

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

**CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL
CONSULTORIO DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD
SOCIAL (IGSS) PALIN, ESCUINTLA**

MARIA DE LOURDES MORALES SAGASTUME

TESIS

**PRESENTADA ANTE LAS AUTORIDADES DE LA
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

**PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN CIENCIAS EN SALUD PÚBLICA CON ÉNFASIS EN
SALUD AMBIENTAL**

GUATEMALA MAYO 2012



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

La Doctora: María de Lourdes Morales Sagastume

Carné Universitario No.: 100018043

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro en Salud Pública con Énfasis en Salud Ambiental, el trabajo de tesis **"Calidad de la atención de los servicios de salud del consultorio del Instituto Guatemalteco de Social (IGSS) Palin, Escuintla"**.

Que fue asesorado: MSc. Otto Rolando Cano

Y revisado por: Dr. Alfredo Moreno Quiñónez MSc.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para mayo 2012.

Guatemala, 16 de abril de 2012

Dr. Carlos Humberto Vargas Rey MSc.

Director
Escuela de Estudios de Postgrado



Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.

Coordinador General
Programa de Maestrías y Especialidades

//amo

2ª. Avenida 12-40, Zona 1, Guatemala, Guatemala

Tels. 2251-5400 / 2251-5409

Correo Electrónico: especialidadesfacmed@gmail.com

Lic. MA Cayetano Ramiro de León Rodas
Director Consultor Col No. 345 - Humanidades
Docencia - Letras - Lingüística del Castellano.

Guatemala, 7 de octubre de 2011.

Maestría en Salud Pública,
Facultad de Ciencias Médicas,
Universidad de San Carlos de Guatemala,
USAC.

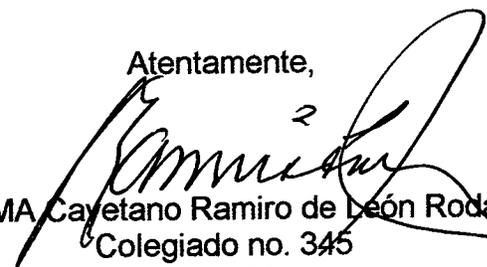
A quien interese.

Tengo el honor de saludarlo-a y, al mismo tiempo, informarle que en mi calidad de especialista en Letras y formalidades lingüísticas, he revisado: 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:

MARIA DE LOURDES MORALES SAGASTUME

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

Atentamente,


Lic. MA Cayetano Ramiro de León Rodas
Colegiado no. 345
DIRECTOR

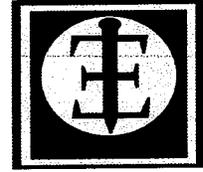
**MA, Cayetano Ramiro de León Rodas
Colegiado No. 345
Letras - Lingüística**



Servicios: Tesis - Documentos técnicos - USAC - URL - Lingüística -
Especialidades - RAE - Redacción - Ortografía - RRHH - RRPP.



Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela Estudios de Postgrado
Maestría en Ciencias en Salud Pública



Guatemala, 24 de junio 2011

Doctor
Joel Eleazar Sical Flores
Coordinador Maestría en Ciencias en Salud Pública
Escuela estudios de Postgrado
Facultad de Ciencias Médicas
Presente

Estimado Doctor Sical:

Para su conocimiento y efectos le informo que luego de revisar el informe final de tesis presentando por la estudiante Maria de Lourdes Morales Sagastume, carné: 100018043, titulado "*Calidad de la atención de los servicios de salud del consultorio del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) Palin, Escuintla*". El mismo cumple con los requisitos establecidos por el Programa de Maestría en Ciencias en Salud Pública.

Agradeciendo la atención a la presente de usted. Cordialmente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Dr. Alfredo Moreno Quiñónes
Profesor Área de Investigación
Maestría en Ciencias en Salud Pública
Escuela Estudios de Postgrado
Facultad de Ciencias Médicas

C.c. Archivo

Guatemala, 20 de Mayo de 2012.

MsC. Mario Rodolfo Salazar Morales
Coordinador Escuela de estudios de Postgrado,
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Ciencias de Salud Pública.
Universidad de San Carlos de Guatemala

MsC. Salazar:

Por medio de la presente me es grato dirigirme a usted para informarle que cumpliendo con el artículo 10, inciso C, capítulo VI (de los asesores), del Normativo para la elaboración de tesis de Maestría en Salud Pública de la Facultad de Ciencias Médicas, de la Universidad de San Carlos de Guatemala, he asesorado el informe final de tesis de la **Dra. María de Lourdes Morales S. de Ruano**, titulada **“Calidad de la atención de los servicios de salud del Consultorio del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social Palín, Escuintla”**. Desde mi particular punto de vista el trabajo cumple con calidad, los requerimientos del método científico, por lo doy mi aval para que pueda continuar con el procedimiento, según normativo para la elaboración de tesis de Maestría en Salud Pública.

Sin otro particular, me despido de usted,

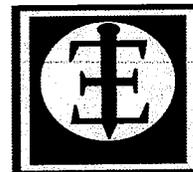
Deferentemente,


MsC. ~~Otto Belando Cano~~
Epidemiólogo Departamental
IGSS, Escuintla





Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela Estudios de Postgrado
Maestría en Ciencias en Salud Pública



Guatemala, 22 de abril 2011

Doctor
Alfredo Moreno Quiñónez
Coordinador a.i Maestría en Salud Pública
Escuela Estudios de Postgrado
Facultad de Ciencias Médicas
Presente

Estimado Doctor Moreno:

Atentamente le informo, que he realizado la revisión del informe final de tesis de la estudiante María de Lourdes Morales Sagastume, el cual se titula *“Calidad de la atención de los servicios de salud del consultorio del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) Palín, Escuintla”*.

Después de haber verificado que la estudiante realizó las mejoras que se le indicaron en la primera oportunidad, considero que el protocolo de investigación cumple con los requisitos exigidos por la Maestría en Ciencias en Salud Pública, de la Facultad de Ciencias Médicas, por lo que doy mi aprobación respectiva.

Agradeciendo la atención a la presente de usted. Cordialmente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

Dr. Joel Eleazar Sicál Flores
Coordinador Maestría en Ciencias en Salud Pública
Escuela Estudios de Postgrado
Facultad de Ciencias Médicas

C.c. Archivo

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

Al primero que quiero expresar mi más profundo agradecimiento, es a ti por bendecirme para llegar hasta donde he llegado.

A LOS CATEDRÁTICOS DE LA MAESTRIA

Tanto para iniciar, como para concluir una singladura, es preciso contar con una tripulación preparada, disciplinada y entregada a su pasión por la investigación, y abierta a los que buscan, como ellos, la esencia del conocimiento, gracias por su inestimable ayuda para concluir este proyecto.

AL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL

Por permitirme por más de quince años ser parte de esta gran familia, también quiero agradecer el soporte económico otorgado, a través de la concesión de una beca. Y por haberme autorizado desarrollar dentro de la Institución el presente trabajo de Tesis.

A MIS PADRES

Jorge A. Morales

María Magdalena de Morales (QEPD)

No olvidaré el amor que me profesaron cuando más lo necesitaba.

No olvidaré los cuidados que de día y noche me prodigaron.

No olvidaré el sufrimiento y la alegría que vivieron conmigo.

Esto, es una manera muy sencilla de homenajearlos.

A MIS HERMANOS Y HERMANAS

Por que sin preguntar me apoyaron, y sin juzgar siempre me han amado.

¡Los amo a todos!

A MI ESPOSO E HIJAS

Quiero agradecerles la comprensión y paciencia mostradas durante estos años. Ellos saben lo gratificante que ha sido para mí, el llevar a cabo este proyecto. Muchas de las horas aquí invertidas se las he robado y, a pesar de ello me han prestado siempre el apoyo y amor necesarios que sólo una gran familia puede dar.

FINALMENTE,

Quiero agradecer a todos/as aquellos/as que han colaborado tanto activa como pasivamente en la consecución de este logro.

RESUMEN

El objetivo del estudio fue analizar la calidad de la atención que se brinda en el Consultorio del IGSS Palín Escuintla, desde la percepción de usuarios de servicios de salud. Actualmente no se cuenta con información sistemática sobre la calidad de los servicios, lo cual constituye un vacío importante para la adecuada gestión de los mismos.

La investigación fue de tipo descriptiva, con una muestra de 318, se realizó una encuesta para conocer características sociodemográficas, identificar la calidad, relacionada con la estructura, proceso y resultado de la atención, desde la percepción de los usuarios. Se realizó análisis descriptivo univariado de los resultados utilizando el modelo de Avedis Donabedian sobre la calidad de la atención.

Las principales conclusiones fueron: La mayoría de los usuarios están comprendidos entre las edades de 18 y 30 años, son de sexo femenino, están casados, residen en el casco urbano, tienen nivel de escolaridad primaria, tanto completa como incompleta, tienen ocupaciones laborales variadas y son afiliados al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

Para la mayoría de los usuarios, los aspectos de infraestructura, relacionados con la comodidad de las instalaciones, la limpieza general y la limpieza de los servicios sanitarios, fueron considerados como buenos y refirieron estar satisfechos por la atención recibida en el consultorio, percibiendo el servicio prestado por el personal del consultorio, como bueno.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

I	INTRODUCCIÓN	1
II	ANTECEDENTES	4
III	OBJETIVOS	35
IV	MATERIALES Y MÉTODOS	36
V	RESULTADOS	47
VI	DISCUSIÓN Y ANALISIS	62
VII	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	72
VIII	ANEXOS	81

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla	Descripción	Página
No.1	Cuadro resumen, sobre características socio demográficas.	53
No.2	Tiempo de traslado de los usuarios hacia el consultorio.	56
No.3	Medio de transporte utilizado por los usuarios	56
No.4	Oportunidad de la atención médica.	57
No.5	Toma de Signos Vitales	58
No.6	Opinión del usuario sobre si encontró solución, al problema por el que acude al Consultorio.	60
No.7	Opinión del usuario sobre si recibió completo el o los medicamento(s) prescrito(s) por el médico	61
No.8	Mejoras de la calidad de atención	67

ÍNDICE DE GRAFICOS

Gráfico	Descripción	Página
No.1	Percepción de los usuarios, sobre la limpieza del consultorio	54
No.2	Percepción de los usuarios, sobre la comodidad del consultorio.	54
No.3	Percepción de los usuarios, sobre la limpieza del sanitario.	55
No.4	Percepción de los usuarios, sobre el equipo médico	55
No.5	Privacidad durante la consulta médica	56
No.6	Información proporcionada por personal de Secretaría	57
No.7	Opinión sobre el tiempo de espera	58
No.8	Examen físico realizado	58
No.9	Explicación por parte del médico, sobre su problema de salud	59
No.10	Prescripción de medicamentos	59
No.11	Explicación de cómo tomar los medicamentos	59
No.12	Tiempo dedicado a su consulta, con el médico	60
No.13	Razones, según el usuario por las cuales no encontró solución al problema que motivó su consulta a los servicios	61
No.14	Razones, según el usuario por las cuales no recibió el o los medicamento(s) prescrito(s) por el médico	62
No.15	Satisfacción general por el servicio prestado	62
No.16	Percepción del usuario, sobre la atención médica	63
No.17	Percepción del usuario, sobre la atención el servicio de Farmacia.	63
No.18	Percepción del usuario, sobre la atención de Enfermería.	64
No.19	Percepción del usuario, sobre la atención de Secretaría	64
No.20	Percepción del usuario, sobre la atención del Archivo	65
No.21	Percepción del usuario, sobre la atención del Agente de seguridad.	65
No.22	Percepción del usuario, sobre la atención del personal Administrativo.	66
No.23	Percepción del usuario, sobre la atención de Trabajo Social.	66
No.24	Aspectos que, según los usuarios se deben mejorar en la calidad de la atención	67

I. INTRODUCCIÓN

Al estudiar la evolución de la Calidad en Salud en el mundo encontramos que ésta se inició desde hace, aproximadamente, un siglo con las evaluaciones del Colegio Americano de Cirujanos en 1.912 a los hospitales en Norteamérica, a partir de las cuales se definieron los primeros estándares mínimos en la composición y calificación del personal médico, en contar con una Historia Clínica por paciente y en la revisión y análisis de la práctica clínica.

En los años 50, con estas evaluaciones se dio origen al proceso para Acreditación de Hospitales en Norteamérica y Canadá. (1, 2,3,) En los años 60, las primeras experiencias consistieron en la acreditación de los centros sanitarios e instituciones docentes, evaluando los aspectos estructurales. En forma paralela se desarrolló la metodología necesaria para evaluar la práctica clínica, observando directamente el proceso mediante el empleo de criterios implícitos o, bien, aplicando métodos estructurados como auditoría médica, en el que se utilizaron criterios explícitos que permitían, además de establecer estándares asistenciales, comparar la Calidad entre diversos centros. (3,4)

A partir de la década de los 70, comienza lo que se puede denominar “la etapa de la garantía o mejora de la Calidad”. La necesidad de evaluar la eficiencia de la atención facilitó el desarrollo de métodos basados en la evaluación de los resultados de la asistencia. En la década de los 80, se incorporan y adapta los conceptos y métodos de la Gestión de Calidad de la industria, en un ciclo secuencial con tres actividades definidas: Planificación, Ejecución de la tarea y Comprobación.

La calidad de atención consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médicas en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. La calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios. (6) Los Esfuerzos para mejorar la calidad de atención deben considerar el punto de vista tanto de los prestadores(as) de servicios como de los usuarios (as). Como prestadores (as) de servicio es preciso tener información sobre los distintos componentes de los servicios, tener estadísticas actualizadas, para proveer una buena atención, y servir de base para las decisiones profesionales. Desde el punto de vista de los usuarios(as), se debe tener en cuenta sus necesidades, respetar su individualidad y recalcar una buena relación entre prestadores (as) de servicio y los usuarios (as), siendo éste un aspecto clave que refleja la calidad de los servicios. (7)

Las bases conceptuales y metodológicas sobre la calidad de la atención, publicada en los ámbitos nacional e internacional durante los últimos 10 años, se han venido justificando en el modelo desarrollado por Avedis Donabedian. (8)

El análisis modelo de Donabedian sobre la calidad de la atención propone tres dimensiones, estructura, proceso y resultado; este modelo ha sido una contribución importante, pues permite medir ordenadamente las variables ligadas a la calidad de los servicios de salud. Este esquema supone que los resultados realmente son consecuencia de la atención proporcionada, lo cual implica que no todos los resultados puedan ser fáciles y, exclusivamente imputables, a los procesos, y no todos los procesos dependerán directa y unívocamente de la estructura.(9,10)

De acuerdo con el Instituto de Medicina de los Estados Unidos, la atención en salud debe ser: efectiva, oportuna, segura, eficiente, equitativa y centrada en el paciente. (11) El análisis de percepción de las necesidades de salud desde la perspectiva del usuario es una dimensión no siempre considerada en los ejercicios de evaluación de la calidad de los servicios de salud. (2)

Los problemas de la organización y la administración de los servicios de Salud son compartidos por todos los actores del sector Salud, en Latinoamérica se han comenzado importantes reformas de sus sistemas de salud, debido a la necesidad de replantear la provisión de los servicios existentes, para superar las conocidas dificultades y limitantes así como dar respuestas eficientes, de calidad y, sobre todo, en forma equitativa a la población. (12)

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS-, presentó ante el foro Internacional, La Reforma del Sector Salud en 1999, un pre-diagnóstico en donde hacía referencia a la insatisfacción del usuario, servicio tardío y de mala calidad, (12) y retomándolo en el plan estratégico 2008-2012, en el primer objetivo Estratégico Ampliación de cobertura, una de las actividades propuestas es la de mejorar la imagen Institucional, en el Consultorio del -IGSS- de Palín Escuintla, se cuenta con un buzón de sugerencias y quejas, el que se analiza, mensualmente, con el comité de mejoramiento continuo, en donde se han manifestado insatisfacciones por parte de los usuarios y, también, se analizan las insatisfacciones por parte de los prestadores de Salud.

Actualmente, no se cuenta con información sistemática sobre la calidad de los servicios de salud que se brinde en el Consultorio del IGSS de Palín Escuintla, lo cual constituye un vacío importante para la adecuada gestión de los servicios de salud en dicha unidad de atención, que permita la mejora continua de la calidad de los mismos.

Considerando lo expuesto anteriormente, se realizó el presente estudio de tipo observacional descriptivo, de corte transversal con el propósito de evaluar la calidad de la atención a partir de la percepción de usuarios de servicios de salud del consultorio del IGSS Palín, a quienes se les se realizó un cuestionario para conocer características sociodemográficas, identificar la calidad, relacionada con la estructura, proceso y resultado de la atención, desde la percepción de los usuarios. Utilizando como base el modelo de Donabedian, se realizó análisis estadístico, descriptivo univariado de los resultados.

Los resultados encontrados permitieron concluir que la calidad de atención que se brinda, en los diferentes servicios en el Consultorio, fue considerada por la mayoría de los usuarios, como buena. Las características sociodemográficas de la mayoría con: edad comprendida entre los 18 y 30 años, sexo femenino, casadas, residentes en el casco urbano, con nivel de escolaridad primaria, tanto completa como incompleta, con ocupaciones laborales variadas, afiliadas al seguro Social. Los aspectos de la infraestructura, relacionados con la comodidad de las instalaciones, la limpieza general y la limpieza de los servicios sanitarios, fueron considerados por los usuarios como buenos, otros aspectos funcionales como la privacidad durante la consulta, la oportunidad de la atención médica, fueron considerados como buenos. La mayoría refirió que el médico le realiza examen clínico completo, le explica claramente sobre su problema de salud, le prescribe medicamentos y siempre le indica cómo debe tomarlos, considerando que el tiempo que duró su consulta es adecuado. La mitad considera que el tiempo de espera para ser atendidos por el médico es largo.

Concluyendo, la mayoría de personas está satisfecho por la atención recibida en el consultorio, percibiendo que el servicio prestado por el personal es bueno, considerando que se pueden realizar mejoras, a la infraestructura, aumentar el recurso humano, mejorar los tiempos de espera, la limpieza de las instalaciones y ampliar horarios de atención.

II. ANTECEDENTES

Fundamentación.

Teorías que sustentan la calidad

La preocupación por la calidad no es nueva. En la antigüedad eran los mismos campesinos o artesanos quienes producían o fabricaban los productos y controlaban la calidad de su trabajo, siendo a la vez, productores y consumidores.

Con el desarrollo de la sociedad mercantil se van separando el productor y consumidor para dar paso al intermediario. (34)

Posteriormente, la aparición de la tecnología moderna en la Revolución Industrial cambia la forma de producción, generando una división del trabajo, la especialización y la creación de la línea de ensamble. Se da paso a una nueva forma de vida en la sociedad y a una transformación de las organizaciones.

Con el crecimiento y desarrollo de la organización industrial surge una nueva figura que vendría a reemplazar al antiguo capataz en sus funciones de control: el inspector, encargado, inicialmente, de seleccionar los productos en buenos y defectuosos. Esta etapa se caracterizó por la inspección ejercida sobre el producto final y por la aparición del sistema de producción en línea creado por Henry Ford. (35)

El control de calidad moderno o control de calidad estadístico, comenzó en los años 30. La utilización estadística como la herramienta que mide la variación de los procesos, propició el cambio del modelo de control "estático o correctivo" a uno "dinámico, preventivo y evaluativo". (35)

La nueva revolución tecnológica, representada por el invento de nuevos materiales, la microelectrónica, la biotecnología y la cibernética, trajo consigo un cambio de concebir la calidad del producto en todas sus fases de transformación, ya no desde la óptica del productor, sino con la óptica puesta en el consumidor. Es precisamente en este momento cuando el concepto de control total de calidad se convierte en una filosofía que tiene como propósito la satisfacción del consumidor. (48)

El doctor Armand V. Felgenbaum, en Mayo de 1957, da origen al concepto del control total de calidad definiéndolo como: "un sistema eficaz para integrar los esfuerzos en materia de desarrollo, mantenimiento y mejoramiento de la calidad, realizados por los diversos grupos en una organización, de modo que sea posible

producir bienes y servicios a los niveles más económicos y que sean compatibles con la plena satisfacción de los clientes" (34) (48)

Dimensiones y elementos de la calidad

Para fines del presente estudio se utilizarán las definiciones de calidad del Profesor Donabedian en donde establece, cómo dependerá el método y el enfoque para su evaluación de las dimensiones y los criterios que se elijan. ¿Qué se debe evaluar? El autor analiza las ventajas de la utilización de resultados como indicadores de calidad de los procesos, al aportar datos concretos, planteando el problema de la fiabilidad de los resultados.

En cuanto a la **estructura**, considera que aunque puede abarcar procesos administrativos de distinta índole, la evaluación así entendida se basaría en la adecuación de las instalaciones y equipos, la idoneidad del personal médico y su organización, la estructura y organización administrativa, etc. El Prof. Donabedian procura aclarar que este análisis de proceso y resultados no significa una separación entre medios y fines, sino una "cadena ininterrumpida de medios antecedentes, seguida de fines intermedios los que, a su vez, son medios para otros fines"; estableciendo así una de las primeras definiciones de proceso asistencial como un continuo. Considera importante la selección uniforme de aspectos significativos de la atención: cómo se cumplen las tareas en ciertas situaciones clínicas; distinguiendo entre la evaluación de la atención realmente provista y la capacidad de proporcionarla, planteando ya entonces el problema de la variabilidad de la práctica médica y su medida.

