1) SI (2) NO

34. Se necesita un documento de identificación para ser atendido(a) en el servicio de salud?

(1) SI (2) NO

35. Se exige algún documento de identificación para proveer medicamentos?

(1) SI (2) NO

36. Los(as) usuarios(as) tienen la oportunidad de tener seguimiento de sus problemas de salud con el(la) médico(a) que inició el estudio de caso?

(1) SI (2) NO

#### ALIDAD DE ATENCIÓN

37. Cuenta el servicio de salud con indicadores de desempeño?

(1) SI (2) NO

38.Cuál es la tasa de mortalidad perinatal de su área? \_\_\_\_\_

39.Cuál es la tasa de mortalidad infantil de su área? \_\_\_\_\_

40.Cuál es la tasa de mortalidad materna de su área? \_\_\_\_\_

ESTUDIANTE: XIOMARA CASTAÑEDA COLINDRES

Estudio de Calidad de Atención en Centros de Salud tipo B del MSPAS.  
Satisfacción de usuarios externos

**ACCESIBILIDAD**

1. A que distancia se encuentra el servicio de salud de su casa?  
(1) 0 a 10 Km                      (2) 11 a 20 KM                      (3) Más de 20 Km
2. Cuánto tiempo invierte en llegar de su casa al centro de salud?  
(1) 0 a 30 minutos                      (2) de 31 a 60 minutos                      (3) de 61 a 90 minutos  
(4) de 91 a 120 minutos                      (5) más de 120 minutos
3. Considera usted que le es fácil comunicarse con el personal de salud porque usa un lenguaje que usted comprende?  
(1) SI    (2) NO
4. Le parece adecuado el horario de atención?    (1) SI    (2) NO
5. Considera que el tiempo que espera para ser atendido es muy largo?  
(1) SI    (2) NO

Por qué? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## COMODIDADES

6. Cree usted que el Centro de salud se encuentra limpio cada vez que usted viene a consultar?

(1) SI (2) NO

7. Cree usted que los servicios sanitarios se encuentran limpios?

(1) SI (2) NO

8. Le parece que la sala de espera tiene un tamaño adecuado para el número de personas que permanecen en ella en el momento de la consulta?

(1) SI (2) NO

## CONTINUIDAD

9. Al recibir atención en el centro de salud le entregan los medicamentos que necesita para resolver su problema de salud?

(1) SIEMPRE (2) A VECES (3) NUNCA

10. Le han dejado de realizar un examen médico o de laboratorio por no tener los insumos necesarios para ello?

(1) SI (2) NO

## RELACIONES INTERPERSONALES

11. Considera que el personal de salud le da un trato amable, con respeto, con interés, esmero cada vez que usted viene al Centro de salud? Por favor contestar según cada uno de las siguientes disciplinas:

Servicio	Siempre (1)	A veces (2)	Nunca (3)
Médicos			
Admisión			
Enfermería			
Farmacia			
Laboratorio			
De servicio			

Por que?

---

---

---

---

---

## ALIDAD

12. Considera usted que la forma de dar atención en el centro de salud debería mejorar?

(1) SI      (2) NO

qué aspectos debería mejorar?

---

---

---

---

13. De los siguientes aspectos cuál o cuáles considera importantes para que el Centro de salud brinde una mejor atención?

- |                                   |        |        |
|-----------------------------------|--------|--------|
| ➤ Rapidez en la atención          | (1) SI | (2) NO |
| ➤ Más disponibilidad de medicinas | (1) SI | (2) NO |
| ➤ Más servicios médicos           | (1) SI | (2) NO |
| ➤ Atención más humana             | (1) SI | (2) NO |

## **MECANISMOS DE SOCIALIZACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA PRESENTE INVESTIGACIÓN**

- Los resultados obtenidos serán publicados en la revista de la Organización Panamericana de la Salud.
- Serán presentados, los resultados, ante las autoridades de la Dirección de Área Guatemala.
- Será la Dirección de Área Guatemala la que busque la forma de darlos a conocer en los altos niveles de mando del Sistema de Salud guatemalteco.

**PERMISO DE LA AUTORA PARA REPRODUCIR  
LA PRESENTE TESIS**

La autora concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada: **CALIDAD DE ATENCIÓN EN CENTROS DE SALUD TIPO B** para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier motivo diferente al que señala lo que conduzca a su reproducción total o parcial.