En cuanto a las fuentes de información, analiza como el enfoque adoptado determina el método para recoger la información requerida. Sin embargo el autor considera que las cuatro fuentes de información más importantes son: 1. las *historias clínicas* señalando las limitaciones propias de la información que contiene y que entonces, prácticamente, sólo se utilizaban para evaluar la atención hospitalaria; 2. la *observación directa por un colega cualificado*; 3. *el enfoque sociométrico*: cuando los médicos buscan atención para ellos y sus familias expresan con sentido crítico opiniones válidas sobre la capacidad de sus colegas de brindar atención de alta calidad; y 4. *el Método autorreferencial*: la evaluación que los propios profesionales realizan para juzgar la eficiencia de las organizaciones en las que trabajan.

En cuanto a los patrones de medida, el autor establece dos tipos en función del fin de la evaluación: empíricos y normativos. Considera que cuanto más general sean los patrones, más dependerán de la interpretación del evaluador. Así mismo, analiza los problemas que presentan las distintas escalas de medición aunque, en opinión del

Profesor Donabedian, el principal radica en la forma de ponderación de los distintos elementos en el total. Analiza igualmente validez fiabilidad: el principal mecanismo para lograr un mayor grado de fiabilidad es la especificación detallada de criterios, patrones y procedimientos empleados para evaluar la atención. Analizando, también, los problemas derivados de los sesgos de observación. Aunque el Profesor Donabedian considera indudable la relación entre la estructura y el proceso, la complejidad y ambigüedad de las relaciones depende de la gran variedad de factores que intervienen. A lo largo de todo el trabajo, el autor analiza los diversos enfoques y métodos empleados para evaluar la calidad de la atención médica, señalando una serie de aspectos que merecen consideración, por los problemas que se derivan de ellos. Le parece que se dedica un gran esfuerzo a la formulación de criterios y patrones que presuntamente den estabilidad y uniformidad a cualquier juicio emitido sobre la calidad, y sin embargo, este presunto efecto no se ha demostrado empíricamente.

Aunque el Profesor Donabedian en este artículo se centra casi, exclusivamente, en la interacción médico paciente en la evaluación de la asistencia sanitaria, plantea la necesidad de búsqueda de formas fáciles de medir un fenómeno tan complejo como la atención médica lo cual podría ser un sueño imposible, aún sin resolver, completamente, casi cuatro décadas después. (19) (41) (55)

Indicadores de resultado

El resultado de la atención médica, en términos de recuperación, restauración de las funciones y supervivencia, se ha utilizado, frecuentemente, como indicador de la calidad de esa atención. Como ejemplos se pueden citar los estudios de la mortalidad perinatales, las tasas de letalidad en la cirugía y la adaptación social de los pacientes dados de alta de los hospitales psiquiátricos, El uso de los resultados como criterio para estimar la calidad de la atención médica ofrece innumerables ventajas. Pocas veces se cuestiona la validez de utilizar los resultados como dimensión de la calidad. Tampoco la estabilidad y validez de los valores de recuperación, restauración y supervivencia plantean ninguna duda en la mayoría de las situaciones y culturas, aunque tal vez no sea así en todas.

Por otra parte, los resultados tienden a ser bastante concretos y, como tales, sujetos aparentemente a una medición más precisa. Sin embargo, algunas consideraciones restringen el uso de los resultados para medir la calidad de la atención. En primer lugar, habría que determinar si el resultado de la atención es, en realidad, la medida que corresponde utilizar, puesto que los resultados reflejan no sólo el poder de la ciencia médica de alcanzar determinados efectos en ciertas condiciones dadas, sino también el grado en que se ha aplicado, en los casos objeto de estudio la, "medicina

científica" como se la concibe actualmente. Pero, precisamente, el objetivo puede ser separar estos dos efectos. En algunas ocasiones, un determinado resultado puede no ser pertinente, por ejemplo, cuando se elige la supervivencia como criterio de éxito en una situación que no es mortal, pero que puede conducir a una condición de salud subóptima o invalidante, aun en las situaciones en que los resultados son pertinentes y en que se ha elegido como criterio el resultado que corresponde, hay que tener en cuenta las limitaciones.

En el resultado pueden influir muchos otros factores además de la atención médica, por lo que, si se quiere llegar a conclusiones válidas, habrá que tener cuidado para mantener constantes todos los demás factores distintos de la atención médica. En algunos casos, es preciso que transcurran largos períodos de tiempo, tal vez decenios, antes de que los resultados pertinentes sean evidentes. En esas ocasiones, los resultados no están disponibles cuando se necesitan para la evaluación y los problemas derivados de la necesidad de mantener la comparabilidad se acrecientan notablemente. Además, la tecnología médica no es totalmente efectiva y con frecuencia no se conoce con precisión el índice de éxitos que es dable esperar en una situación determinada. Por esta razón se deben hacer estudios comparativos de los resultados en situaciones controladas. (19)

Si bien algunos resultados son por lo general fáciles de medir sin lugar a error (la muerte, por ejemplo), la medición de otros que no fueron definidos con tanta precisión puede resultar difícil. Entre estos se incluyen las actitudes y satisfacciones de los pacientes, la readaptación social y la discapacidad y rehabilitación física. Aun la validez aparente que se atribuye por lo común a los resultados, como criterios de éxito o fracaso, no es absoluta. Es una cuestión debatible, por ejemplo, si la prolongación de la vida en determinadas circunstancias es evidencia de buena atención médica. McDermott *et al.* Han demostrado que, si bien la corrección de una luxación congénita de cadera en una posición determinada es considerada una prueba de buena medicina en el hombre de raza blanca, puede resultar invalidante para el indio navajo que pasa gran parte de su tiempo sentado en el suelo o sobre la montura.

Por último, si bien los resultados considerados en conjunto podrían ser indicativos de buena o mala atención, no permiten conocer en qué consisten las deficiencias o ventajas a las que se podría atribuir un resultado determinado ni dónde se encuentran. Al presentar todas estas limitaciones al uso de los resultados como criterios para evaluar la atención médica no se ha querido demostrar que los resultados son inadecuados como indicadores de la calidad, sino subrayar que se los debe utilizar con discernimiento. Los resultados siguen siendo en general los

indicadores definitivos para dar validez a la eficacia y calidad de la atención médica.
(19)

Indicadores de Proceso

Otra forma de enfocar la evaluación consiste en examinar **el proceso** mismo de prestación, en lugar de los resultados. Esta posición se justifica porque se supone que lo que interesa no es el poder de la tecnología médica de alcanzar los resultados previstos, sino determinar si se ha aplicado lo que ahora se conoce como "buena" atención médica. Las estimaciones se fundan en consideraciones como el grado de adecuación, integridad y minuciosidad de la información obtenida mediante la historia clínica, el examen físico y las pruebas diagnósticas; la justificación del diagnóstico y el tratamiento; la competencia técnica en la aplicación de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, incluso, los quirúrgicos; las pruebas del manejo preventivo del paciente en condiciones de salud y de enfermedad; la coordinación y continuidad de la atención; el grado en que la atención resulta aceptable para el destinatario y muchas otras.

Este enfoque requiere que se especifiquen con gran detenimiento las dimensiones, los valores y las normas que se usarán en la evaluación. Las estimaciones de la calidad obtenidas sobre esta base son menos estables y definitivas que las derivadas de la medición de los resultados. No obstante, pueden ser más pertinentes a la cuestión que nos ocupa: establecer si se practica correctamente la medicina. Podría parecer que este análisis del proceso y los resultados significa una mera separación entre medios y fines. Tal vez sería más acertado pensar en una cadena ininterrumpida de medios antecedentes seguida de fines intermedios los que, a su vez, son medios para otros fines, La salud misma podría ser un medio para alcanzar aun otro objetivo. Varios autores han señalado que esta formulación ofrece un enfoque valioso para la evaluación; la que podría considerarse como la medición de los puntos finales del procedimiento e incluirse bajo el encabezamiento general de "*proceso*" porque se funda en consideraciones similares respecto de los valores, criterios y validación.(19)

Indicadores Estructurales

Una tercera manera de abordar la evaluación es estudiar no el proceso de atención en sí mismo, sino las situaciones en que tiene lugar y los medios y procedimientos de los que es el producto. Esto podría denominarse, *grosso modo*, evaluación **de la estructura**, aunque también puede abarcar procesos administrativos de distinta índole, que prestan apoyo y orientación a la provisión de atención. La evaluación así entendida se basa en aspectos tales como la adecuación de las instalaciones y los

equipos; la idoneidad del personal médico y su organización; la estructura administrativa y el funcionamiento de programas e instituciones que prestan atención médica; la organización fiscal y varios más.

Se da por sentado que si se cuenta con las condiciones y los medios adecuados, la buena atención médica estará asegurada. Este enfoque tiene la ventaja de que se refiere, al menos en parte, a información bastante concreta y accesible. Sin embargo, presenta el inconveniente importante de que con frecuencia la relación entre la estructura y el proceso o entre la estructura y el resultado no está bien establecida. (19)

El enfoque que se adopte para evaluar la calidad determina en gran parte los métodos que se usarán para recoger la información requerida. Puesto que estos abarcan toda la gama de los métodos de las ciencias sociales, no se intentará hacer la descripción de cada uno de ellos. Hay cuatro, que merecen atención especial.

- Las *historias clínicas*.
- *Observación directa* de las actividades del médico por un colega calificado.
- Estudiar *conductas y opiniones*.
- El método, que se podría denominar *autorreferencial*.(19)

MARCO CONCEPTUAL

Calidad

La calidad es la satisfacción de las necesidades razonables de los usuarios con soluciones técnicamente óptimas sin implicar riesgos adicionales, con ausencia de deficiencias. (7) (34) (35) (48)

Calidad técnica

Es la aplicación de la ciencia y tecnología médica de forma que maximice los beneficios de la salud, sin aumentar de forma proporcional los riesgos en la atención mediante el cual se espera poder proporcionar al usuario externo el máximo y más completo bienestar, logrando un equilibrio mas favorable de riesgo y beneficio. (24) (25) (51)

Calidad sentida

Es la satisfacción razonable de las necesidades de los usuarios externos después de utilizar los servicios de calidad de la institución. (23) (28) (47) (53)

Eficiencia

Recibir la atención en el momento que se requiere, de manera segura, al menor costo posible y con los recursos disponibles de tal manera que se evite el desperdicio de ideas, energías, equipos y suministros. (11) (35) (57) (59)

Efectividad

Es otorgar la mejor de las atenciones útiles; evitando toda atención dañina. A esta dimensión pertenecen características como el conocimiento y la experiencia técnica de los prestadores de salud. (11) (45) (52)

Acceso

Recibir servicios de salud imparciales al tratamiento disponible que se indique médicamente, sin considerar su raza, creencia, sexo, estado civil, estatus social y origen. (7) (2)

Estructura

Se refiere a aspectos del sistema de salud que apoya la gestión de una institución, como infraestructura, equipamiento, características funcionales, comodidades. (4) (36) (49)

Proceso

Procedimiento y acciones que suceden durante la interacción entre el sistema de salud y el (la) usuario (a), durante la prestación asistencial. (4) (36)

Resultado

Cambios en el estado de salud que presente el (la) usuario (a) y la percepción general de la atención recibida. (4) (36) (46)

Percepción

Cómo se sienten los usuarios acerca del servicio que se les proporciona; es la base para establecer la credibilidad de una Institución. (36) (42) (54) (59)

Satisfacción

Es siempre satisfacción con algo (o alguien) que tiene que ver, a su vez, con algo que se quiere (que se espera, que se desea, etc.) y con lo que se entra en relación a la espera de un cierto efecto. Para que exista satisfacción como algo sentido en un sujeto, debe haber al menos, una intención en otro alguien de realizar una acción determinada provocadora de un determinado resultado que sea valorado como positivo o no, como "satisfactor" o no. (15) (37) (50)

Usuario externo

Es la persona que recibe el final de los productos o servicios que le ofrece el cliente interno para satisfacer sus necesidades.

Paciente \longleftarrow Servicio \longleftarrow Prestador de servicio de Salud. (23) (36) (61)

Usuario interno

Es la persona que necesita de recursos e insumos para ofrecer un servicio de calidad al consumidor final.

Prestador de servicio de Salud \Longrightarrow Servicio \Longrightarrow Paciente. (38) (39)

Cadena usuario interno-usuario externo

La cadena cliente - proveedor es la interconexión de persona e instituciones que trabajan para alcanzar un objetivo y poder brindar una buena atención de calidad. De la misma manera que otros dependen de nosotros para satisfacer sus necesidades, nosotros dependemos de que otro nos provea cosas tales como información, capacitación, material, insumos y sistemas denominados proveedores internos. (24) (40) (44)

MARCO REFERENCIAL

Antecedentes

Antecedentes legales de la fundación del IGSS

En Guatemala, como una consecuencia de la Segunda Guerra Mundial y la difusión de ideas democráticas propagadas por los países aliados, se derrocó al gobierno interino del General Ponce Vaides quien había tomado el poder después de una dictadura de 14 años por el General Jorge Ubico y se eligió un Gobierno democrático, bajo la presidencia del Dr. Juan José Arévalo Bermejo.

El Gobierno de Guatemala de aquella época, gestionó la venida al país, de dos técnicos en materia de Seguridad Social. Ellos fueron el Lic. Oscar Barahona Streber (costarricense) y el Actuario Walter Dittel (chileno), quienes hicieron un estudio de las condiciones económicas, geográficas, étnicas y culturales de Guatemala. El resultado de este estudio lo publicaron en un libro titulado "Bases de la Seguridad Social en Guatemala". (16)

Al promulgarse la Constitución de la República de aquel entonces, el pueblo de Guatemala, encontró entre las Garantías Sociales en el Artículo 63, el siguiente texto: "Se establece el seguro social obligatorio". La Ley regulará sus alcances, extensión y la forma en que debe de ser puesto en vigor. (16)

El 30 de Octubre de 1946, el Congreso de la República de Guatemala, emite el Decreto número 295, "La ley orgánica del Instituto guatemalteco de seguridad social". Se crea así "Una Institución autónoma, de derecho público de personería jurídica propia y plena capacidad para adquirir derechos y contraer obligaciones, cuya finalidad es aplicar en beneficio del pueblo de Guatemala, un Régimen Nacional, Unitario y Obligatorio de Seguridad Social, de conformidad con el sistema de protección mínima" (Cap. 1º, Art. 1º). (16)

La Constitución de la República, promulgada el 31 de mayo de 1985 enfatizó la importancia de la seguridad social al indicar en su Artículo 100, "Seguridad Social". El Estado reconoce y garantiza el derecho a la seguridad social para beneficio de los habitantes de la nación. Su Régimen se instituye como función pública, en forma nacional, unitaria y obligatoria. La aplicación del régimen de Seguridad Social corresponde al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, que es una entidad autónoma, con personalidad jurídica, patrimonio y funciones propias.

Durante 60 años, el Instituto afrontó desafíos y reformas contribuyendo a resolver retos nacionales, con el Decreto 11-04 del Congreso de la República, se publicó en el Diario de Centro América del 7 de mayo del año 2004, que se permitía retomar su autonomía, al establecer que su Junta Directiva tiene la potestad de nombrar al Gerente y a los Subgerentes de la Institución; lo que fue precedido por la Resolución de la Corte de Constitucionalidad, que declaró inconstitucional que el Organismo Ejecutivo nombrara a altas autoridades administrativas, para éste. La institución se rige por la "Ley Orgánica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social" contenida en el Decreto número 295 del Congreso de la República de Guatemala, emitido el 30 de octubre de 1946. (16)

Políticas institucionales

Modernización y Adecuación al Signo de los Tiempos

El Instituto es una institución dinámica y debe, en todos los casos, adaptarse a los cambios. La clave de esta adecuación y modernización está en la previsión, es decir, en el adelantarse a las exigencias del entorno y de las circunstancias internas a fin de que cuando llegue el momento, ya se esté preparado. Al contrario, se debe superar el hecho de reaccionar tardíamente a los cambios. (16)

Racionalización del Manejo de Recursos

El Instituto debe ser minucioso en el control de desperdicios y “goteos”; pero, simultáneamente agresivo en la inversión productiva de sus recursos. Debe saber distinguir eficazmente el “gasto” puro, de la inversión e implementar la optimización de la calidad del gasto. (16)

Contabilidad de Gestión

El Instituto debe, sin violentar las normas legales destinadas a regular las formalidades presupuestarias y contables, mantener una contabilidad de gestión, es decir, desagregando las cuentas contables a fin de tener presente en tiempo real la información necesaria para la toma de decisiones.(16)

Transparencia de Gestión

Todas las unidades operativas de la institución deben proceder administrativamente de manera transparente, incluyendo a la Gerencia – que orgánicamente incluye a las Subgerencias- y, la Junta Directiva. Esto significa, como se mencionó antes, la divulgación de la información relevante y su accesibilidad para estar sujetos al control social, el escrutinio público y particularmente, tener motivaciones íntegras en el proceso de toma de decisiones. Además, se debe hacer uso y fortalecer los controles institucionales, así como implementar aquellos que resulten necesarios. (16)

Justicia Distributiva

Aplicación cabal de “dar a cada uno lo que le corresponde”. En este sentido, la gestión técnica y administrativa de los recursos humanos (permisos, premios, sanciones y un largo, etcétera) así como la asignación de recursos físicos y presupuestarios y otro largo etcétera, debe hacerse con base en la eficiencia pero atemperadamente con base en la Justicia. Esta política adquiere particular

importancia cuando se enfoca desde el punto de vista de la retribución por productividad. (16)

Trabajo en Equipo

El Instituto debe lograr que sus funcionarios generen un sentido de pertenencia y corresponsabilidad en los esfuerzos y en los logros institucionales, de cooperación en el desarrollo de los proyectos y en “vestir la camiseta” del IGSS con orgullo y conciencia de la labor conjunta, teniendo presente que, como sistema, el “todo es mayor que la suma de sus partes”. (16)

Vocación de Servicio

Al igual que con la propuesta anterior, cabe indicar que la labor desarrollada por todos y cada uno de los miembros del Instituto, sin importar posición o jerarquía, es una labor de política social destinada a la protección de quien lo necesita y por Ley lo merece. En este sentido, la labor realizada mediante la atención a la salud o el pago de pensiones, tiene una trascendencia para las personas que necesitan de su protección que va más allá de lo común y predecible: se les protege contra la enfermedad y la muerte prematura, así como contra el hambre y la pobreza.

Acuerdo 1150 de Junta Directiva, del 3 de febrero de 2005, crea la Subgerencia de Integridad y Transparencia Administrativa del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

Acuerdo 1164 de Junta Directiva, del 11 de agosto de 2005 “Reglamento de Organización Administrativa del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social”. (16)

Base Legal

Según el Artículo 34. Las Direcciones Departamentales; las Delegaciones y Cajas Departamentales; las Oficinas y Unidades Integrales de Adscripción y Acreditación de Derechos y Despacho de Medicamentos; las Unidades Integrales de Adscripción, Acreditación de Derechos y Despacho de Medicamentos, serán suprimidas paulatinamente, en la medida en que se implementen las Direcciones Regionales. (17)

Acuerdo 1166 de Junta Directiva, del 24 de agosto de 2005 modificó Artículos 23 y 30 del Acuerdo 1164, para establecer la relación jerárquica de dependencias que integran la Subgerencia de Integridad y Transparencia Administrativa y adicionó el Artículo 40 Bis. Para no afectar los servicios que presta el Instituto.

Acuerdo 1190 de Junta Directiva del 27 de julio de 2006, crea la Dirección de Análisis de Riesgos Financieros, bajo la línea jerárquica y como órgano asesor de la Subgerencia Financiera, en materia de inversiones.(17)

Acuerdo 1197 de Junta Directiva del 31 de octubre de 2006, crea las Divisiones de Administración Financiera, bajo las siglas (DAF), que dependerán del más alto nivel jerárquico de la Unidad Ejecutora o Administrativa que corresponda, tendrán vínculo técnico específico con los Departamentos de Presupuesto, Contabilidad y Tesorería quienes se constituyen como entes rectores.(17)

Acuerdo 1199 de Junta Directiva del 2 de noviembre de 2006, modifica por supresión y adición incisos de los Acuerdos 1164, 1150, 432 y 473 de Junta Directiva, respectivamente. (17)

Acuerdo 1212 de Junta Directiva del 24 de octubre de 2007, crea la Unidad de Consulta Externa de Enfermedades.

Acuerdo 1221 de Junta Directiva del 20 de mayo de 2008, crea la División de Cobro Administrativo y modifica por adición los Artículos 14 y 26 del Acuerdo 1164 de Junta Directiva. (17)

Acuerdo 1227 de Junta Directiva del 27 de noviembre de 2008, crea la Unidad Médica denominada Centro de Atención Médica Integral para Pensionados “CAMIP 2 Barranquilla”. (17)

Acuerdo 473 de Junta Directiva del 6 de junio de 1968, Reglamento de la Dirección General de Servicios Médico Hospitalarios. (17)

Funcionamiento de los Consultorios

Entre las funciones de los Consultorios dentro del Seguro Social están:

- proporcionar asistencia médica ambulatoria, de emergencia y encamamiento a afiliados y derechohabientes del Régimen de Seguridad Social;
- promover la salud y contribuir al desarrollo a nivel comunitario;
- dirigir las acciones de atención primaria que se realicen en el primero y segundo nivel de atención;
- supervisar y evaluar los programas de atención de la salud que se realicen en la comunidad;

- procurar la capacitación que el personal médico, paramédico, comadronas, promotores y colaboradores voluntarios desarrollen a nivel comunitario;
- supervisar y cumplir en forma efectiva el sistema de referencia y contra referencia para hacer operativa la atención por niveles;
- coordinar las actividades de atención médica integral con los otros niveles de atención intra e interinstitucional;
- realizar investigaciones y colaborar en la docencia en materia de prevención y curación de las enfermedades prevalentes en el área;
- prestar los servicios adecuados de registros médicos;
- mantener el buen funcionamiento de los servicios administrativos y de operación del Consultorio;
- informar sobre las actividades realizadas periódicamente y cuando le sea solicitado por autoridades del Instituto.(17)

Base legal del funcionamiento del Consultorio de Palín

Decreto 295 del Congreso de la República ley orgánica del Instituto y Acuerdo 848 y 849. El consultorio de Palín inició el 15 de mayo de 1989 cuando se inauguró la extensión de cobertura para la costa sur y da inicio con el programa EMA y accidentes, bajo la estrategia de atención primaria en salud. Y un componente empresarial mismo que hasta la fecha continúa funcionando. (18)

Calidad de Atención en los servicios de salud

Origen del Término de Calidad

En un sentido etimológico el concepto de calidad proviene del latín QUALITIS que significa el conjunto de cualidades que constituyen la manera de ser de una persona o cosa, y es sinónimo de cualidad, clase, aptitud, excelencia, categoría, casta, nobleza, superioridad entre otras muchas acepciones.(1)

La evaluación de la calidad debe apoyarse en una definición conceptual y operativa de lo que significa la "calidad de la atención médica". En este aspecto fundamental se presentan muchos problemas, pues la calidad de la atención es una idea extraordinariamente difícil de definir. Tal vez la definición más conocida sea la de Lee y Jones" en forma de ocho "artículos de fe", algunos enunciados como atributos o

propiedades del proceso de la prestación de atención y otros, como metas u objetivos de ese proceso. Estos "artículos" transmiten claramente la impresión de que los criterios de calidad no son nada más que juicios de valor que se aplican a distintos aspectos, propiedades, componentes o alcances de un proceso denominado atención médica. En ese sentido, la definición de calidad puede ser casi cualquier cosa que se quiera que sea, si bien por lo común es un reflejo de los valores y metas vigentes en el sistema de atención médica y en la sociedad más amplia de la que ésta es una parte.

Pocos estudios empíricos analizan en profundidad cuáles son las dimensiones y los valores pertinentes en un momento y en un entorno determinado. Klein *et al.* Encontraron que 24 "funcionarios administrativos" aplicaban, en conjunto, 80 criterios para evaluar la "atención del paciente". Los autores llegaron a la conclusión de que la atención del paciente, al igual que la moral, no se puede considerar como un concepto unitario y único al parecer es probable que nunca se llegue a un único criterio general para medir la calidad de la atención del paciente". Las dimensiones y los criterios que se elijan entre los muchísimos posibles para definir la calidad tendrán, por cierto, profunda influencia en los enfoques y métodos que se empleen para evaluar la atención médica. (19)

Evaluación de la Calidad en otros Países

En la última década se han producido cambios en la administración y gestión de las organizaciones; esto ha requerido procesos de cambios de los sistemas tanto administrativos y de gestión como de recursos humanos, siendo sin duda los temas de más ocupación de la dirección de las organizaciones, independientemente del tipo de servicio que enuncien como objetivo final. Estos procesos de cambios se traducen en mayor eficiencia, que consiste en una mejora de la calidad y en una disminución o mejor distribución de los costos. Pero ¿qué entendemos por *calidad*? Existen numerosas acepciones a la misma y, esto ya define que la calidad no se alcanza por los métodos de aplicación de controles que se efectúan para medirla, sino que la "calidad se debe introducir en el servicio o producto como un valor agregado al mismo". Todo ello permite afirmar que la calidad, *se produce*.

Esta formulación de calidad implica facilitar y promover que las personas desarrollen sus potencialidades, realizando su trabajo cada vez mejor y de manera más simple. *La calidad no se crea por una decisión; se la enseña y se la produce en cada área de las organizaciones, con la participación activa de todos sus integrantes.* Los responsables de la gestión y administración deben asumir el compromiso de implementar criterios de calidad y participar ellos, a la cabeza de esos procesos de

transformación. La calidad como nueva manera de pensar, parte del siguiente principio: “la calidad es un problema de todos”. (20) (56)

Las intervenciones para mejorar la calidad en países desarrollados como Estados Unidos de Norteamérica iniciaron sus estudios sobre la calidad desde 1910 cuando se elabora el “informe Flexner”, que luego de una revisión y encuestas en las escuelas médicas de los EEUU, demuestra la deficiencias en las mismas y en la formación de los egresados y se cierran entonces numerosas facultades de medicina en ese país del Norte. Posteriormente, el Dr. Ernest Codman, uno de los fundadores del Colegio Americano de Cirujanos (American College of Súrgenos), estableció las bases para la estandarización de los hospitales, pero sólo 89 de 692 hospitales superaron los estándares, por lo que se desecharon sus resultados y se quemaron los archivos, a pesar que el programa continuaría. Del periodo resultante entre las guerras mundiales, se destaca el informe de Lee y Jones, aun aplicable a nuestros días, que investiga sobre los costos de la atención médica y define los criterios de la atención sanitaria de calidad:

La buena atención médica se limita a la práctica de la medicina racional basada en la Ciencia médica.

La buena atención médica enfatiza la prevención.

La buena atención médica requiere la cooperación inteligente entre el público y los profesionales que practican una atención científica.

La buena atención médica trata al individuo como un todo.

La buena atención médica mantiene una relación estrecha y continuada entre el médico y el paciente.

La buena atención médica se coordina con el trabajo social.

La buena atención médica coordina todo tipo de servicios médicos.

La buena atención médica implica la adaptación de todos los servicios necesarios de la medicina moderna y científica a las necesidades de todas las personas. (61)

A partir de 1940 hay un gran desarrollo de la Salud Pública y la planificación sanitaria. Así, consecuentemente, al crecimiento del programa de acreditación de hospitales del Colegio Americano de Cirujanos, otros colegios médicos se unen para formar la JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Health Organizations). En 1965 y 1966 se crean el MEDICARE y MEDICAID en EEUU y se establece que

aquellos hospitales que han pasado por la evaluación de la JCAHO serán los que podrán atenderlos. (60)

En Europa las primeras iniciativas relacionadas a la calidad médica comienzan en 1979, al crearse la CBO (Organización para el Desarrollo de la Calidad). En 1981, la Oficina Regional para Europa de la OMS decidió lanzar un nuevo programa bajo el título "Modelo de Programas de Asistencia Sanitaria y Control de Calidad". El programa se proponía 2 objetivos:

- la utilización de la combinación más apropiada de servicios en la asistencia a los pacientes con un problema determinado;
- la Calidad de los servicios sanitarios.(60)

Por lo que en distintos países del mundo, y, no es la excepción América, se realizan estudios para medir la calidad a través de la percepción de los usuarios, tanto internos como externos. Haciendo una revisión exhaustiva se mencionan a continuación varios estudios sobre la percepción de la calidad en los servicios de salud que se prestan en distintas regiones de América. (1)

En un estudio realizado por Mesquita M, Pavlicich V, y Benítez S. sobre la percepción de la calidad de atención y accesibilidad de los consultorios pediátricos públicos en Asunción y Gran Asunción, demostró que de los 208 padres o encargados entrevistados, el 88,9% consideró que la atención fue buena, el 9,1% que fue regular y el 1,9% que fue mala. Los motivos por los cuales la atención fue considerada como buena, el 45,2% reporto el buen trato que recibió, el 26,4% por la buena atención médica y el 11 % porque recibió explicaciones claras; en menor porcentaje por dar informaciones útiles y por la rápida atención.

El 90% manifestó haber conseguido siempre turno para la consulta y el 58,2% consideró la espera muy larga. La percepción no fue diferente según el nivel de escolaridad de los padres (sólo estudios primarios vs estudios secundarios) $p=0,15$. Se encontró una fuerte relación de la percepción buena con: el buen trato recibido ($p=0,001$), las comodidades en la sala de espera ($p=0,012$), el examen general del niño ($p=0,03$) y área de juego para los mismos ($p=0,01$). Este estudio pretendió conocer el grado de satisfacción de los usuarios del consultorio pediátrico de los hospitales públicos de Asunción y Gran Asunción.

No fue el objetivo del trabajo evaluar la calidad de la atención médica en lo referente al diagnóstico y tratamiento, sino cómo la percibían los padres o encargados de los

niños/as. Sin embargo, brindó información muy útil en forma indirecta acerca de cómo se desarrolló la consulta. (21)

En un estudio realizado por Lin Y. y Tavrow P., en 38 establecimientos de dos distritos de Kenya sobre la evaluación de la calidad en la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), se convirtió en un impulso para solucionar problemas a nivel de establecimiento y de distrito. Pese a haber sido capacitados en las pautas de la AIEPI, los prestadores no implementaban la técnica en forma coherente o cabal y los motivos por esta situación no estaban del todo claros. Debido a su éxito en otros contextos, se escogió la solución sistemática de problemas en equipo para aumentar el cumplimiento de las pautas de AIEPI. La evaluación de la calidad sirvió de línea base para medir los efectos de las intervenciones de los equipos. Debido a su éxito en otros contextos, se escogió la solución sistemática de problemas en equipo para aumentar el cumplimiento de las pautas de AIEPI. La evaluación de la calidad sirvió de línea base para medir los efectos de las intervenciones de los equipos. (22)

En un estudio realizado por Ponce Guevara JF., en la Unidad de Salud “Dr. José María Ochoa” de Comayagua, Honduras se entrevistó a 100 usuarios y a 49 prestadores de los servicios de salud, durante el mes de Mayo del año 2004, analizando la calidad de la atención a partir de la percepción de los usuarios (as) y los (as) prestadores (as) de servicios de salud. En cuanto a las dimensiones de la calidad se describen las tres dimensiones de la calidad estudiada, la dimensión técnica, interpersonal y de infraestructura. La dimensión técnica que se define como la aplicación de la ciencia y tecnología de salud cuenta con los conocimientos y habilidades que le permitan realizar los procedimientos clínicos adecuados y oportunos de conformidad con las necesidades del paciente, con las siguientes respuestas se describe, la resolución a los problemas de salud presentados por los usuarios al momento del estudio el 92% (92) es de la opinión que si se le resolvió, el resto contestó que no, su respuesta se apoya en que la atención brindada es deficiente y que en algunas ocasiones había un exceso de pacientes.

Al preguntarle a los usuarios si los prestadores de servicios cuentan con los conocimientos y habilidades para realizar los procedimientos adecuados a su problema de salud, el 95% (95) respondió que sí, y, el 4% (4) dijo que no porque no le entienden su situación, no le explican ó que no le realizan la toma de presión arterial y un 1% (1) no contestó. El equipo o instrumento médico utilizado por los prestadores fue considerado adecuado en un 87% (87) y el resto lo considera como inadecuado no tenían esfigmomanómetro para tomar presión arterial Con relación a la orden de algún examen para completar el diagnóstico, se le indicó al 69% (69). El

tipo de examen realizado no fue abordado en el presente estudio. Con relación al tiempo que le dedicó el prestador de servicio de salud, a los usuarios el 95% (95) dijo que fue suficiente y un 5%(5) expresó que hubo un retraso en la atención, descuido, al atenderlo fue muy rápido. El tratamiento indicado por el médico fue considerado adecuado en un 91% (91) y un 9% (9) inadecuado. (23)

En cuanto a la dimensión interpersonal se define como la interacción social que ocurre entre el usuario y el prestador de servicio de salud la actividad de atención, el respeto y la cordialidad mutua se evalúa con el trato recibido por los diferentes servicios prestados como se describe en estadística, pre - clínica y farmacia fue adecuado, según la opinión del 85%(85) de los usuarios y el resto que considera que fue inadecuado porque tardan en atender, que no lo pesaron o que, fue dejado de último. Sobre el trato que recibió por parte del médico, es considerado por el usuario que fue adecuado en un 74% (74) y el 26 % (26) restante expresó que no le tomaron la presión arterial. Al momento de retirar su tratamiento en farmacia, el 85% (85) manifestaron haber recibido un buen trato, sin embargo, 15% (15) respondió que al no encontrar los medicamentos que le recetaron tenía que comprarlos y que nunca había en existencia el tratamiento que necesitaba.

En cuanto a la valoración de la dimensión técnica de la calidad se valoraron los siguientes aspectos, en usuarios y prestadores de los conocimientos y habilidades, solución a los problemas de salud, tiempo dedicado, equipo o instrumento y exámenes, tratamiento necesario según la percepción de usuarios(as) y prestadores(as) fue adecuado. Y, en menores porcentajes, la percepción de los prestadores de servicio por no contar con la tecnología adecuada. (23)

En cuanto a la interacción social entre usuarios (as) y prestadores (as) de servicios, derechos que le asisten a los usuarios, considerando la relación médico paciente, trato recibido de los diferentes servicios prestados, confidencialidad, respeto y dignidad, cordialidad, información, identificación con el usuario, comunicación, privacidad, seguridad personal durante la permanencia en la unidad de salud, según la percepción de usuarios(as) y prestadores de servicios(as) fue adecuado y en menores porcentajes, privacidad y seguridad personal. (23)

La Dimensión de Infraestructura fue valorada por usuario(a) y prestador(a) de servicio como inadecuado, ya que los valores porcentuales son menores del 60%.(23)

En el estudio realizado por Wong Y, García L, Rodríguez E. de tipo descriptivo y de Corte Transversal, sobre la percepción que tienen los usuarios sobre la calidad de la atención recibida en los servicios ambulatorios, en las unidades de salud de los 15

municipios del SILAIS Matagalpa, en noviembre 2,002. Las conclusiones encontradas fueron las siguientes:

La percepción con respecto al tiempo de contacto para recibir la atención es de muy corta duración, lo que generó insatisfacción de los usuarios aunado a los hechos de no ser examinados ni que se les explique su problema, esto es percibido por la población como un importante elemento para valorar la calidad de la atención. En general se puede decir que a medida que disminuye el tiempo de contacto la percepción de los usuarios es que el tiempo que les dedicaron es muy poco. (24)

Los usuarios que más frecuentan las unidades de salud son las mujeres y el grupo etáreo de 20 a 34 años, el principal motivo de visita es por morbilidad y en menor medida acuden por los servicios de prevención y promoción lo cual representa un reto para los proveedores de servicios de salud del 1er Nivel de atención, de informar y sensibilizar a la población para que acudan a las unidades de salud a recibir los servicios preventivos ofertados por el MINSA. (24)

Uno de los factores que influye para que los usuarios no acudan a los servicios de salud es la larga distancia desde su casa a las unidades de salud y continúa siendo una barrera ya que los que habitan en comunidades ubicadas a menos de 1 hora son los que mayormente acuden a la unidad de salud.(24)

Los principales problemas identificados por los usuarios y que ocasiona insatisfacción en la atención recibida son: falta de medicamentos, tiempo de espera prolongados y corta duración de la consulta. (24)

De acuerdo a las características de la calidez de la atención los usuarios reflejan que el trato fue bueno, así como también, la amabilidad en la atención recibida de parte del personal de salud.

Los usuarios que menos frecuentaron los servicios de salud son los adolescentes y adultos mayores. (24) La República de Colombia y el Banco Interamericano de Desarrollo suscribieron en el 2004 un contrato para ejecutar un Programa de reorganización, rediseño y modernización de redes prestadoras de servicios de salud, parte de la macro estrategia sectorial orientada a que esta dimensión del Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS se desarrolle en un contexto de ajuste fiscal, competencia regulada y modernización de las instituciones públicas del país. El Programa apoya la transformación de hospitales, de las instituciones públicas prestadoras de servicios para que, mejorando su eficiencia y calidad, den viabilidad técnico-financiera a redes de prestadores y, consecuentemente, se liberen recursos que amplíen el aseguramiento en el SGSSS. Además, pretende

implementar un sistema de evaluación de la calidad de los servicios de tales redes y de seguimiento a la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud. En este marco, el Ministerio de la Protección Social-MPS de Colombia convocó una consultoría para determinar una línea base 2006 de la calidad de los servicios según la percepción de los usuarios de las instituciones intervenidas por el Programa. (25)

Ante la inexistencia en Colombia de un instrumento válido, se siguieron los lineamientos de Sánchez y Echeverri para validar escalas de medición en salud. Y contar con un instrumento para medir calidad percibida por usuarios de hospitales del Programa de reestructuración, rediseño y modernización de redes prestadoras de servicios de salud de Colombia. Según síntesis conceptual se identificó una estructura de indicadores, dominios y subdominios constituyentes de la percepción de calidad de servicios de salud. Se desarrolló un listado de reactivos con escala de categorización de respuestas que se analizaron según validez de apariencia, constructo, criterio y utilidad así como criterios de sensibilidad y practicidad. Revisiones sucesivas y tres rondas de prueba en campo generaron eficazmente, la validación del instrumento requerido para medir calidad percibida por usuarios de hospitales del Programa. (25)

En un estudio realizado por Ortiz R, Muñoz S, Torres E, de tipo transversal realizado en 15 hospitales en Hidalgo, México, se utilizó una encuesta anónima y confidencial. Se empleó la prueba de χ^2 , prueba de t de Student, método de los valores extremos y el de Dixon, la prueba de normalidad de Kolmogorov Smirnov y regresión logística no condicional, los resultados encontrados fueron: La insatisfacción fue del 15,06%. La percepción de mala calidad asociada con la insatisfacción fue 10,8% ($p < 0,05$). El 18,5% refirió insatisfacción y deseo de no regresar a solicitar atención al mismo hospital, de éstos, el 65% se asoció con mala calidad ($p < 0,05$).

La insatisfacción se asocia con omisiones de información sobre su padecimiento Odds ratio 1,87 IC 95% 1,59-2,26), actitud poco amable del médico (Odds ratio 3,36 IC 95% 2,82 -3,74) trámite de consulta complicado (Odds ratio 2,49; IC 95%: 2,11-5,41), percepción de mala calidad (Odds ratio 4,16; IC95% 3,6-4,8), ser usuario subsecuente (Odds ratio 1,53; IC95% 1,19-1,92), ausencia de baño en la sala de espera (Odds ratio 2,37; IC 95% 2,05-2,74). Concluyendo que la insatisfacción del paciente se relaciona con las omisiones en el proceso de la consulta, el mal trato por parte del médico y con la percepción de mala calidad de la atención, aspectos que sugieren ahondar en el estudio de la perspectiva del usuario dentro del marco de la evaluación cualitativa.(26)

Se ejecutó un estudio observacional, analítico tipo explicativo, prospectivo de corte transversal; por Timana L., durante los meses de febrero y marzo del 2002 en el

servicio de emergencia del Hospital Nacional Daniel A. Carrión de la Provincia constitucional del Callao Perú. Se estimó una muestra de 314 usuarios. El muestreo empleado para la selección de la muestra fue el muestreo no probabilístico intencional teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión establecidos, pues, dadas las características del servicio de Emergencia puede o no existir un flujo horario de pacientes. Los datos se recolectaron mediante encuesta utilizando un formulario. El estudio se centra en la percepción de la calidad de la atención del usuario del servicio de emergencia del Hospital Nacional Daniel A. Carrión y recoge sus percepciones sobre la calidad de la atención en las dimensiones de estructura, proceso y resultados propuestas por Donabedian (DONABEDIAN, 1990: 20). Se realizó un análisis descriptivo e inferencial con ayuda del software SPSS versión 10.0. Para el análisis, se utilizó la prueba z, la prueba de chi cuadrado de Pearson y el coeficiente de correlación Gamma. En todos los casos se trabajó con un nivel de significación de $\alpha = 0.05$. (27)

No existe evidencia para aceptar que la percepción de la calidad de la atención ofrecida en el servicio de emergencia del Hospital Nacional Daniel A. Carrión sea buena. (27)

La percepción de los usuarios sobre estructura del servicio de emergencia del Hospital Nacional Daniel A. Carrión, es de regular calidad. La percepción de los usuarios del servicio de emergencia del Hospital Nacional Daniel A. Carrión, sobre calidez del servicio es de regular calidad. Los usuarios del servicio de emergencia del Hospital Nacional Daniel A. Carrión, perciben la capacidad de respuesta del servicio como de mala calidad.

Los usuarios del servicio de emergencia del Hospital Nacional Daniel A. Carrión, perciben que sintieron mejoría en su estado de salud después de la atención.

La percepción de la calidad de la atención global de los usuarios del servicio de emergencia, está relacionada con la estructura del servicio de emergencia, con la capacidad de respuesta y la calidez del servicio ofrecido así como con los resultados de la atención. (27)

El nivel de satisfacción de los pacientes con los servicios proporcionados por los hospitales públicos se está convirtiendo en una cuestión importante para las autoridades sanitarias. Riveros J, y Berné C. aplicaron una encuesta a pacientes sobre el nivel de satisfacción con el servicio prestado por un hospital público regional en Chile, a 150 pacientes ambulatorios (76% mujeres) y 50 pacientes hospitalizados (56% mujeres). Se incluyeron 28 preguntas sobre los aspectos de gestión de la atención de salud y 20 preguntas sobre la satisfacción del cliente. Los datos se analizaron utilizando el análisis factorial y de regresiones múltiples.

Este estudio no tiene antecedentes en la literatura y revela que la satisfacción de los clientes está estrechamente ligada a la consecución de objetivos organizacionales. Dicho de otro modo, los procesos de gestión y su orientación han de someterse a evaluación y mejora continua con el objetivo de procurar la satisfacción de los clientes de la organización. (28)

Desde la perspectiva de los usuarios/pacientes de un hospital público, el análisis realizado ha identificado y validado, los factores de gestión orientados al usuario que inciden en sus percepciones de calidad, así como los factores específicos del servicio que influyen en su satisfacción global. Varios de los factores de gestión que inciden en la percepción de calidad son aspectos relacionados con la aplicación del marketing tanto desde el punto de vista tradicional de la disciplina, como de sus enfoques más avanzados (orientación al cliente o usuario y marketing relacional), lo cual viene a complementar los resultados obtenidos por Riveros y Berné desde la perspectiva de los funcionarios. Asimismo, se ha podido determinar que el trato otorgado por el personal del hospital es el que provoca un mayor efecto sobre la calidad percibida por el usuario/paciente. En segunda instancia influyen una gestión de capacidades y compromisos orientados al usuario y también, la gestión de información y coordinación entre los servicios internos. (28)

Con respecto a la satisfacción de usuarios/ pacientes con distintos elementos del servicio, se señala que el factor que más influye es el relativo a los tiempos de atención. Es decir, una mejor percepción sobre la tramitación de horarios de consulta, ingreso y espera, proporciona en mayor medida que otros aspectos, una mayor satisfacción global con el servicio recibido. Esto, junto con comodidades de salas de hospitalización y mantenimiento y limpieza general, deben fortalecerse en orden a conseguir mejorar la satisfacción global de los usuarios. El resultado confirma lo que ha sido descrito en encuestas nacionales realizadas en Estados Unidos de Norteamérica, Canadá y Reino Unido, donde se manifestaba que los puntos más críticos de la evaluación de calidad, tienen que ver con aspectos de comunicación (trato) entre el paciente y el equipo que le brinda la atención (explicación del diagnóstico y tratamiento, indicaciones después del alta, signos con los cuales el paciente debe tener cuidado, etc.).

Esta observación es importante porque, por un lado, viene a destacar el alto nivel de creencia que dificulta la evaluación del servicio y la necesidad de utilizar atributos de experiencia con el mismo para poder obtener un juicio más efectivo. Y por otro lado, surgen reticencias respecto al uso frecuente que se ha venido haciendo de estrategias orientadas a resolver sólo problemas de infraestructura para mejorar el grado de satisfacción de los pacientes/usuarios del sistema de salud. Aunque

resolver estos problemas es ineludible, los resultados muestran que no se puede esperar que dichas estrategias logren una mejoría sustancial en la evaluación que los pacientes/usuarios hacen del sistema público de salud. Para el logro de esta meta, será fundamental mejorar el trato por parte del personal: médico, paramédico y funcionarios administrativos, así como administrar los tiempos de atención. (28)

Aunque entendemos que este estudio proporciona conclusiones relevantes en relación al objetivo perseguido, la aplicación se ha probado para un caso concreto, lo que supone una limitación de la investigación que justifica la conveniencia de replicar el análisis en otros establecimientos hospitalarios. A más corto plazo, la investigación futura se dirige al estudio de la relación causa-efecto entre los constructos: calidad percibida de la atención recibida y satisfacción global de los usuarios. La confirmación de los modelos de medida de estos constructos, mediante análisis factorial confirmatorio, y el uso de la metodología de ecuaciones estructurales son los pasos previstos para este desarrollo. (28)

La creciente necesidad de conocer las percepciones de calidad y el nivel de satisfacción que pacientes y usuarios, en general, obtienen de los servicios de salud, está siendo cada vez más relevante para la formulación y evaluación de políticas sociales, y, en particular, de políticas públicas de salud, aceptando que un mayor grado de satisfacción de los usuarios, asociado a percepciones de mayor calidad, es un resultado social deseable y deseado por la gestión hospitalaria pública. (28)

El punto de partida respecto a la calidad de servicio, es que ésta depende del ajuste entre la gestión de dicho servicio y las expectativas del cliente o usuario; lo que supone en definitiva, una comparación entre el servicio esperado y el servicio recibido. (28)

Evaluación de la calidad en países de América

En los veinticinco últimos años, la Región de las Américas ha experimentado grandes progresos; sin embargo, la sobrecarga persistente de los sistemas de salud y las desigualdades en materia de salud, cada vez más amplias, amenazan los logros obtenidos y ponen en peligro el progreso hacia un mayor nivel de salud y de desarrollo humano.(29)

El derecho al mayor nivel de salud posible sin distinción de raza, género, religión, orientación política o situación económica o social se expresa en muchas constituciones nacionales y se articula en tratados internacionales, entre ellos la carta fundacional de la Organización Mundial de la Salud. Ello implica derechos legalmente definidos de los ciudadanos y responsabilidades del Estado y de otros

implicados y crea los mecanismos para que los ciudadanos puedan reclamar en caso de que esos compromisos no se cumplan. El derecho al mayor nivel de salud posible es fundamental, al garantizar que los servicios de salud respondan a las necesidades de la población, que haya responsabilidad en el sistema de salud y que se oriente a la calidad, de tal forma que se logre la máxima efectividad y eficiencia, minimizando, a la vez, los posibles daños a la salud. El derecho a la salud y otros derechos están unidos indefectiblemente a la equidad y, a su vez, reflejan y ayudan a reforzar la solidaridad social. (29)

Entre los principios que proporcionan la base para las políticas de salud, la legislación, los criterios de evaluación, la generación y asignación de recursos y la operación del sistema de salud que sirven de puente entre los valores sociales y los elementos estructurales y funcionales del sistema de salud está la orientación hacia la calidad, que además de responder a las necesidades de la población tienen la capacidad de anticiparse a ellas y de tratar a todas las personas con dignidad y respeto, al tiempo que aseguran la mejor intervención para sus problemas de salud, evitando cualquier daño. Cumplir con este requisito requiere dotar a los profesionales de la salud de conocimientos clínicos fundamentados en la evidencia y de los instrumentos necesarios para su actualización continua. La orientación hacia la calidad exige procedimientos para evaluar la eficiencia, la efectividad y la seguridad de las intervenciones preventivas y curativas y, para asignar los recursos de manera adecuada; para ello es preciso contar con métodos de garantía de calidad y de mejora continua de la misma. Para lo anterior, es necesario un liderazgo fuerte e incentivos apropiados de modo que este proceso sea efectivo y sostenible. (29)

Entre los compromisos adquiridos durante la declaración regional sobre las nuevas orientaciones de la atención primaria de salud (Declaración de Montevideo) Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud el 46. Consejo Directivo y la 57.ª Sesión del Comité Regional Washington, D.C., EUA, del 26 al 30 de septiembre 2005 se encuentra la orientación hacia la calidad de la atención y la seguridad del paciente.

En donde los sistemas de salud deben prestar atención apropiada, eficaz y eficiente, e incorporar los aspectos de la seguridad del paciente y la satisfacción de los consumidores, lo cual abarca los procesos de mejoramiento continuo de la calidad y la garantía de la calidad de las intervenciones clínicas, preventivas y que fomentan la salud. (29)

Uno de los desafíos que el sector de salud en América Latina y el Caribe deberá enfrentar en las próximas décadas es la reducción de la inequidad en salud en lo que se refiere al acceso a los servicios sanitarios y cobertura de salud. Esto ocurre

porque el proceso de globalización de la economía, la reforma del Estado, y, en consecuencia la reforma del sector de la salud, no ha conseguido responder a las demandas de la población en lograr mejores servicios de salud y mejor calidad de vida. Mientras que el proceso de globalización se refleja de manera directa en el plano comercial y, en consecuencia, en lo político, el sector de la salud se ha transformado en un factor importante de negociación, sea por la necesidad de mantener un ambiente más saludable, el saneamiento, la alimentación, la protección de los trabajadores y de los ciudadanos, sea por la necesidad de mantener el consumo de la tecnología médica, incluso de los fármacos. Por su parte, los procesos de reforma han comenzado a modificar la naturaleza del estado en casi todos los países, aunque estas modificaciones rara vez han sido propuestas desde una perspectiva de desarrollo social o de salud, y más bien han producido una actitud reactiva del sector. (OPS, 1996b). En algunos países, esa reforma ha representado la privatización de la prestación de los servicios sanitarios y de salud. En ese caso, el estado se hace cargo del papel de rector de políticas, normalización y fiscalización. Por otra parte, en otros países hay una situación mixta y solamente en un país el Estado es el responsable de la oferta de los servicios de salud de forma gratuita para toda la población. De Puerto Rico (sistema privado) hasta Cuba (estatal) hay una diversidad de experiencias en desarrollo en los diversos países. (30)

De una forma concertada, la reforma del sector de la Salud, en la mayoría de los países, se ha centrado en el desarrollo y fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud, incorporando valores como: salud como derechos de los ciudadanos, universalidad, equidad, integralidad de la atención (algunos citan solidaridad) sumados a efectividad, eficacia y eficiencia, a las estrategias de descentralización administrativa y a la participación de la comunidad con control social. (30)

Evaluación de la Calidad en Guatemala

En Guatemala el órgano rector de la salud es el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, (MSPAS), que junto con el Ministerio de Educación, forman parte del Gabinete Social a cargo del Vicepresidente. Las políticas de salud reflejan y son coherentes con las del programa de gobierno actual. (31)

En 1995, se estimó que el 25% de la población estaba cubierta por el Sistema Nacional de Salud (MSPAS), 15% por el Sistema de Seguridad Social (IGSS), 2.5% por Sanidad Militar, 4% por ONG's, y el 10% por el sector privado. El 44% de la población no tenía ningún tipo de cobertura formal de salud y la mayoría de los recursos seguían concentrados en las grandes aglomeraciones urbanas, dejando sin otorgar cobertura básica a una amplia mayoría de la población. (12)

En Guatemala, Carmen Castañeda, en el año 2002, realizó un estudio tipo descriptivo transversal, a través de entrevistas semiestructuradas dirigidas a los 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. (31)

En la Población de la Gomera, en el Departamento de Escuintla, Guatemala, en el año 2002, Iris Castellanos, realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal, para determinar la satisfacción de las que reciben los servicios en el primer nivel de atención en dicho lugar.

El método utilizado durante la investigación consistió en seleccionar cuatro comunidades de estudio con la condición de ser rurales a las cuales se le ha llamado centros de convergencia e incluidos dentro del Sistema Integral de Atención en Salud en el municipio antes indicado. Se logró obtener datos básicos que fueron consignados en un cuestionario de entrevista; recabada la información de la muestra de 71 usuarios del Sistema, se procedió al procesamiento, habiendo obtenido sorprendentes resultados, de los cuales se puede destacar que el 92.5% de la población está satisfecha con la atención recibida y han recomendado que estos servicios se brinden en otras comunidades donde aun no se ofrecen. (32)

Miriam Cante, en el Municipio de El Tejar, Departamento de Chimaltenango en el año 2006, realizó un estudio de tipo descriptivo no probalístico, con una muestra de 329 usuarios del Centro de Salud de El Tejar Chimaltenango, a quienes se le entrevistó con la finalidad de obtener su opinión sobre la calidad de atención otorgada con base en varios indicadores seleccionados para esta finalidad. (33)

Se determinó que el nivel de satisfacción de los usuarios con respecto al servicio es alto, en un 40.12%, medio en un 53.80% y bajo en un 6.08%. Así mismo, se concluyó, que en relación a la dimensión técnica, el 61.40% de los usuarios se encuentran medianamente satisfechos; en tanto que en la dimensión interpersonal el 63.35% tienen nivel de satisfacción alto. (33)

Prestaciones en salud proporcionadas por el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en el área departamental

Direcciones departamentales

- a. Planificar, programar, organizar, dirigir, monitorear, supervisar y evaluar las actividades de los niveles de atención, médicas, técnicas, administrativas, financieras de las dependencias y unidades bajo su jurisdicción.
- b. Evaluar, periódicamente, la ejecución de planes, programas y proyectos de las dependencias y unidades bajo su jurisdicción.
- c. Mantener comunicación efectiva con patronos, afiliados derechohabientes, e, instituciones gubernamentales y no gubernamentales que permitan innovar y coordinar el proceso de beneficios que otorga el instituto.
- d. Desarrollar con cada una de las dependencias y unidades a su cargo la estructuración de sistemas y procedimientos técnicos, médicos y administrativos que requieran los programas de seguridad social.
- e. Coordinar con la Subgerencia Administrativa para que por medio del Departamento de Comunicación Social y Relaciones Públicas, se divulguen los aspectos y beneficios inherentes a los programas de protección social.
- f. Coordinar con las Subgerencias de Prestaciones en Salud y Prestaciones Pecuniarias, la realización de actividades para agilizar la aplicación de las prestaciones en servicio y en dinero.
- g. Realizar estudios tendientes a mejorar y dinamizar los servicios del Instituto en el área departamental.
- h. Verificar el otorgamiento de los servicios en los programas de accidentes, enfermedad, maternidad e Invalidez, Vejez y Supervivencia, contemplados en el Régimen de Seguridad Social. (17)

Hospitales departamentales

- a. Brindar la asistencia hospitalaria general y especializada correspondiente a afiliados y derechohabientes que hayan sufrido accidente o que padezcan enfermedades médico quirúrgicas.
- b. Brindar el servicio de atención ambulatoria, cuando sea necesario.

- c. Atender con prontitud los casos de emergencia que se presenten.
- d. Proporcionar los recursos de los servicios auxiliares de diagnóstico para el mejor tratamiento de los enfermos.
- e. Suministrar servicios de trabajo social, enfermería, dietética, asistencia farmacéutica y otras prestaciones complementarias de la asistencia médica.
- f. Prestar servicios adecuados de registros médicos para el buen funcionamiento del hospital.
- g. Mantener el buen funcionamiento de los servicios administrativos y de operación del Hospital.
- h. Ejecutar los Programas de Medicina Preventiva que estén dentro de su campo de acción.
- i. Promover actividades académicas y de docencia relacionadas con las áreas que atiende el hospital.
- j. Coordinar sus actividades con otras direcciones generales y sus dependencias cuando sea necesario.
- k. Tramitar los casos de fallecimiento, establecidos en el Instituto.
- l. Informar sobre las actividades realizadas periódicamente y cuando le sea solicitado por la Dirección Departamental. (17)

Consultorios

- a. Proporcionar asistencia médica ambulatoria, de emergencia y encamamiento a afiliados y derechohabientes del Régimen de Seguridad Social.
- b. Promover la salud y contribuir al desarrollo a nivel comunitario.
- c. Dirigir las acciones de atención primaria que se realicen en el primero y segundo nivel de atención.
- d. Supervisar y evaluar los programas de atención de la salud que se realicen en la comunidad.
- e. Procurar la capacitación que el personal médico, paramédico, comadronas, promotores y colaboradores voluntarios desarrollen a nivel comunitario.

- f. Supervisar y cumplir en forma efectiva el sistema de referencia y contrarreferencia para hacer operativa la atención por niveles.
- g. Coordinar las actividades de atención médica integral con los otros niveles de atención intra e interinstitucional.
- h. Realizar investigaciones y colaborar en la docencia en materia de prevención y curación de las enfermedades prevalentes en el área.
- i. Prestar los servicios adecuados de registros médicos.
- j. Mantener el buen funcionamiento de los servicios administrativos y de operación del Consultorio.
- k. Informar sobre las actividades realizadas periódicamente y cuando le sea solicitado por autoridades del Instituto. (17)

Puestos de salud

- a. Brindar atención de emergencia y asistencia curativa de primer nivel a los afiliados y derechohabientes que lo requieran.
- b. Desarrollar acciones de prevención y detección de enfermedades, riesgos de trabajo a nivel comunitario y acciones de prevención de accidentes en general.
- c. Cumplir en forma efectiva el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes.
- d. Realizar todas aquellas actividades administrativas concernientes y necesarias para el buen funcionamiento del puesto de salud.
- e. Coordinar actividades de atención médica integral con los otros niveles de atención intra e interinstitucionales.
- f. Informar sobre las actividades realizadas periódicamente y cuando le sea solicitado por la Dirección Departamental.(17)

Justificación

Pese a la importancia de la calidad, hasta la fecha hay muy pocos esfuerzos continuos de garantía de calidad en los países en desarrollo. Muchas de las evaluaciones que tuvieron lugar se han concentrado en la medición de los cambios en las tasas de mortalidad, morbilidad y cobertura. Pocas han enfatizado la calidad de los servicios o el proceso de la prestación de éstos y aun menos realizan esfuerzos sistemáticos para mejorar la calidad con base en los resultados del proceso de prestación de servicios. (13)

El conocimiento del grado de satisfacción de los pacientes sirve básicamente para valorar y monitorizar la calidad, disponibilidad y utilización de la atención sanitaria en general, identificando áreas problemáticas que podrían ser objetivo de futuras acciones. Para la evaluación de la calidad de la atención, se ha de tener en cuenta el punto de vista de los usuarios de la atención sanitaria, además de los factores clínicos, económicos, éticos y sociales; de modo que no sólo se tomen medidas de efectividad clínica y de eficiencia económica, sino también, medidas de aceptabilidad social que incluyen la visión de la comunidad y de los usuarios sobre la salud y sobre diferentes aspectos del proceso de atención sanitaria. (3, 4,14)

El usuario externo que acude a una institución de salud, puede venir por muchas razones, pero la esencial pudiera ser sin dudas solucionar un problema de salud. En el transcurso por esta búsqueda de solución establece mejores o peores comunicaciones con el personal que lo atiende, recibe mejor o peor trato, esperanzas y frustraciones, soluciona o no soluciona el problema por el que vino. Sin embargo, puede no solucionar el problema y estar satisfecho porque fue bien atendido, o, como dicen muchos "hicieron todo lo posible". Puede solucionar el problema y salir insatisfecho porque le cayó mal alguien o algo, o, porque tuvo que esperar mucho un día o porque es alguien querellante. (11,15) Las expectativas que el usuario trae no tienen que ser necesariamente solucionar el problema de salud por el que vino. La expectativa de cada paciente es única y está también sujeta a cambios durante el proceso de su estancia en la institución de salud. (15)

Una atención de calidad no es necesariamente indicadora de atención satisfactoria, y, cuando esto sucede, el que brinda los servicios de salud debe saber identificar las posibles variables que estuvieron implicadas en este proceso y debe saber reconocer cuáles fueron las Trampas de la Excelencia en las que quedaron atrapados. (14,15)

La falta de estudios sobre la calidad de atención y la percepción de usuarios, en el área Departamental, Impulsó a realizar un análisis de la calidad de atención en el Consultorio del IGSS de Palín, a partir de la percepción de usuarios(as) de servicios

de salud. Los resultados obtenidos de este estudio podrían ser utilizados como una contribución a la Institución para la toma de decisiones en la atención de salud en la Consulta Externa, también para la realización de futuras investigaciones que evalúen el impacto que las intervenciones de salud han tenido en la calidad de atención.

III.OBJETIVOS

3.1 GENERAL

- Analizar la calidad de la atención que se brinda en el Consultorio del IGSS Palín Escuintla, desde la percepción de usuarios (as) de servicios de salud

3.2 ESPECÍFICOS

- 3.2.1 Describir las características socio - demográficas de usuarios(as) de servicio del Consultorio en estudio.
- 3.2.2 Identificar la calidad de los servicios de salud en el Consultorio del IGSS de Palín Escuintla relacionada con la estructura de la atención, desde la percepción de los usuarios.
- 3.2.3 Determinar la calidad de los servicios de salud en el Consultorio del IGSS de Palín Escuintla, relacionada con los procesos de atención, desde la percepción de los usuarios.
- 3.2.4 Identificar la calidad de los servicios de salud en el Consultorio del IGSS de Palín Escuintla, relacionada con los resultados, desde la percepción de los usuarios.

IV. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1 Tipo de estudio

La presente investigación corresponde a un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, con un componente cualitativo.

4.2 Universo

El universo estuvo constituido por la población derechohabientes usuaria de los servicios que brinda el Consultorio (un aproximado de 1,162 derechohabientes atendidos, mensualmente).

CUADRO DE USUARIOS EXTERNOS ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO EN LOS ÚLTIMOS 8 AÑOS:

PRODUCTOS	AÑOS							
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009*
Consultas	16067	15071	13320	14413	14400	12314	12093	15900

- Consultas programadas en **Plan Operativo Anual** (POA).

Según la tabla para estudios descriptivos la muestra para el presente estudio se calculó con un 95% de límite de confianza y una seguridad de 5% es:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

- $N=1,162$ Total de la población
- $Z_{\alpha}^2 = 1.96^2 = 3.8416$ (nivel de confianza del 95%)
- $p= 0.5$ proporción esperada (en este caso 50% = 0.5)
- $q= 0.5$ $1 - p$ (en este caso 50% = 0.5)
- $d^2= (0.05)^2 = 0.0025$ (precisión)
- $N-1=1,161$

Seguridad = 95%; Precisión = 95% = 0.05; proporción esperada = utilizamos el valor $p = 0.5$ (50%) que maximiza el tamaño muestral. Por desconocer la proporción esperada.

$$n = \frac{1162 * 1.96^2 * 0.5 * 0.5}{0.05^2 (1162 - 1) + 1.96^2 * 0.5 * 0.05}$$

$$n = \frac{1162 * 3.8416 * (0.25)}{0.05^2 (1161) + (3.84) * (0.25)}$$

$$n = \frac{1115.98}{2.90 + 0.96}$$

$$n = \frac{1115}{3.86} = 289$$

Más un 10% de pérdidas o extravíos sería un total de 318 pacientes.

La selección de las unidades de muestreo (usuarios) se realizó entrevistando a los pacientes que asistieron a la consulta externa; a partir de esto se les numeró correlativamente y, luego, utilizando un muestreo sistemático, se selecciona tantos pacientes considerados como lo indica el tamaño de la muestra, y, de acuerdo al rango de muestreo que se calculó de la siguiente forma:

Rango de muestreo (RM): Número total de pacientes atendidos/ Tamaño de muestra

- Número total de pacientes atendidos: 1,162
- Tamaño de muestra: 318

$$RM = 1,162/318 = 3.65$$

Rango de muestreo: aproximadamente, 4, el cual establece que se eligió un paciente por cada 4 que se presentaron a consulta externa. Se determinó con qué paciente iniciar, eligiendo aleatoriamente al primer paciente que se presentó a consulta; asignándole el primer número, y, a partir de este número, se continuó eligiendo un paciente, cada 4 pacientes, hasta completar el tamaño de la muestra.

4.3 Unidad de análisis

La unidad de análisis está constituida por los (as) derechohabientes y los (as) prestadores (as) de los servicios de salud en EL Consultorio del IGSS Palín.

4.4 Criterios de Inclusión para usuarios

1. Ser derechohabientes usuarios (as) del servicio del área que por mandato legal le corresponde cubrir al Consultorio del IGSS, Palín Escuintla.
2. Haber tenido información mínima de los servicios de Atención prestados.
3. Ser usuario inscrito en el seguro social, que cuente con carnet de afiliación, mayor de 18 años. (Afiliado (a), Beneficiaria Esposa, Jubilado (a) pensionado (a).)
4. Aceptar ser incluido en el estudio.

4.5 Variables

- Características socio – demográficas,
- Calidad de los servicios de salud relacionada con la estructura de la atención.
- Calidad de los servicios de salud relacionada con los procesos de atención,
- Calidad de los servicios de salud relacionada con los resultados.

Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	Son las características que sirven para distinguir a los individuos de sus semejantes, y para identificar los principales rasgos demográficos y sociales de la población a la que pertenecen.	EDAD 18-25 años 26-30 años 31-35 años 36-40 años 41-45 años 46-50 años 51-55 años 56-60 años 60 años y mas	CUANTITATIVA	INTERVALO
		SEXO: Masculino Femenino	CUALITATIVA	NOMINAL
		ESTADO CIVIL Soltero/a Casado/a Viudo/a Divorciado/a Unido/a	CUALITATIVA	NOMINAL
		PROCEDENCIA Casco Urbano Rural Fincas	CUALITATIVA	NOMINAL
		ESCOLARIDAD Ninguna Primaria incompleta. Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Educación superior	CUALITATIVA	NOMINAL
		OCUPACIÓN Operaria/o Ama de casa Maestro/a Agricultor Administrativo Bodeguero Servicios Varios. Trabajadora social Agente de Seguridad Secretaria Otros.	CUALITATIVA	NOMINAL
CALIDAD DE PACIENTE Afiliado Beneficiaria esposa Jubilado Pensionado	CUALITATIVA	NOMINAL		

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
ESTRUCTURA DE LA ATENCIÓN	Se refiere a aspectos del sistema de salud que apoya la gestión de una institución, como infraestructura, accesibilidad geográfica, disponibilidad (oferta-demanda) y comodidades.	Infraestructura Limpieza de la Unidad	CUALITATIVA	NOMINAL
		Buena Regular Mala		
		Limpieza de sanitarios		
		Buena Regular Mala	CUALITATIVA	NOMINAL
		Comodidad de las instalaciones	CUALITATIVA	NOMINAL
		Buena Regular Mala		
Acceso Tiempo de traslado desde su casa a los servicios	CUANTITATIVA	INTERVALO		
0-30 minutos 31-60 minutos 61 minuto y mas				
privacidad durante la atención;				
Buena Regular Mala	CUALITATIVA	NOMINAL		
Disponibilidad Oferta de Servicio de salud responde a su necesidad	CUALITATIVA	NOMINAL		
Siempre Algunas veces Nunca				

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
PROCESO DE ATENCIÓN	PROCESO Procedimiento y acciones que suceden durante la interacción entre el sistema de salud y el (la) usuario (a), durante la prestación asistencial. (Interacción, actitudes, habilidades, destrezas, técnica, etc.).	ACTITUD, HABILIDAD, DESTREZA Instrucciones necesarias para realizar todo el proceso de la consulta externa Siempre Algunas veces Nunca	CUALITATIVA	NOMINAL
		Toma signos vitales, peso y talla Siempre Algunas veces Nunca	CUALITATIVA	NOMINAL
		Realización de examen físico. Completo Solo el área afectada No me examino	CUALITATIVA	NOMINAL
		INTERACCION Identificación de un diagnóstico. Si No	CUALITATIVA	NOMINAL
		Proporcionó Medicamentos Si No	CUALITATIVA	NOMINAL
		Explicación de su diagnostico Explico claramente Explico brevemente No explico nada	CUALITATIVA	NOMINAL
		Explicación de cómo debe tomarse los medicamentos. Explico claramente Explico brevemente No explico nada	CUALITATIVA	NOMINAL
		Tiempo de espera para pasar a consulta. Menos de 1 hora De 1 a 2 horas Mas de 2 horas	CUANTITATIVA	INTERVALO
		Opinión sobre tiempo de espera Largo Justo adoc Corto	CUALITATIVA	NOMINAL
		Tiempo dedicado por el médico/a a su consulta es: Mucho Suficiente Poco	CUALITATIVA	NOMINAL

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
RESULTADO DE LA ATENCIÓN	La percepción general de la atención recibida. (El problema por el cual acudieron a consulta fue solucionado)	Solución del problema de salud El problema de salud por el cual acudió a consulta fue solucionado: Si No ¿Si su respuesta es no conteste Por Que?	CUALITATIVA	NOMINAL
		Al momento de cambiar las recetas recibió sus medicamentos: Si No ¿Si su respuesta es no conteste Por Que?	CUALITATIVA	NOMINAL
		Percepción general de la atención recibida Como se siente usted con respecto al servicio prestado en este consultorio Muy Satisfecho Satisfecho Insatisfecho Muy insatisfecho	CUALITATIVA	NOMINAL
		De acuerdo a su experiencia el día de hoy, califique a cada uno del siguiente personal: Agentes de Seguridad Secretaria Archivo Farmacia Trabajo Social Administrativos Enfermería Médicos. Muy bueno Bueno Regular Malo Muy malo.	CUALITATIVA	NOMINAL
		¿Considera Usted que la forma de dar atención en este Consultorio debería mejorar? SI NO ¿En qué Aspectos debe mejorar?	CUALITATIVA	NOMINAL

Procedimientos para la recolección de información

Técnicas de recolección de información

Se utilizó la técnica de encuesta, aplicando un instrumento de recolección de datos tipo cuestionario, a los sujetos de estudio que aclarando dudas planteadas por los informantes, sobre la interpretación de alguna pregunta del instrumento.

Procedimiento de recolección de datos

Para la recolección de la información se realizaron los siguientes pasos:

1. se solicitó autorización para la realización del estudio al Departamento de Recursos Humanos, ante la jefatura de la División de Capacitación y Desarrollo;
2. cuando se contó con esta autorización, se le hizo llegar una copia al Director Departamental de Escuintla, para iniciar el estudio dentro de las instalaciones del Consultorio de Palín, Escuintla;
3. se capacitó a la encuestadora sobre el contenido y objetivos del estudio;
4. se les delimitó cuáles serían sus funciones en lo que respecta al proceso de recolección de los datos;
5. se leyó y posteriormente se les solicitó firmar el consentimiento informado a los participantes del estudio;
6. se realizó prueba piloto para la validación del instrumento de recolección de datos, al 10% (32 encuestas) del total del universo con características similares a la población objeto de estudio, los cuales fueron excluidos en la etapa de recolección de datos;
7. según la prueba piloto se llevó un promedio de 15 minutos por derechohabiente entrevistado, la muestra fue de 318, en el consultorio se evalúan en promedio 50 pacientes diarios, y, de éstos se les pasó el cuestionario a uno de cada 4, haciéndose un total de 12 pacientes diarios, y para completar la muestra de 318, se necesitó de 27 días hábiles, pues, el consultorio sólo trabaja de lunes a viernes de ocho a cuatro de la tarde, en total se requirió de 6 semanas, aproximadamente, para realizar el trabajo de campo y de 3 horas diarias para cubrir las 12 encuestas.

8. Se revisaron las encuestas, para verificar que todos los ítemes estuvieran completos y que el consentimiento informado se encontrara debidamente firmado, los instrumentos que no llenaban los requisitos, eran descartados, en total fueron eliminados 29 instrumentos y con esto se retrasó la recolección de datos, pues, se tuvieron que realizar a otros usuarios.

Instrumento de Recolección de información

Para la recolección de datos del presente estudio se diseñó un instrumento, tipo cuestionario el cual consta de cuatro secciones de acuerdo con las variables de estudio, de 28 preguntas, tipo abierto, y, cerrado. (anexo No. 2)

Análisis de los resultados

El diseño del presente estudio es descriptivo por lo que se realizó un análisis estadístico descriptivo univariado.

El análisis de los datos del estudio considera los siguientes pasos:

1. se analizaron cuatro secciones en el instrumento de recolección de datos, características sociodemográficas, estructura de la atención, proceso de la atención, resultados de la atención;
2. se revisó el llenado de los instrumentos de recolección de datos, en forma individual, para comprobar que todos los datos requeridos hayan sido completados en el cuestionario, incluyendo la numeración que se le asignó a cada instrumento;
3. los instrumentos debidamente llenos quedaron bajo la responsabilidad del investigador, quien los resguardó en el orden en que fueron numerados, para su posterior trámite;
4. se elaboraron tablas de datos en Microsoft Office Excel;
5. posteriormente se realizó el volcado de los datos del instrumento a las tablas de datos en Microsoft Office Excel;
6. luego de tabulados los datos, se procedió a realizar cuadros de frecuencias y porcentajes, que sirvieron como base, para el análisis estadístico posterior.

Procedimientos para garantizar aspectos éticos de la investigación

El presente estudio cumple con los principios comunes de ética, sobre autonomía, beneficencia y justicia, considerando los siguientes aspectos:

1. después de la autorización del protocolo, se solicitó permiso para la realización del estudio al Departamento de Recursos Humanos, ante la jefatura de la División de Capacitación y Desarrollo, del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS);
2. cuando se contó con esta autorización, se le hizo llegar una copia al Director Departamental del IGSS de Escuintla, para poder iniciar el estudio dentro de las instalaciones del Consultorio de Palín, Escuintla;
3. se leyó y posteriormente se les solicito firmar voluntariamente, el consentimiento informado a los participantes del estudio;
4. la información fue manejada con confidencialidad;
5. se resguardó y protegió la información obtenida, de los instrumentos de recolección.

V. RESULTADOS

En el presente capítulo se presentan los resultados obtenidos de las 318 encuestas realizadas para determinar la calidad de la atención a partir de la percepción de usuarios(as) de servicios de salud en el Consultorio del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) en el municipio de Palín, Departamento de Escuintla.

La presentación de resultados se organiza de la siguiente manera: primero se presentan las características socio demográficas, luego la información obtenida respecto de las dimensiones de calidad relacionadas con estructura, proceso y resultado de los servicios de salud evaluados.

5.1 Características socio demográficas

Tabla No. 1 Cuadro resumen, respecto de características socio demográficas.

VARIABLE	INDICADOR	f	%
CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS	E D A D		
	18-25 años	85	27
	26-30 años	60	19
	31-35 años	36	11
	36-40 años	34	11
	41-45 años	16	5
	46-50 años	18	6
	51-55 años	17	5
	56-60 años	7	2
	60 años y más	45	14
	S E X O		
	Femenino	218	69
	Masculino	100	31
	E S T A D O C I V I L		
	Casado/a	175	55
	Unido/a	80	25
	Soltero/a	38	12
	Viudo/a	23	7
	Divorciado/a	2	1
	P R O C E D E N C I A		
	Casco Urbano	162	51
	Rural	152	48
	Fincas	4	1
	E S C O L A R I D A D		
	Primaria Completa	98	31
	Primaria incompleta	70	22
	Secundaria incompleta	50	16
Secundaria completa	44	14	
Ninguna	34	11	
Educación superior	22	7	
O C U P A C I O N			
Ama de casa	142	45	
Otros	92	29	
Operaria/o	43	14	
Maestro/a	15	5	
Administrativo	12	4	
Bodeguero	6	2	
Agricultor	3	1	
Agente de Seguridad	4	1	
Servicios Varios	1	0	
T I P O D E P A C I E N T E			
Afilado/a	157	49	
Beneficiaria Esposa	119	37	
Jubilado/a	19	6	
Pensionado	23	7	

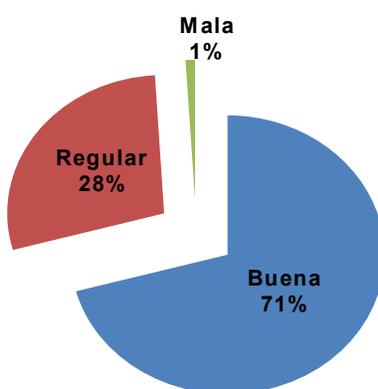
Fuente: Encuesta a usuarios, IGSS Palín Escuintla

La mayoría de los usuarios están comprendidos entre los 18 y 25 años de edad (27%), el sexo predominante es el femenino (69%) con una proporción de 2 mujeres por cada hombre entrevistado. El 55% de los usuarios están casados, 51% proceden del casco urbano, el 31% tienen educación primaria completa y solo el 7% tiene estudios superiores, el 49% de los entrevistados es afiliado y, el 13% pertenece al programa de Invalides Vejez y Supervivencia (IVS)

5.2 Estructura de la atención

5.2.1 Infraestructura

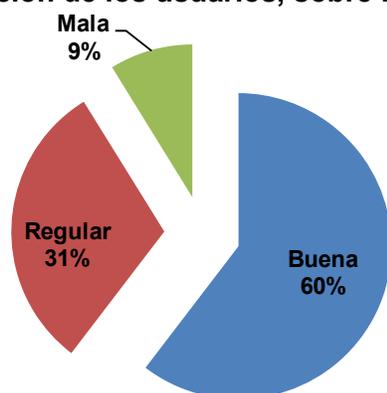
Gráfico 1 Percepción de los usuarios, sobre la limpieza del consultorio.



Fuente: Encuesta a usuarios, Consultorio IGSS, Palín, Escuintla, 2010.

El 71% de los usuarios opina que la limpieza general del consultorio es buena y solo un 1% opina que es mala.

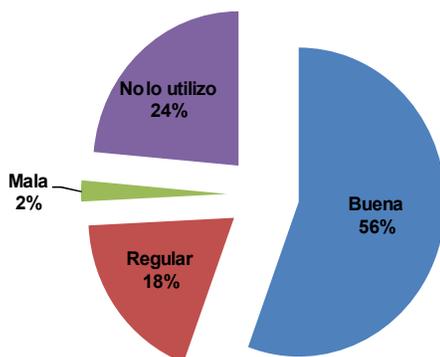
Gráfico No. 2 Percepción de los usuarios, sobre la comodidad del consultorio.



Fuente: Encuesta a usuarios, Consultorio IGSS, Palín, Escuintla, 2010.

El 60% de los usuarios opina que la comodidad de las instalaciones del consultorio, es buena.

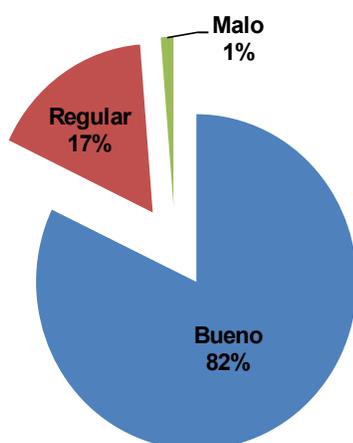
Gráfico No. 3 Percepción de los usuarios, sobre la limpieza del sanitario.



Fuente: Encuesta a usuarios, Consultorio IGSS, Palín, Escuintla, 2010.

El 56% de los usuarios opina que la limpieza del sanitario es buena y solo un 2% considera que es mala.

Gráfico No. 4 Percepción de los usuarios, sobre el equipo médico.



Fuente: Encuesta a usuarios, Consultorio IGSS, Palín, Escuintla, 2010.

La mayoría de los usuarios (82%) percibe como bueno el equipo médico que se utiliza en el consultorio para prestar el servicio en la Consulta Externa.

5.2.2 Funcionales

Tabla No.2 Tiempo de traslado de los usuarios hacia el consultorio.

T i e m p o	f	%
0 a 30 Minutos	269	85
31 a 60 minutos	42	13
61 minutos o mas	7	2
Total	318	100

Fuente: Encuesta a usuarios, Consultorio IGSS, Palín Escuintla, 2010.

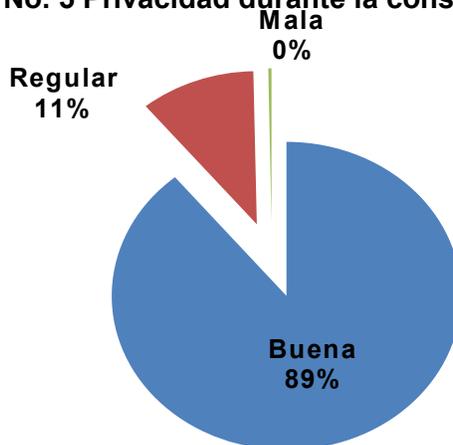
Tabla No.3 Medio de transporte utilizado por los usuarios.

Tiempo	f	%
Bus	154	48
A pie	134	42
Microbús	14	4
Carro Particular	11	3
Moto	5	2
Total	318	100

Fuente: Encuesta a usuarios, Consultorio IGSS, Escuintla, 2010.

El tiempo que utilizan los usuarios para trasladarse desde su vivienda o trabajo hacia el consultorio la mayoría (85%) es media hora, desplazándose en bus 48%, y, a pie 42% (tablas 2,3).

Gráfico No. 5 Privacidad durante la consulta médica.



Fuente: Encuesta a usuarios, Consultorio IGSS, Palín Escuintla, 2010.

Otro aspecto funcional de la estructura evaluado desde la percepción del usuario es la privacidad durante la consulta con el médico, la mayoría (89%) considera que es buena, (Gráfico No.5).

Tabla No. 4 Oportunidad de la atención médica

Tiempo	f	%
Le atienden el mismo día.	245	77
Solo le colocan una próxima cita	56	18
Le atienden al día siguiente.	17	5
Total	318	100

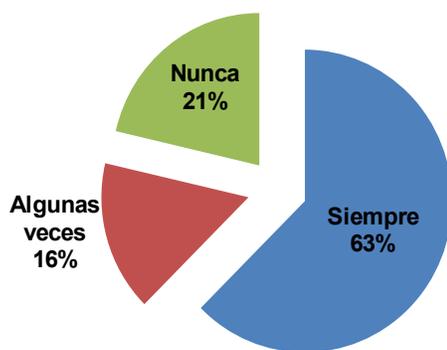
Fuente: Encuesta a usuarios, Consultorio IGSS, Palín, Escuintla, 2010.

Al momento de presentarse por primera vez a la Consulta Externa de la unidad a solicitar atención médica, el 77% es atendido el mismo día, el resto al día siguiente (5%) o se le coloca una cita próxima (18%), según las agendas de secretaría. (Tabla 4)

5.3. Proceso de la atención

5.3.1 Actitudes, habilidades, destrezas

Gráfico No. 6 Información proporcionada por personal de secretaría.



Fuente: Encuesta a usuarios, Consultorio IGSS, Palín, Escuintla, 2010.

El 63% de los usuarios opina que siempre le dan explicación por parte de secretaría de todo el proceso para recibir la atención solicitada, (Gráfico 6).

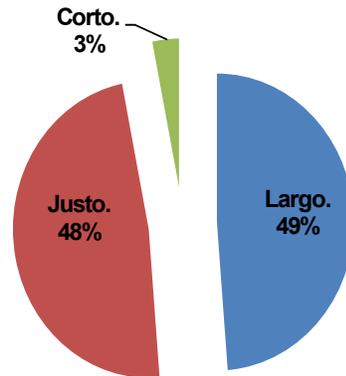
Tabla No.5 Toma de Signos Vitales

	f	%
Siempre	318	100
Algunas veces	0	0
Nunca	0	0
Total	318	100

Fuente: Encuesta a usuarios, Consultorio IGSS, Palín, Escuintla, 2010.

Todas las personas (100%) entrevistadas refieren que siempre le toman sus signos vitales antes de pasar a la consulta con el médico, (Tabla 5).

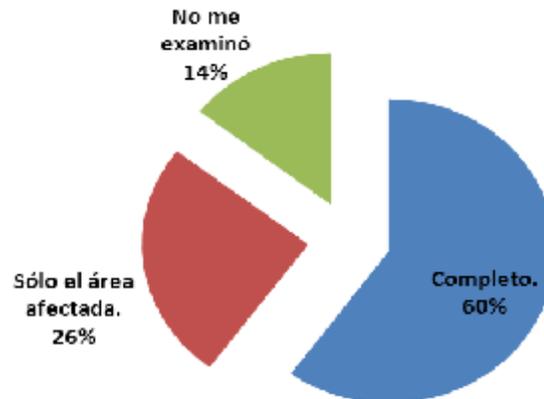
Gráfico No 7. Opinión sobre el tiempo de espera



Fuente: Encuesta a usuarios, Consultorio IGSS, Palín, Escuintla, 2010.

El 48% de los usuarios, espera más de 2 horas para entrar a la consulta con el médico, opinando el 48% que este tiempo de espera es justo. (Tabla 6, Gráfico 7).

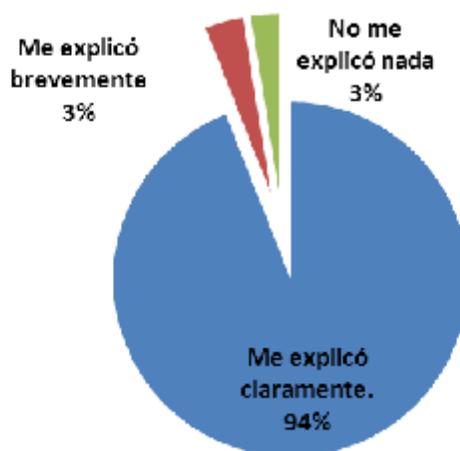
Gráfico No. 8 Examen físico realizado.



Fuente: Encuesta a usuarios, Consultorio IGSS, Palín, Escuintla, 2010.

El 60% de los usuarios opina, que el examen físico realizado por el médico es completo. (Gráfico 8)

Gráfico No. 9 Explicación por parte del médico, sobre su problema de salud



Fuente: Encuesta a usuarios, Consultorio IGSS, Palín, Escuintla, 2010.

A la mayoría de los usuarios (94%), se les explica claramente, lo relacionado con su problema de salud por el que consulta. (Gráfico 9)

Gráfico No. 10
Prescripción de medicamentos

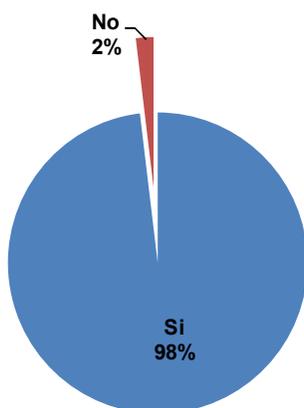
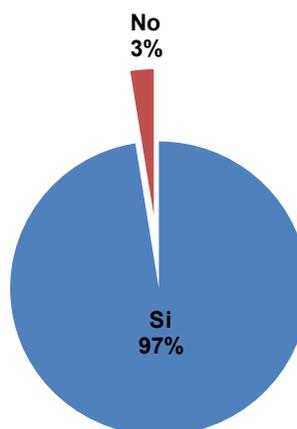


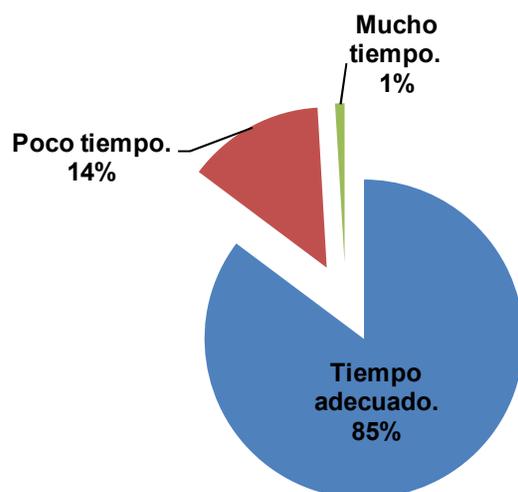
Gráfico No. 11
Explicación de cómo tomar los medicamentos



Fuente: Encuesta a usuarios, Consultorio IGSS, Palín, Escuintla, 2010.

Al 98% de los usuarios se le prescribe medicamentos, y, a la mayoría (97%) se le explica cómo debe tomarlos (Gráfico 10, 11)

Gráfico No 12 Tiempo dedicado a su consulta, con el médico



Fuente: Encuesta a usuarios, Consultorio IGSS, Palín, Escuintla, 2010

Respecto del tiempo que dura la consulta en la clínica del médico, la mayoría de los usuarios (85%) opina que este es adecuado. (Gráfico No. 12)

5.4 Resultado de la atención

Tabla No. 6 Opinión del usuario sobre si encontró solución, al problema por el que acude al Consultorio

Respuesta	f	%
Si	289	91
No	29	9
Total	318	100

Fuente: Encuesta a usuarios, Consultorio IGSS, Palín, Escuintla, 2010

La mayoría (91%) de los usuarios refiere que *sí* encuentran solución al problema por el que acudieron al Consultorio. (Tabla 6)

Gráfico No. 13 Razones según el usuario por las cuales no encontró solución al problema que motivó su consulta a los servicios



Fuente: Encuesta a usuarios, Consultorio IGSS, Palín, Escuintla, 2010

El 9% de los usuarios que opina no haber solucionado el problema por el que acudió al Consultorio, es, porque aún está pendiente de resultados de exámenes (34%), o, no ha terminado el medicamento indicado por el médico (21%). (Gráfico 13)

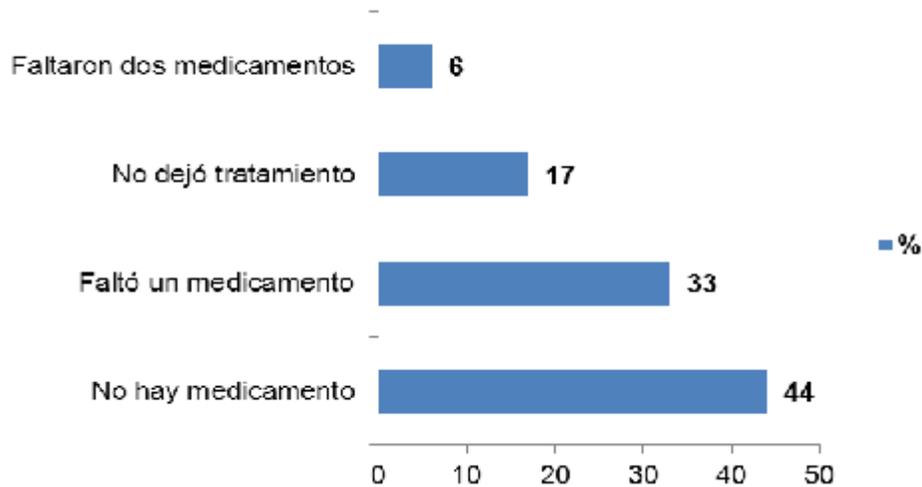
Tabla No. 7 Opinión del usuario sobre si recibió completo el o los medicamento(s) prescrito(s) por el médico

Respuesta	f	%
Si	300	94
No	18	6
Total	318	100

Fuente: Encuesta a usuarios, Consultorio IGSS, Palín, Escuintla, 2010

La mayoría (94%) de los pacientes recibe por parte de la farmacia el total de medicamentos prescritos por el médico. (Tabla 7)

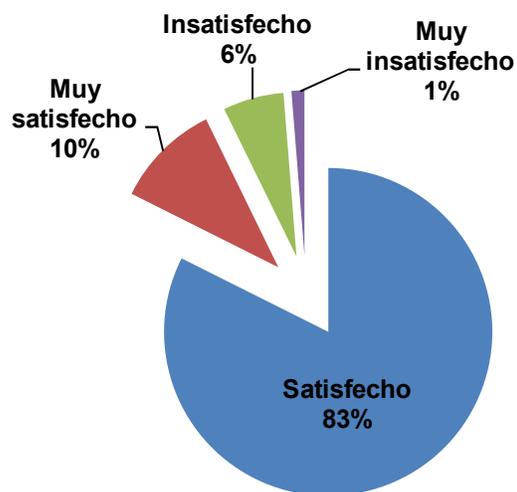
Gráfico No. 14 Razones según el usuario por las cuales no recibió el o los medicamento(s) prescrito(s) por el médico



Fuente: Encuesta a usuarios, Consultorio IGSS, Palín, Escuintla, 2010

Los que refieren no haber recibido completo el medicamento (6%), fue porque en ese momento, no había en existencia en la farmacia (83%), o el médico tratante no le prescribió (17%). (Gráfico 14)

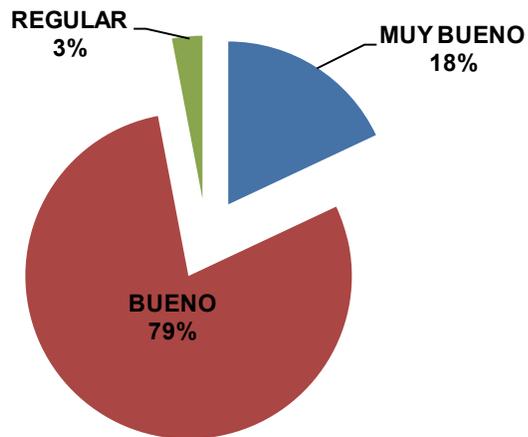
Gráfico No. 15 Satisfacción general por el servicio prestado.



Fuente: Encuesta a usuarios, Consultorio IGSS, Palín, Escuintla, 2010

La mayoría de los usuarios (83%) refiere estar satisfecho con el servicio prestado en el Consultorio (Gráfico 15).

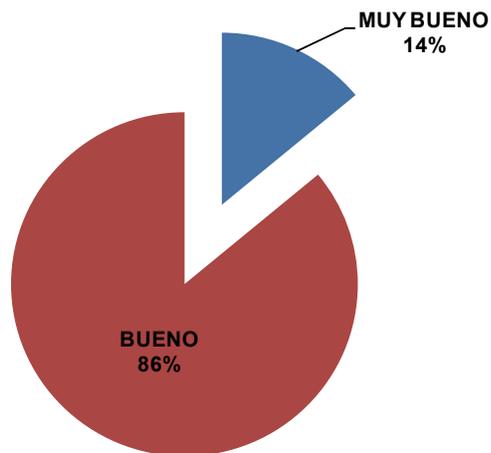
Gráfico No. 16 Percepción del usuario, sobre la atención médica



Fuente: Encuesta a usuarios, Consultorio IGSS, Palín, Escuintla, 2010

El 79% de los usuarios refiere que la calidad de atención recibida por parte del personal médico es buena. (Gráfico 16).

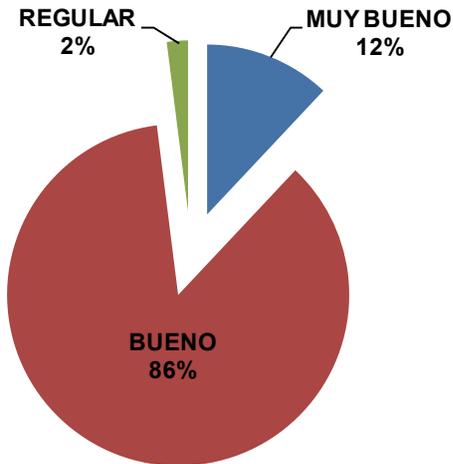
Gráfico No.17 Percepción del usuario, sobre la atención, del servicio de Farmacia.



Fuente: Encuesta a usuarios, Consultorio IGSS, Palín, Escuintla, 2010

El 86% consideran que es buena la atención recibida por el personal de farmacia. (Gráfico 17)

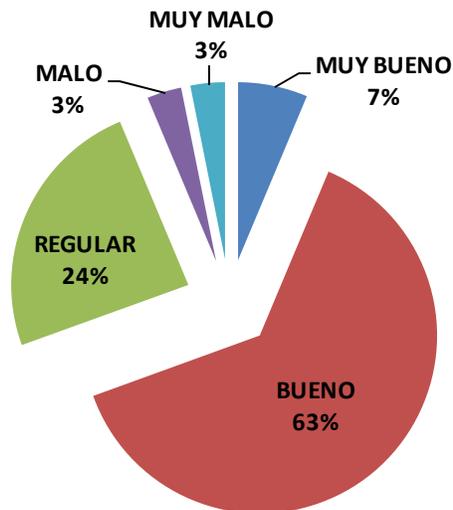
Gráfico No.18 Percepción del usuario, respecto de la atención de Enfermería.



Fuente: Encuesta a usuarios, Consultorio IGSS, Palín, Escuintla, 2010

El 86% considera que la atención prestada por el personal de enfermería es buena y un 2% considera que es regular. (Gráfico 18).

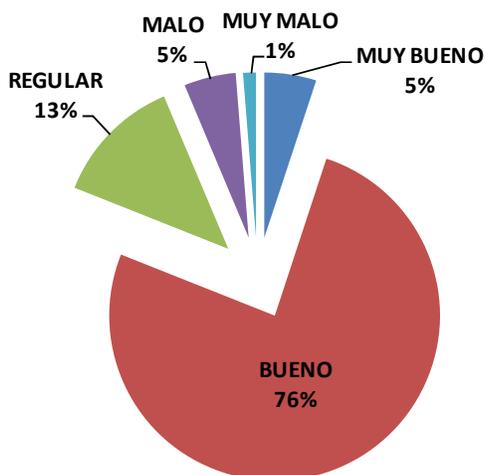
Gráfico No. 19 Percepción del usuario, sobre la atención de Secretaria



Fuente: Encuesta a usuarios, Consultorio IGSS, Palín, Escuintla, 2010

El 5% no utilizó el servicio de secretaria, el que sí lo utilizó considera que la atención recibida por el personal de secretaria es buena (63%), y, un 3% opina que la atención es muy mala. (Gráfico 19)

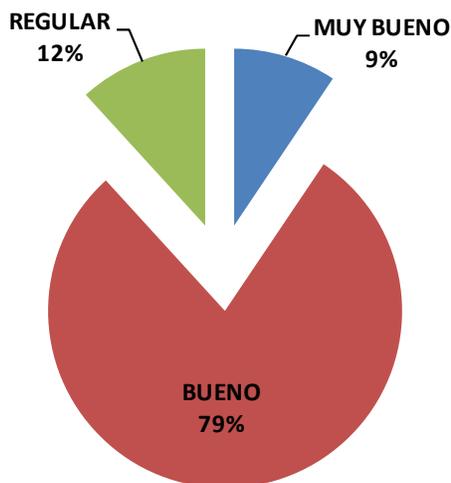
Gráfico No.20 Percepción del usuario, sobre la atención del Archivo



Fuente: Encuesta a usuarios, Consultorio IGSS, Palín, Escuintla, 2010

El 21% de los usuarios refiere no haber utilizado los servicios del archivo, el resto opina que la atención recibida es buena (76%), y, 1% opina que es muy mala. (Gráfico 20)

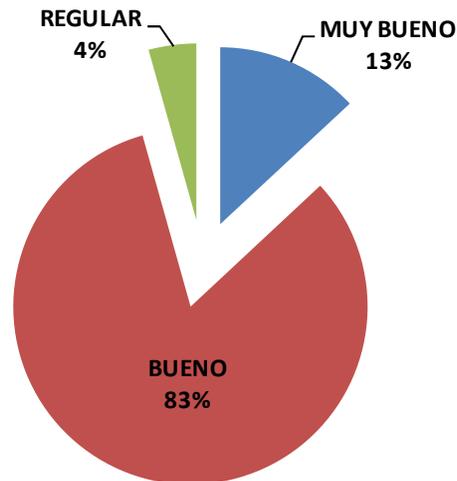
Gráfico No. 21 Percepción del usuario, respecto de la atención del Agente de seguridad



Fuente: Encuesta a usuarios, Consultorio IGSS, Palín Escuintla, 2010.

El 15% de los usuarios no emitió opinión respecto del agente de seguridad, pues, refiere no haber solicitado sus servicios, el 85% que si lo utilizó, opina que el servicio brindado es bueno (79%). (Gráfico 21)

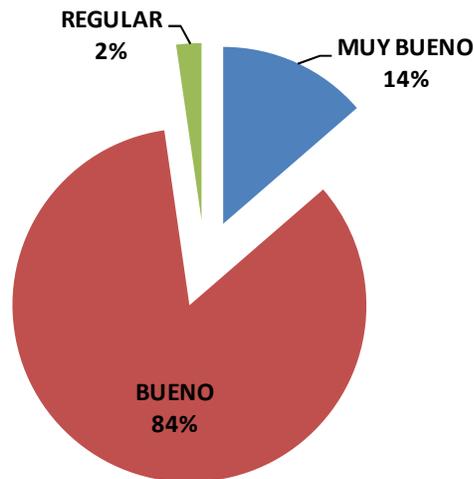
Gráfico No. 22 Percepción del usuario, sobre la atención del personal Administrativo



Fuente: Encuesta a usuarios, Consultorio IGSS, Palín, Escuintla, 2010

El 54% de los usuarios refiere no haber utilizado los servicios del personal administrativo, el resto, opina que la atención es buena (83%), y, un 4% opina que es regular. (Gráfico 22)

Gráfico No.23 Percepción del usuario, respecto de la atención de Trabajo Social.



Fuente: Encuesta a usuarios, Consultorio IGSS, Palín, Escuintla, 2010

El 56% de los usuarios refiere no haber utilizado los servicios de Trabajo Social, el resto, opina que la atención es buena (84%), y, un 2% opina que es regular. (Gráfico 23)

Tabla No.8 Opinión de los usuarios respecto de mejoras de la calidad de atención

	f	%
Si	242	76
No	76	24
Total	318	100

Fuente: Encuesta a usuarios, Consultorio IGSS, Palín, Escuintla, 2010

Gráfico No. 24 Aspectos que, según los usuarios se deben mejorar en la calidad de la atención



Fuente: Encuesta a usuarios, Consultorio IGSS, Palín, Escuintla, 2010

La mayoría (76%) de los usuarios entrevistados, consideran que sí se debe mejorar la calidad de la atención, destacan que se debe mejorar la infraestructura del Consultorio (32%), en los tiempos de espera (19%), aumentar recurso humano de enfermería (17%), y, sólo un 1% de los usuarios refiere que se debe mejorar la atención médica. (Tabla 8, gráfico 24)

VI. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

En el presente capítulo se discuten los resultados del estudio sobre la calidad de la atención de los servicios de salud del Consultorio del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) en el municipio de Palín, Departamento de Escuintla.

El objetivo general del estudio fue analizar la calidad de la atención que se brinda en el Consultorio, desde la percepción de usuarios (as) de servicios de salud y como objetivos específicos, describir las características socio - demográficas de usuarios(as), identificar la calidad de los servicios de salud relacionada con la estructura, proceso y resultado de la atención, desde la percepción de los usuarios.

La discusión de resultados se organiza de la siguiente manera: inicialmente se discuten las características sociodemográficas, luego, la información obtenida sobre las dimensiones de calidad relacionadas con estructura, proceso y resultado de los servicios de salud evaluados.

6.1. Características Socio demográficas de los usuarios

Son las características que sirven para distinguir a los individuos de sus semejantes, y para identificar los principales rasgos demográficos y sociales de la población a la que pertenecen.

En el presente estudio la mayoría de los usuarios son jóvenes comprendidos entre los 18 y 25 años de edad (27%), económicamente activos y afiliados al seguro social (IGSS), el sexo predominante es el femenino con una proporción de 2 mujeres por cada hombre entrevistado similar a lo encontrado por Wong Y, García L (24), Rodríguez E, y Ponce Guevara, J F (23), con la diferencia que la mayoría de las mujeres son trabajadoras de maquilas y no amas de casa.

La mitad de los usuarios están casados, similar a lo reportado por Ponce Guevara, J F (23), el 51% es una población de predominio urbano, las distancias que tienen que recorrer no son tan grandes debido a que las empresas maquiladoras de ropa afiliadas al IGSS, están ubicadas a los alrededores del casco urbano y la mayoría (85%) invierten un aproximado de 30 minutos para su desplazamiento hacia el consultorio, resultados equivalentes a los resultados encontrados por el estudio de Andrade V. Marinez C. (62)

La mayoría de los usuarios (89%) tienen algún grado de instrucción académica, y un 11% no la tiene, difiere del estudio realizado en España por Pérez C., en el que el 100% de los usuarios, entrevistados, tenía algún grado de instrucción académica, (63) esto se debe a que en Guatemala existe un 22% de analfabetismo.(70)

En cuanto a La calidad del usuario, según la clasificación del IGSS, es el 49% de los usuarios, son afiliados y le siguen las beneficiarias esposas y con menor proporción los que pertenecen al programa de Invalidez Vejes y Sobrevivencia (IVS), esta característica no se puede comparar con otros estudios en virtud que la población entrevistada es afiliado al régimen de Seguridad Social de Guatemala, y no se cuenta con ningún dato sobre estudio similar dentro de la Institución.

Para fines del presente estudio se utilizó la definición de calidad del Profesor Donabedian y sus tres dimensiones: Estructura, Proceso, Resultados.

En cuanto a la **estructura**, se da por sentado que sí se cuenta con las condiciones y los medios adecuados, la buena atención médica estará asegurada.

Otra forma de enfocar la evaluación consiste en examinar **el proceso** mismo de prestación, en lugar de los resultados.

El uso de los **resultados** como criterio para estimar la calidad de la atención médica ofrece innumerables ventajas, se puede medir en términos de los cambios en el estado de salud que presente y la percepción general de la atención recibida por los usuarios. (4) (19) (36) (46)

6.2. Estructura de la atención

6.2.1 Infraestructura

La estructura se refiere a aspectos del sistema de salud que apoya la gestión de una institución, como infraestructura, equipamiento, características funcionales, comodidades. (4) (36) (49)

Una manera de abordar la evaluación, según el Profesor Donabedian, es estudiar no el proceso de atención en sí mismo, sino las situaciones en que tiene lugar, los medios y procedimientos de lo que es el producto, se basa en aspectos tales como la adecuación de las instalaciones y los equipos; la idoneidad del personal médico y su organización, a esto podría denominarse, *grosso modo*, evaluación de la estructura. (19)

Para fines del presente estudio no se evalúa la infraestructura desde un punto de vista Técnico, sino cómo la perciben los usuarios, reveló algunas apreciaciones llamativas, como por ejemplo, que el 71% de los usuarios opina que la limpieza general del consultorio y la del sanitario (56%) es buena, conociendo que una sola persona es la encargada de la limpieza de toda la Unidad, y las instalaciones no se encuentran del todo limpias, datos similares encontrados por

Mesquita M, Pavlicich V, Benítez S. (21), pero cabe destacar que un 20% opina que la limpieza es de regular a mala, similar a lo encontrado por Guzmán M. et al. (64)

El 60% de los usuarios opina que la comodidad de las instalaciones del consultorio es buena, cuando en realidad se sabe que éste, no dispone de una sala de espera con características adecuadas, datos similares encontró Mesquita M, Pavlicich V, Benítez S. (21).

La mayoría de los usuarios (82%) percibe como bueno el equipo médico que se utiliza en el consultorio para prestar el servicio en la Consulta Externa, similar hallazgo en el estudio de Ponce Guevara, J F (23) y Pérez C. (63) y difiere de los resultados obtenidos por Wong Y, García L, Rodríguez E (24) y Andrade V. Martínez C.Saco (62) en donde la falta de equipo adecuado, fue un factor que contribuyó la insatisfacción del usuario.

6.2.2 Funcionales

Los aspectos funcionales del sistema de salud son los que apoyan la gestión de una institución, como infraestructura, accesibilidad geográfica, disponibilidad (oferta-demanda) y comodidades.

En el presente estudio se determinó que la mayoría (85%) de los usuarios está invirtiendo treinta minutos en venir desde su casa a la unidad, nos permite ver que la población que más está utilizando los servicios de salud son los que proviene de zonas con mejor accesibilidad geográfica y sólo un 1%, que provienen de fincas lejanas, están asistiendo a consulta, los motivos podrían ser, el difícil acceso geográfico, o, los altos costos de movilización, sin dejar a un lado la baja escolaridad, similar a lo encontrado por Wong Y, García L, Rodríguez E (24), Castañeda Colindres CX (31) y difiere de lo encontrado por Guzmán M. et al en donde la mayoría invirtieron entre 31 a 60 minutos para llegar al servicio de salud evaluado. El mayor porcentaje se desplaza en bus 48%, y, a pie, 42% similar a lo encontrado en el estudio de Ponce Guevara, J F (23)

Otro aspecto funcional de la estructura evaluado desde la percepción del usuario es la privacidad durante la consulta con el médico, normado en el Código De odontológico (Capítulo IV, artículo 26) (71), la mayoría (89%) considera que es buena, resultados similares encontrados por Ponce Guevara, J F (23) y Cante Elgueta MJ (33) pero difieren de lo encontrado por Wong Y, García L, Rodríguez E (24) en donde la falta de privacidad fue un problema percibido por los usuarios.

Al momento de presentarse por primera vez a la Consulta Externa de la unidad a solicitar atención médica, el 77% de los usuarios es atendido el mismo día, el resto al día siguiente (5%) o se le coloca una cita próxima (18%), según las agendas de secretaría, similar a lo encontrado por Mesquita M, Pavlicich V, Benítez S. (21), Hernández H, Navarro F, Robledo H, Gavino T. (61), difiere con los resultados obtenidos en el estudio de Realpe Delgad C. Marín Blandón M. Pico Merchán M. en donde el promedio de días de espera para una consulta es de 14 días (68)

6.3 Proceso de la atención

6.3.1 Actitudes, habilidades, destrezas

El proceso de atención consiste en examinar el proceso mismo de prestación, evaluando procedimientos y acciones que suceden durante la interacción entre el sistema de salud y el (la) usuario (a), durante la prestación asistencial, como por ejemplo la Interacción entre los prestadores de servicios y los usuarios externos, las actitudes, habilidades, destrezas y técnica (4) (19) (36) En el presente estudio se determinó que el 63% de los usuarios opina que siempre le dan explicación por parte de secretaría de todo el proceso para recibir la atención solicitada, difiere de lo encontrado por Castellanos Castillo I S. (32), Hernández H, Navarro F, Robledo H, Gavino T. (61) en donde un porcentaje mayor de usuarios opinan que recibieron información clara.

Un aspecto positivo para la evaluación de la calidad desde la perspectiva de los usuarios es que a todas las personas (100%) entrevistadas siempre le toman sus signos vitales antes de pasar a la consulta con el médico, difiere de lo encontrado en el estudio de Ponce Guevara, J F (23), en donde fue parte de la insatisfacción de los usuarios el que no se les haya tomado ni los signos vitales antes de pasar a consulta con el médico.

El 48% de los usuarios, espera más de 2 horas para entrar a la consulta con el médico, similares resultados encontró Castellanos Castillo I S. (32), Cante Elgueta MJ (33), pero difiere a lo encontrado por Hernández H, Navarro F, Robledo H, Gavino T. (61), Landa F. et al.(65) en donde el tiempo promedio de espera fue menor, llama la atención que el 48% de los usuarios opina que este tiempo de espera es justo, similar a lo encontrado por Hernández H, Navarro F, Robledo H, Gavino T. (61), pero difiere de lo encontrado por Castañeda Colindres CX (31), Wong Y, García L, Rodríguez E (24) en donde opinan los usuarios que esperar más de 2 horas es un tiempo largo, y, eso, les provoca insatisfacción.

Para una completa y más profunda apreciación de la satisfacción del usuario, algunos autores hacen énfasis en la necesidad de evaluar las necesidades personales y situacionales al momento de la solicitud de atención, las experiencias previas del servicio, las recomendaciones de los vecinos, familiares y profesionales, y la cultura, datos que no se analizaron en este estudio

El 60% de los usuarios opinan, que el examen físico realizado por el médico es completo, similar a lo encontrado por Castellanos Castillo I S. (32) en el Municipio de la Gomera y Wong Y, García L, Rodríguez E (24), el 94% de los usuarios refiere que el medico les explica, claramente, todo lo relacionado con su problema de salud por el que consulta, similar a lo encontrado por Castellanos Castillo I S. (32), Hernández H, Navarro F, Robledo H, Gavino T. (61)

Al 98% de los usuarios se le prescribe medicamentos, por parte de los médicos tratantes, difiere de lo encontrado por Castañeda Colindres CX (31), en donde hay una falta de provisión de medicamentos percibida por los usuarios y a la mayoría (97%) se le explica cómo debe tomar los medicamentos, similar a lo encontrado por Wong Y, García L, Rodríguez E (24)

Respecto del tiempo que dura la consulta en la clínica del médico, gran parte (85%) opina que es adecuado, similar a lo encontrado por Ponce Guevara, J F (23) pero difiere de lo encontrado por Wong Y, García L, Rodríguez E (24). Esto se explica, que a medida que el tiempo de contacto durante la consulta con el médico sea percibido como bueno, la probabilidad que se examine al usuario o se le explique su problema aumenta, y, el usuario se sienta satisfecho por el servicio recibido.

6.4 Resultado de la atención

En esta dimensión se evalúa la percepción general del usuario, sobre la atención recibida, y, si el problema por el cual acudió al Consultorio fue solucionado.

Si bien, algunos resultados son por lo general fáciles de medir sin lugar a error, (la muerte, por ejemplo), la medición de otros que no fueron definidos con tanta precisión pueden resultar difíciles. Entre éstos se incluyen las actitudes y satisfacciones de los usuarios, la readaptación social, la discapacidad y rehabilitación física. Los resultados siguen siendo, en general, los indicadores definitivos para dar validez a la eficacia y calidad de la atención médica. (19)

La mayoría de los usuarios (91%) refiere que sí encuentra solución al problema por el que acudió al Consultorio. Las necesidades del paciente son el eje sobre el que debe articularse la prestación asistencial, de ahí la importancia de evaluar la

satisfacción del usuario, resultado de la percepción de éste hacia su médico, la unidad y otros servicios de la clínica. Resultados similares encontró Ponce Guevara, J F (23), pero difieren de los resultados del estudio realizado por Wong Y, García L, Rodríguez E (24).

El 9% de los usuarios que opina no haber solucionado el problema por el cual acudió al Consultorio es, porque aún está pendiente de resultados de exámenes (34%), o no ha terminado el medicamento indicado por el médico (21%), y solo un 10% percibe que el diagnóstico realizado por el médico tratante no era el correcto, en el estudio de Wong Y, García L, Rodríguez E., el principal problema percibido, es la falta de medicamento, tiempo de espera, la falta de equipo y la falta de privacidad, habiendo encontrado solución al problema por el que acudieron. (24) La mayoría de los usuarios (94%) recibe por parte de la farmacia el total de medicamentos prescritos por el médico. Los que refieren no haber recibido completo el medicamento (6%), fue porque en ese momento, no había en existencia en la farmacia (83%), o, el médico tratante no le prescribió (17%).

En general, la mayoría de los usuarios (83%) refiere estar satisfecho con el servicio prestado por el Consultorio y un 10% refiere estar muy satisfecho, similar a lo encontrado en los estudios de Cante Elgueta MJ (33), Castañeda Colindres CX (31), y Andrade V. Martínez C.Saco (62), pero difiere con el estudio de Castellanos Castillo I S. (32) en donde la mayoría de los entrevistados están muy satisfechos con el servicio recibido. En cuanto a la calidad de atención recibida por los usuarios, del personal médico (79%), el personal de farmacia (86%) y el personal de enfermería (86%) en su mayoría es buena, y, un 2% considera que es regular, similar a lo encontrado por Castañeda Colindres CX (31). Sobre el servicio de secretaria, la mayoría de los usuarios (95%) lo utilizó, de ellos el 63% considera que la atención recibida es buena, y, un 3% opina que la atención es muy mala.

En cuanto al servicio de archivo, fue utilizado por la mayoría de los usuarios (79%), y de ellos la mayoría (76%) considera que la atención recibida es buena, y, solo un 1% opina que es muy mala. Resultados similares encontrados por Ortiz R, Muñoz S, Martín D, Torres E. (41), en donde uno de los principales elementos que definieron la mala calidad de la atención, según los usuarios, fue el trato descortés por parte del personal que presta los servicios, confirmando con esto lo que Donabedian advierte: “los pacientes son extraordinariamente sensibles al trato que reciben y con frecuencia utilizan básicamente ese elemento al juzgar la calidad de la atención” (10)

Sobre los servicios que presta el agente de seguridad la mayoría de los usuarios (85%) que utilizó éstos, opina que el servicio brindado es bueno (79%). El 46% de los usuarios que utilizó los servicios del personal administrativo considera que la

atención es buena (83%), y, un 4% opina que es regular, datos similares reflejados por Seclen J, Benavides B, Jacoby E, Velásquez A. Watanabe, E. (49) en donde una relación de cordialidad, buen trato y respeto entre el proveedor de servicios de salud y el usuario, y, la mejor accesibilidad administrativa para el usuario externo, están logrando un mayor grado de aceptabilidad y satisfacción. Los servicios de Trabajo Social fueron utilizados por el 44% de los usuarios, de estos la mayoría (84%) considera que la atención es buena y un 2% opina que es regular, estos hallazgos son similares a lo encontrado por Hernández H, Navarro F, Robledo H, Gavino T. (61), Guzmán M. et al. (64) La mayoría de los usuarios (76%), consideran que la calidad de la atención debe mejorarse, destacan que se debe mejorar la infraestructura del Consultorio (32%), los tiempos de espera (19%), aumentar recurso humano de enfermería (17%), y, sólo un 1% de los usuarios refiere que se debe mejorar la atención médica, similar a lo sugerido en algunos aspectos de los estudios de Castañeda Colindres CX (31), Guzmán M. et al. (64) y por García I, Barrios J, Galán M (69).

6.5 Limitaciones del estudio

Entre las limitaciones encontradas para realizar el presente estudio, fue la indecisión de los usuarios externos para aceptar participar en el momento de solicitarles que firmaran el consentimiento informado, por temor a que se les condicionara la prestación del servicio.

Otra limitación fue la negación a la participación voluntaria, debido al poco tiempo con el que contaban los usuarios, en virtud que la mayoría (49%) son trabajadores, económicamente activos y debían regresar a laborar.

6.6 Conclusiones

- 6.6.1 La calidad de atención que se brinda, en los diferentes servicios en el Consultorio del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) Palín, Escuintla, fue considerada por la mayoría de los usuarios, como buena.
- 6.6.2 Las características sociodemográficas de la mayoría de los usuarios que acuden al Consultorio del IGSS, y, que participaron en el presente estudio son: edad comprendida entre los 18 y 30 años, sexo femenino, casadas, residentes en el casco urbano, con nivel de escolaridad primaria, tanto completa como incompleta, con ocupaciones laborales variadas, afiliadas al seguro Social.
- 6.6.3 En la estructura de la atención, los aspectos de la infraestructura, relacionados con la comodidad de las instalaciones, la limpieza general, y la limpieza de los servicios sanitarios, son considerados por lo usuarios como buenos.
- 6.6.4 En los aspectos funcionales de la estructura del Consultorio, la mayoría de los usuarios refirió utilizar entre 0 a 30 minutos para desplazarse, a pie o en bus, hacia el consultorio.
- 6.6.5 La percepción de los usuarios, con respecto de otros aspectos funcionales de la estructura como la privacidad durante la consulta, la oportunidad de la atención médica, la mayoría de los usuarios las considero como buena.
- 6.6.6 La mayoría de los usuarios, percibe que el personal de secretaria siempre le brinda la información necesaria, la mayoría también refieren que el personal de enfermería, siempre les toman los signos vitales antes de pasar a consulta con el médico.
- 6.6.7 La mayoría de los usuarios refirió que el médico le realiza examen clínico completo, le explica claramente sobre su problema de salud, le prescribe medicamentos y, siempre le indica cómo debe tomarlos, considerando que el tiempo que duro su consulta es adecuado.
- 6.6.8 La mitad de los usuarios consideran que el tiempo de espera para ser atendidos por el médico es largo y que el tiempo que duro la consulta fue adecuado.
- 6.6.9 La mayoría de los usuarios consideró haber recibido completo su medicamento prescrito y haber encontrado solución al problema por el que acudió al Consultorio.

- 6.6.10 La mayoría de los usuarios refirió estar satisfecho por la atención recibida en el consultorio, percibiendo que el servicio prestado por el personal médico, de farmacia y de enfermería es bueno.
- 6.6.11 La mayoría de los usuarios refieren que el servicio prestado por el personal de secretaria y archivo es bueno, y, los servicios brindados por el personal administrativo, Trabajo Social y agente de seguridad, aproximadamente, la mitad de los usuarios, refirió no haber utilizado sus servicios, pero los que si lo utilizaron opinaron que el servicio fue bueno.
- 6.6.12 La mayoría de los usuarios refirió que se pueden realizar mejoras a la calidad de la atención, sugiriendo, mejoras a la infraestructura, aumentar el recurso humano, los tiempos de espera, limpieza de las instalaciones y horarios de atención.

6.7 Recomendaciones

- 6.7.1 Sociabilizar el presente estudio, con las autoridades locales, Departamentales y Centrales, del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, con el objetivo de conformar un equipo multidisciplinario de gestión y mejoramiento continuo dentro de la Institución, basado en un plan de gestión de la calidad, tomando como referencia las dimensiones encontradas con porcentajes mayores de insatisfacción, para mejorar el nivel de calidad global de atención.
- 6.7.2 Considerar los resultados obtenidos, como una línea basal de la calidad en el servicio que se presta en el Consultorio, con el compromiso de desarrollar un sistema de garantía de la calidad del servicio que, con un monitoreo constante, permita medir los avances en la mejora continua de la calidad a través del tiempo, para superar las deficiencias encontradas en el presente estudio.
- 6.7.3 Fomentar y apoyar estudios de investigación, en el tema de calidad, enfocado al prestador de servicios (usuario interno), para conocer la satisfacción, con su entorno, actividad laboral y la identidad hacia la Institución, debiéndose incluir a los Directivos y personal administrativo, para poder identificar debilidades, en los diferentes procesos en la prestación de los servicios de salud.
- 6.7.4 Se deben aumentar y mejorar las investigaciones que permitan conocer las necesidades, expectativas y preferencias de los usuarios externos en relación a los servicios de salud que se brindan en la Institución.

VII REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ardón N, Rubio Z, Parra C, Daza R, Olarte C, Cubillos A, Sistema para el monitoreo de la calidad de atención en salud por Indicadores en los Hospitales I, II y III Nivel de Atención. [revista en línea] Bogotá Colombia; 2003 [accesado 26 de junio de 2009]. Disponible en:
<http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v10n3/v10n3a09.pdf>
2. Dueñas O. Dimensiones de la calidad en los servicios de salud. [revista en línea] Boyacá Colombia; 2003 [accesado 26 de junio de 2009]. Disponible en:
<http://www.gerenciasalud.com/art260.htm>
3. Sosa M. ¿Cómo lograr la calidad en la clínica dental? [revista en línea] Ciudad de la habana en Cuba, 2001 [accesado 27 de junio de 2009]. Disponible en:
<http://www.sld.cu/galerias/pdf/uvs/saludbucal/artcalidad.pdf>
4. González R, Sosa M, Gil E. Programa de mejora continua de la calidad de la atención estomatológica y la Satisfacción de la población y los prestadores [revista en línea] Ciudad de la habana en Cuba, 2002 [accesado 27 de junio de 2009]. Disponible en:
<http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/7E8D3DDC-A969-47DC-94B5-589ABB371BF9/0/artmccdelaatencionestomatologica.pdf>
5. Código de Salud y su Reforma, Decreto 90-97. Congreso de la República de Guatemala, 2008, artículos 1-6 p.3-4.
6. Donabedian A, *Explorations in Quality Assessment and Monitoring*, Ann Arbor, Health Administration Press, 1980, 5-6.
7. Organización Panamericana de la Salud, Calidad de los servicios de Salud Sexual y reproductiva. Interacción prestadores de servicios/usuarios (os): Eje fundamental de una buena atención en salud sexual y reproductiva. Washington: OPS 2000.
8. Donabedian A. Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad. Salud Pública Mex 1993; 35(3):238-247.
9. Donabedian A. Calidad de la atención médica: La Prensa Médica Mexicana, 16 de marzo 1974.

10. Donabedian A. La calidad de atención. En: revista de calidad asistencial [revista en línea] 2001 supl 2 (16): s29-s38 [accesado 24 de junio de 2009] Disponible en: http://www.fadq.org/Portals/0/Investigacion/Avedis_part1.pdf
11. Centro de Gestión Hospitalaria. Calidad de atención en salud [revista en línea] Bogotá, Colombia 2008 [accesado 22 de junio de 2009] Disponible en: <http://www.cgh.org.co/temas/dimensionesdecalidad.php>
12. Foro Internacional. La reforma del Sector Salud: Guatemala: APRESAL Junio 30, 1-2 julio de 1999.
13. DiPrete L, Miller L, Rafeh N, Hatzell T. Garantía de calidad de la atención de salud en los países en desarrollo. 2 ed. Wisconsin: USAID. [revista en línea] 2006 [accesado 01 de julio de 2009]. Disponible en: <http://www.qaproject.org/pubs/PDFs/M1.pdf>
14. Lizarzabal M, Añez M, Romero G. La satisfacción del usuario como indicador de calidad en el servicio de gastroenterología del Hospital Universitario de Maracaibo [revista en línea] Venezuela 2004 [accesado 01 de julio de 2009]. Disponible en: <http://www.gerenciasalud.com/art489.htm>
15. Zas B. la satisfacción como indicador de excelencia en la calidad de los servicios de salud La Habana. [revista en línea] 2002 [accesado 02 de julio de 2009]. Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-80-1-la-satisfaccion-como-indicador-de-excelencia-en-la-calidad-d.html>
16. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Historia del Instituto [en línea] Guatemala [accesado el 03 de noviembre del 2009] Disponible en: http://www.igssgt.org/sobre_nosotros/historia_igss.html
17. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Manual de organización del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. [en línea] [accesado el 26 de noviembre 2009] marzo 2009 Disponible en: <http://www.igssgt.org/pdf/1y6manualorganiza.pdf>
18. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Plan Operativo Anual. Palín Escuintla: IGSS, 2010.

19. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*. revista de Calidad Asistencial [revista en línea] 2001; supl 2 (16): s8-s17 [accesado 24 de junio de 2009] Disponible en: http://www.fadq.org/Portals/0/Investigacion/Avedis_part1.pdf
20. Grana J, Andina E. Crisis y calidad ¿Es necesario el cambio? *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá* [revista en línea]. Argentina 2002; 21 (3) [accesado 02 de julio de 2009]. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/912/91221310.pdf>
21. Mesquita M, Pavlicich V, Benítez S. Percepción de la calidad de atención y accesibilidad de los consultorios pediátricos públicos en Asunción y Gran Asunción. [revista en línea]. Asunción 2008; 35 (1): 11-17 [accesado 02 Julio 2009], Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1683-98032008000100003&lng=es&nrm=iso
22. Lin Y, Tavrow P. Evaluación del desempeño en AIEPI de los trabajadores de salud en Kenya. Estudio de caso del proyecto de garantía de calidad. Bethesda, Maryland, (USAID) [revista en línea]. 2000. [accesado 01 de julio de 2009]. Disponible en: <http://www.qaproject.org/pubs/PDFs/kenyaspan.pdf>
23. Ponce Guevara J F. Calidad de la atención a partir de la percepción de usuarios (as) y los (as) prestadores (as) de salud en la Unidad de Salud “Dr. José María Ochoa” Comayagua, Honduras. [tesis en línea de Maestría en Epidemiología]. Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud, Escuela de la Salud Pública de Nicaragua, 2004. Disponible en: http://www.minsa.gob.ni/bns/tesis_sp/24.pdf
24. Wong Y, García L, Rodríguez E. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud: perspectiva de los usuarios, Matagalpa, Nicaragua. [tesis en línea en Maestría en Salud Pública]. Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud, Escuela de la Salud Publica de Nicaragua, 2003. Disponible en: http://www.minsa.gob.ni/bns/tesis_sp/21.pdf
25. Cabrera G, Londoño J, Bello P. Validación de un instrumento para medir calidad percibida por usuarios de Hospitales. Colombia 2008. *Rev. Salud Pública*. [revista en línea]. Colombia 10 (3): 443-451 [accesado 02 Julio 2009], Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v10n3/v10n3a09.pdf>

26. Ortiz R, Muñoz S, Torres E. Satisfacción de los usuarios de 15 Hospitales de Hidalgo. Rev Esp Salud Pública [revista en línea]. México 2004; 78 (4): 527-537 [accesado 02 de julio de 2009]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v78n4/original5.pdf>
27. Timana L. Percepción de la calidad de atención por el usuario externo del servicio de emergencia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Rev Portales Médicos Callao [revista en línea] Perú 2002 [accesado 07 Julio 2009], Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/24/1/Percepcion-de-la-calidad-de-atencion-por-el-usuario-externo-del-servicio-de-emergencia-del-hospital-nacional-Daniel-Alcides-Carrion---Callao.-Per%FA>
28. Riveros J, Berné C. Análisis de la opinión de usuarios sobre calidad percibida y satisfacción con hospitales públicos: Estudio de caso desde la perspectiva de la aplicación del marketing. Rev Méd. Chile [revista en línea]. 2007 135: 862-870 [accesado 07 de julio de 2009] Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v135n7/art06.pdf>
29. Organización Panamericana de la Salud. Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: Washington, D.C: OPS/OMS 2007.
30. Organización Panamericana de la Salud Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería (FEPPEN) calidad de los servicios de salud en América Latina y el Caribe: desafíos para la enfermería [revista en línea]. Agosto 2001 [accesado 07 de julio de 2009] Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/HSP/HSO/calidserveesp.pdf>
31. Castañeda Colindres CX. Calidad de atención en centros de salud tipo B. [tesis Maestría Salud Pública]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, 2003.
32. Castellanos Castillo I S. Satisfacción de los usuarios del Sistema Integral de Atención en Salud-SIAS-, Municipio La Gomera, Departamento de Escuintla. [tesis Maestría Salud Pública]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, 2003.
33. Cante Elgueta MJ. Satisfacción de los usuarios del Sistema Integral de Atención en Salud-SIAS-, Municipio La Gomera, Departamento de Escuintla. [tesis Médica y Cirujana] Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, 2006.

34. Cortijo L. ¿Qué es calidad total? Rev Med Hered [revista en línea] 1998; 9 (1): 28-34. [accesado 06 Julio 2009], Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v9n1/v9n1tr1.pdf>
35. Donabedian A. Garantía y monitoria de la calidad de la atención médica: un texto introductorio. México: Instituto Nacional de Salud Pública. Fenian.1990.
36. Ramírez T, Nájera P, López G. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. Salud Pública de México [revista en línea].1998; 40:3-12. [accesado 19 Agosto 2009], Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v40n1/Y0400102.pdf>
37. Velandia F, Ardón N, Jara MI. Satisfacción y calidad: análisis de la equivalencia o no de los términos. Gerencia y Políticas de Salud 2007; [revista en línea]. Bogotá, Colombia 2007; 6:139-168. [accesado el 02 de Julio 2009]. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=54501307#>
38. Aguirre H. Evaluación de la calidad de la atención médica. expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas. Salud Pública de México [revista en línea] 1990; 32: 170-180 [accesado el 02 de Julio 2009]. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=10632208>.
39. Bronfman M, Castro R, Zúñiga E, Miranda C, Oviedo J. “Hacemos lo que podemos”: los prestadores de servicios frente al problema de la utilización. Salud Pública de México [revista en línea] 1997; 39: 6 [accesado el 03 de Julio 2009]. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=10639608#>
40. Bronfman M, Castro R, Zúñiga E, Miranda C, Oviedo J. Del "cuánto" al "por qué": la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios. Salud Pública de México [revista en línea] 1997; 39: 442-450 [accesado el 04 de Julio 2009]. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=10639507#>
41. Serrano R, Lorient N. La anatomía de la satisfacción del paciente. Salud Pública México [revista en línea] 2008; 50: 162-172 [accesado 01 de julio de 2009] Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=10650209&iCveNum=10396>
42. Ortiz R, Muñoz S, Martín D, Torres E. Consulta externa en instituciones de salud de Hidalgo, México, según la opinión de los usuarios. Salud Publica

México [revista en línea] 2003; 13(4): 229-238 [accesado el 01 de Julio 2009]. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v13n4/a05v13n4.pdf>

43. Gagliardino J, Hera M, Siri F. Evaluación de la calidad de la asistencia al paciente diabético en América Latina. Rev Panam Salud Publica [revista en línea]. 2001; 10(5): 309-317 [accesado el 01 de julio 2009]. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v10n5/7351.pdf>
44. Ortiz R, Montero E. Propuesta para la medición de la calidad de los servicios públicos de salud reproductiva. Rev población y salud en Mesoamérica Costa Rica [revista en línea]. 2007; 4 (2) [accesado el 01 de Julio 2009]. Disponible en: <http://ccp.ucr.ac.cr/revista/volumenes/4/4-2/4-2-2/index.htm>
45. Ruelas E. Transiciones indispensables: de la cantidad a la calidad y de la evaluación a la garantía. Salud Pública de México [revista en línea]. 1990; 32: 108-109 [accesado el 02 de Julio 2009]. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=10632202>
46. Barreto JF, Calero JA, Rodríguez L. La calidad y el mejoramiento continuo: claves en el éxito del ejercicio profesional en odontología. Colombia Médica [revista en línea]. 2008; 39: 111-27 [accesado el 02 de Julio 2009]. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=28339903>
47. El concepto de una buena atención médica. Salud Pública de México [revista en línea]. 1990; 32: 245-247 [accesado el 02 de Julio 2009]. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=10632216>
48. Montero E, Marco conceptual para la evaluación de programas de salud. Rev población y salud en Mesoamérica Costa Rica [revista en línea]. 2004; 1: 2 [accesado el 03 de Julio 2009]. Disponible en: <http://ccp.ucr.ac.cr/revista/volumenes/1/1-2/1-2-6/index.htm>
49. Ruiz M, Martínez G, Calvo JM, Aguirre H, Arango R, Lara R, Caminos MI, Ortiz G, Ugalde E, Herrera F. Bases para la evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del sector salud. Salud Pública de México [revista en línea] 1990; 32: 156-169 [accesado el 03 de Julio 2009]. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=10632207>
50. Seclen J, Benavides B, Jacoby E, Velásquez A. Watanabe, E. ¿Existe una relación entre los programas de mejora de la calidad y la satisfacción de usuarias de atención prenatal? Rev Panam Salud Pública. [revista en línea].

2004; 16 (3): 149-157 [accesado 04 de julio 2009]. Disponible en:
<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v16n3/23084.pdf>

51. Acosta E, Zully L. Percepción de la calidad de los servicios de hospitalización de medicina, cirugía y gineco-obstetricia a través de la evaluación de la satisfacción del usuario externo. Lima, Perú [en línea]. [tesis Medica y Cirujana] 2007 [accesado el 04 de Julio 2009] Disponible en:
http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2007/acosta_ez/html/index-frames.html
52. Céspedes JE, Paz JJ, Guete A. Estudio de satisfacción de los usuarios de la Asociación Mutual SER E.S.S. ARS con el programa de administración del riesgo cardiovascular "De Todo Corazón". Gerencia y Políticas de Salud. Universidad Javeriana. Bogotá Colombia [revista en línea] 2007; 6:112-138. [accesado el 04 de Julio 2009] Disponible en:
<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=54501306>.
53. Puentes E, Ruelas E, Martínez T, Garrido F. Trato adecuado: respuesta del sistema mexicano de salud a las expectativas no médicas de sus usuarios. Salud Pública de México [revista en línea] 2005; 47: S12-S21 [accesado el 04 de Julio 2009] Disponible en:
<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=10609303>
54. Ramírez O. Fernández M, Irigoyen O, Coria, López A, Baille E. Calidad del usuario interno: actitud de médicos de atención primaria hacia el equipo de salud en ciudad de México MPA e-Journal Med. Fam. & At. Prim. Int. [revista en línea]. 2008; 2 (3): 149-154. [accesado el 08 de Septiembre 2009] Disponible en:
http://www.idefiperu.org/MPANRO3/3_P149-154%20Orig1Ramirez.pdf
55. Cepero R, Caballeria F, Ojeda J, Olazabal A. Consideraciones sobre el control de la calidad en la atención hospitalaria. [revista en línea] 2008. [accesado el 13 de Enero 2010]. Disponible en:
<http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v13n1/amc18109.pdf>
56. Jacinto Núñez J L. Percepción de la calidad de atención del paciente que acude a la Clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú [en línea] [tesis Cirujano Dentista] 2008 [accesado 4 de agosto 2009] Disponible en:
http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2008/jacinto_nj/pdf/jacinto_nj.pdf

57. Aguirre H. Evaluación de la calidad de la atención médica: expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas. *Salud Pública de México* [revista en línea] 1990; 32: 170-180 [accesado el 3 de julio de 2009]. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=10632208#>
58. Cabañas R. Evaluación de la atención de la salud. *Revista Médica Hondureña* [revista en línea] 1994; 62 (1): 25-29 [accesado 06 octubre 2009] Disponible en: <http://www.bvs.hn/RMH75/pdf/1994/pdf/Vol62-1-1994-7.pdf>
59. Morales J, Candela B, Celdrán M, Morilla J, Martín F, Contreras E, Giraldo M, Castilla J. Diseño y validación de instrumento de evaluación de la satisfacción con los servicios de atención domiciliaria: SATISFAD. Málaga, España [revista en línea] 2006; 21(2): 106-13 [accesado 11 octubre 2009] Disponible en: <http://www.scielo.org/pdf/gsv21n2/original3.pdf>
60. Urquiza R. Reseña histórica en atención primaria: intervenciones para mejorar la calidad en servicios de atención primaria de salud en Latinoamérica hispanoparlante y Europa. *MPA e-Journal Med. Fam. & At. Prim. Int.* [revista en línea] 2008; 2(3): 185-193 [accesado 24 noviembre 2009] Disponible en: http://www.idefiperu.org/MPANRO3/3_P185_193Difus3Urquiza.pdf
61. Hernández H, Navarro F, Robledo H, Gavino T, Encuesta de satisfacción en pacientes externos de cinco servicios de un Hospital General. *rev inst nal enf resp mex* [revista en línea] 2007; 20(4): 265-273 [accesado 28 noviembre 2009] Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/iner/in-2007/in074f.pdf>
62. Andrade V, Martínez C, Saco S. Satisfacción del usuario de los servicios de hospitalización del hospital de apoyo n.º 1. MINSA. Cusco de noviembre de 1999 a enero del 2000. *Situa* [revista en línea] 2000 ago; 8:(16) [accesado el 01 septiembre del 2010] Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/situa/2000_n16/satisfaccion.htm
63. Pérez C. Calidad de atención en la consulta externa de medicina interna del Hospital Nacional Dos de Mayo, desde la percepción del usuario externo – Lima 2008: Método Serqual [en línea] [accesado el 03 de septiembre del 2010] Versión 2. Knol. 2009 abr 21. Disponible en: <http://knol.google.com/k/calidad-de-atenci%C3%B3n-en-la-consulta-externa-de-medicina-interna-del-hospital#>
64. Guzmán M, Ramos L, Castañeda O, del Castillo D, Gómez A. Satisfacción de los usuarios de una Unidad de Medicina Familiar. *Rev Med Inst Mex Seguro*

- Soc. [revista en línea] 2006; 44 (1): 39-45 [accesado el 7 de septiembre del 2010] Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2006/im061f.pdf>
65. Landa F, Méndez G, Muñoz M. Satisfacción con los servicios de estomatología. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. [revista en línea] 2007; 45 (2): 149-155 [accesado el 08 de septiembre 2010] Disponible en: http://edumed.imss.gob.mx/edumed/rev_med/pdf/gra_art/A80.pdf
66. Fernández M, Moinelo C, Villanueva G, Andrade C, Rivera M, Gómez J. Satisfacción laboral de los profesionales de atención primaria del área 10 de Insalud de Madrid. Rev Esp Salud Pública [revista en línea] 2000; 74; 139-147. [accesado el 04 de septiembre del 2010] Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/170/17074205.pdf>
67. Realpe C, Marín M, Pico M. Percepción de usuarios, profesionales y estudiantes de salud sobre prestación de servicios de salud de tercer nivel de atención Manizales. Hacia la promoción de la salud [revista en línea] 2006 ene-dic 11:95-105 [accesado el 06 de septiembre del 2010] disponible en: http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%2011_10.pdf
68. Hincapié A, Carvajal A, Sánchez L, Arias O. Satisfacción de los usuarios frente a la calidad de la atención prestada en el programa de odontología integral del adolescente y ortodoncia. Rev Fac Odont Univ Ant [revista en línea] 2004; 15 (2): 5-11 [accesado el 08 de septiembre del 2010] Disponible en: <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/odont/article/viewFile/3238/2999>
69. García I, Barrios J, Galán M. Validación de un modelo para medir la Calidad asistencial en los Hospitales. Universidad de Cádiz, España [tesis Doctoral] [en línea], año 2007 [accesado el 15 de septiembre del 2010] Disponible en: <http://minerva.uca.es/publicaciones/asp/docs/tesis/ignaciogarcia.pdf>
70. Guatemala. Ministerio de Educación. Anuario estadístico de la educación. [en línea] [accesado el 19 de septiembre del 2010] 1996-2005. Disponible en: <http://www.mineduc.gob.gt/pw/estadistica/estadisticas/2005/home.htm>
71. Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala. Código Deontológico. [en línea] 2006-2008 [accesado el 19 de Septiembre del 2010] Disponible en: <http://www.colmedequa.com/COLMEDEGUA/Publicaciones/REGLAMENTOS/Codigo%20deontologico.pdf>

VII ANEXOS

Anexo 1



“Estudio sobre calidad de la atención de los servicios de salud del consultorio del IGSS Palín, Escuintla”

Día: ____ Mes: _____ Año: _____ No. De identificación: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La Universidad de San Carlos de Guatemala y la Escuela de post grado de la Facultad de Ciencias Médicas, a través del programa de Maestría en Ciencias de Salud Pública están realizando un cuestionario sobre “Calidad de la atención de los servicios de salud que presta el consultorio del IGSS Palín, Escuintla” con el objetivo de conocer la percepción que tienen los usuarios que asisten a esta Unidad sobre la calidad de atención que se les brinda. Este estudio proporcionará información que permitirá apoyar a la creación de programas para mejorar o reforzar la calidad de atención dentro de la Unidad. El estudio requiere la participación voluntaria de afiliados o derechohabientes mayores de 18 años de edad, razón por la cual solicitamos su valiosa colaboración.

Si acepta participar en este estudio, se le hará una serie de preguntas personales sobre su edad, sexo, procedencia, escolaridad, ocupación y calidad de paciente, también se le preguntará sobre la atención recibida en la Unidad. No recibirá compensación económica por su participación.

Habiendo recibido y entendido sobre las explicaciones pertinentes,

yo _____, **identificado con número de cédula:** _____ **y número de afiliación:** _____, acepto

voluntariamente mi participación en este estudio y estoy dispuesto (a) a responder a todas las preguntas del cuestionario. Entendiendo que no existe ningún riesgo con las preguntas que me harán. Toda la información que proporcione será confidencial y sólo podrá ser conocida por las personas que trabajen en este estudio. Si se llegan a publicar los resultados del estudio mi identidad no podrá ser revelada. También entiendo que tengo derecho a negar mi participación o a retirarme del estudio en el momento que lo considere necesario, sin que esto vaya en perjuicio de mi trabajo o a la atención de servicios de salud que esta institución me presta en la actualidad o en el futuro.

Se me dio la oportunidad de hacer cualquier pregunta sobre el estudio y todas ellas fueron respondidas satisfactoriamente. Si tuviera alguna otra pregunta o surgiera algún problema, sé que puedo comunicarme al teléfono 78827016, de 8:00 am a 4:00 pm, con Lourdes Morales. Yo he leído o me han leído la presente carta, y la entiendo. Al firmar este documento, doy mi consentimiento de participar en este estudio como voluntario.

Firma del voluntario: _____

Firma del entrevistador: _____

5) ESCOLARIDAD

- (1) Ninguna (2) Primaria incompleta. (3)Primaria completa
(4) Secundaria incompleta (5) Secundaria completa (6) Educación superior

6) OCUPACIÓN

- (1) Operaria/o
(2) Ama de casa
(3) Maestro/a
(4) Agricultor
(5) Administrativo
(6) Bodeguero
(7) Servicios Varios.
(8) Trabajadora social
(9) Agente de Seguridad
(10) Secretaria
(11) Otros.

7) CALIDAD DE PACIENTE:

- (1) Afiliado (2) Beneficiaria esposa
(3) Jubilado (4) Pensionado.

II. ESTRUCTURA DE LA ATENCIÓN

INFRAESTRUCTURA:

8) Limpieza general de la Unidad

- (1) Buena (2) Regular (3) Mala

9) Limpieza del sanitario:

- (1) Buena (2) Regular (3) Mala

10)Comodidad de las instalaciones:

- (1) Buena (2) Regular (3) Mala

EQUIPAMIENTO

- 11) Considera usted que el equipo médico que se utiliza para prestarle el servicio en la consulta externa es:

(1) Bueno

(2) Regular

(3) Malo

FUNCIONALES

12)Tiempo de traslado desde su casa a este Consultorio:

(1) 0-30 minutos

(2) 31-60 minutos

(3) 61 minuto y mas

13) Para trasladarse a este Consultorio, qué medio de transporte utiliza:

(1) Moto

(2) Bus

(3) Torito

(4) Taxi

(5) Carro particular

(6) A pie.

14)Respecto de la privacidad durante la atención médica, ésta fue:

(1) Buena

(2) Regular

(3) Mala

15)Cuando usted ha solicitado su consulta médica por primera vez, le atienden:

(1) El mismo día.

(2) Al día siguiente.

(2) Sólo le colocan una próxima cita

III. PROCESO DE LA ATENCIÓN

ACTITUDES, HABILIDADES, DESTREZAS

16)Cuando usted asiste a la Unidad El/la secretario/a le explica todo el proceso para recibir la atención solicitada.

(1) Siempre

(2) Algunas veces

(3) Nunca

17)El/la enfermero/a le toma signos vitales, peso y talla:

(1) Siempre

(2) Algunas veces

(3) Nunca

18)Cuanto tiempo esperó para pasar a la consulta médica:

(1) Menos de 1 hora

(2) De 1 a 2 horas

(3) Mas de 2 horas

19)Qué opinión le merece este tiempo de espera:

(1) Largo

(2) Justo

(3) Corto

20) Al momento de pasar a consulta El/la médico/a, le realizó el examen físico.

(1) Completo (2) Solo el área afectada (3) No me examinó

21) El/la médico/a le explicó acerca su problema de salud:

(1) Me explicó claramente (2) Me explicó brevemente

(3) No me explicó nada

22) El/la médico/a le proporcionó tratamiento:

(1) SI (2) NO

23) El/la médico/a le explicó cómo debía tomarse los medicamentos recetados:

(1) SI (2) NO

24) Cree usted que el tiempo que le dedicó el médico/a a su consulta es:

(1) Mucho tiempo (2) Tiempo adecuado (3) Poco tiempo

IV. RESULTADO DE LA ATENCIÓN

RESULTADO RESPECTO DE SU SALUD:

25) Encontró solución al problema de salud por el cual usted acudió a esta Unidad:

(1) Si (2) No

¿Si su respuesta es NO, conteste Por qué?

26) Al momento de cambiar las recetas recibió sus medicamentos:

(1) Si (2) No

¿Si su respuesta es NO conteste Por qué?

PERCEPCIÓN GENERAL DE LA ATENCIÓN RECIBIDA

27) Cómo se siente usted respecto del servicio prestado en este consultorio

(1) Muy satisfecho (2) Satisfecho

(3) Insatisfecho (4) Muy insatisfecho.

28) DE ACUERDO A SU EXPERIENCIA, CALIFIQUÉ LA ATENCIÓN QUE PRESTAN A LAS SIGUIENTES DISCIPLINAS

DISCIPLINA:	MUY BUENO (1)	BUENO (2)	REGULAR (3)	MALO (4)	MUY MALO (5)	NO UTILIZE SUS SERVICIOS (6)
Agentes de Seguridad						
Secretaría						
Archivo						
Farmacia						
Trabajo Social						
Administrativos						
Enfermería						
Médicos.						

29) ¿Considera usted que la forma de dar atención en este Consultorio debería mejorar?

(1) SI

(2) NO

¿En qué Aspectos debe mejorar?

- 1) Horarios de atención
- 2) Infraestructura del consultorio
- 3) Tiempo de espera
- 4) Aumentar el Recurso Humano:
 - a) Médicos
 - b) Secretaría
 - c) Enfermería
- 5) Atención de Secretaria
- 6) Atención de Enfermería
- 7) Atención médica
- 8) Atención en Farmacia