

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**“ENCUESTA DE OPINIÓN
DEL NIVEL DE ACEPTACIÓN PÚBLICA
DE LA CALIDAD MÉDICA”**

Estudio descriptivo realizado en 173 pacientes
que asistieron a la Consulta Externa del Departamento
de Medicina Interna del Hospital Roosevelt

noviembre-diciembre 2011

Tesis

Presentada a la Honorable Junta Directiva
de la Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

Por

José Alejandro Franco

Médico y Cirujano

Guatemala, octubre de 2012



El infrascrito Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala hace constar que:

El estudiante:

José Alejandro Franco 200417879

ha cumplido con los requisitos solicitados por esta Facultad, previo a optar al Título de Médico y Cirujano, en el grado de Licenciatura, y habiendo presentado el trabajo de graduación titulado:

**“ENCUESTA DE OPINIÓN
DEL NIVEL DE ACEPTACIÓN PÚBLICA
DE LA CALIDAD MÉDICA”**

**Estudio descriptivo realizado en 173 pacientes
que asistieron a la Consulta Externa del Departamento
de Medicina Interna del Hospital Roosevelt**

noviembre-diciembre 2011

Trabajo asesorado por el Dr. Julio Díaz Caceros y revisado por la Dra. Ana Margarita Rodas Rodas, quienes avalan y firman conformes. Por lo anterior, se emite, firma y sella la presente:

ORDEN DE IMPRESIÓN

En la Ciudad de Guatemala, uno de octubre del dos mil doce


DR. JESÚS ARNULFO OLIVA LEAL

DECANO





El infrascrito Coordinador de la Unidad de Trabajos de Graduación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, hace constar que el estudiante:

José Alejandro Franco 200417879

ha presentado el trabajo de graduación titulado:

**“ENCUESTA DE OPINIÓN
DEL NIVEL DE ACEPTACIÓN PÚBLICA
DE LA CALIDAD MÉDICA”**

**Estudio descriptivo realizado en 173 pacientes
que asistieron a la Consulta Externa del Departamento
de Medicina Interna del Hospital Roosevelt**

noviembre-diciembre 2011

El cual ha sido revisado y corregido y al establecer que cumple con los requisitos exigidos por esta Unidad, se le autoriza a continuar con los trámites correspondientes para someterse al Examen General Público. Dado en la Ciudad de Guatemala, uno de octubre del dos mil doce.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


Dra. Aida Guadalupe Barrera Pérez
Profesora Revisora

Dr. Edgar de León Barillas



**Facultad de Ciencias Médicas
Coordinación de Trabajos de Graduación
COORDINADOR**

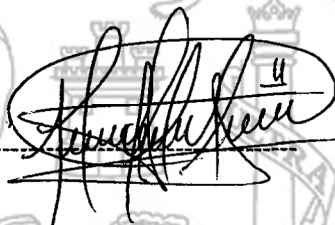
Guatemala, 1 de octubre del 2012

Doctor
Edgar Rodolfo de León Barillas
Unidad de Trabajos de Graduación
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente

Dr. de León:

Le informo que el estudiante que suscribe:

José Alejandro Franco



Presentó el informe final del Trabajo de Graduación titulado:

**“ENCUESTA DE OPINIÓN
DEL NIVEL DE ACEPTACIÓN PÚBLICA
DE LA CALIDAD MÉDICA”**

**Estudio descriptivo realizado en 173 pacientes
que asistieron a la Consulta Externa del Departamento
de Medicina Interna del Hospital Roosevelt**

noviembre-diciembre 2011

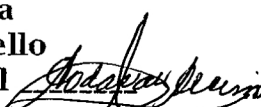
**Del cual como asesor y revisora nos responsabilizamos por la metodología,
confiabilidad y validez de los datos, así como de los resultados obtenidos y
de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones propuestas.**



Asesor
Firma y sello



Revisora
Firma y sello
Reg. de personal
Dra. Ana Rodas de Recinos
Col. 3912



RESUMEN

OBJETIVO: Describir el nivel de aceptación de la calidad de atención médica brindada a los pacientes que asistieron a la consulta externa del Departamento de Medicina Interna del Hospital Roosevelt en el periodo de noviembre-diciembre de 2011.

METODOLOGÍA: estudio de tipo descriptivo, de corte transversal, 173 pacientes a los que se les proporcionó una encuesta de opinión en base a tres parámetros los cuales fueron: datos generales, estructura y escala de Likert a cerca de la opinión médica ofrecida.

RESULTADOS: De 173 pacientes, el 47.40% consideró excelente la atención brindada, seguida del 38.37% quienes consideraron que es buena la atención médica brindada, 9.83% consideró regular la atención médica, 4.04% consideraron mala la atención médica y 0% consideró pésima la atención médica brindada. El 79.77% asistente es de género femenino, el rango de >60 años es el más frecuente con el 39.31%, la escolaridad más frecuente es el nivel primario con el 52.60%. En base a la estructura se encontró que el 68.21% de la población era de la ciudad, 43.35% hace un promedio de 1 hora de llegada al hospital, el medio de transporte más frecuente es el público con el 84.39%, y el tiempo de espera tiene un rango mayor a las 2 horas con el 73.41% de la población.

CONCLUSIONES: se puede afirmar que la mayoría de pacientes en la consulta externa están satisfechos con la atención médica brindada, ya que el 85.77% de la población considero aceptable la calidad de atención médica recibida en la consulta externa del Departamento de Medicina Interna del Hospital Roosevelt. Se tiene una buena estructura ya que la mayoría de los pacientes que asistieron tienen accesibilidad y disponibilidad de recursos para la asistencia al Hospital.

PALABRAS CLAVES: atención médica, consulta externa, estructura, nivel de aceptación.

ÍNDICE

Página:

1. Introducción-----	1
2. Objetivos-----	3
3. Marco Teórico-----	5
3.1 Contextualización del área de estudio-----	5
3.1.1 Hospital Roosevelt-----	5
3.1.1.1 Información general-----	5
3.1.2 Departamento de Medicina Interna-----	6
3.2 La Atención Médica-----	6
3.2.1 Definición-----	6
3.2.2 Características-----	6
3.3 Calidad de la atención médica-----	9
3.3.1 Definición-----	9
3.3.2 Evolución histórica-----	9
3.3.3 Antecedentes en la calidad de atención médica-----	10
3.3.3.1 Antecedentes en Guatemala-----	10
3.3.3.2 Antecedentes a nivel internacional-----	12
3.3.4 Evaluación de la calidad de atención médica-----	14
3.3.4.1 Calidad de los servicios de Salud en Guatemala-----	15
3.3.4.2 Características del médico-----	15
3.3.5 Modelos de evaluación de los sistemas en salud-----	19
4. Metodología-----	33
5. Resultados-----	39
6. Discusión-----	45
7. Conclusiones-----	49
8. Recomendaciones-----	51
9. Referencias Bibliográficas-----	53
10. Anexos-----	57

1. INTRODUCCIÓN

Evaluar es medir un fenómeno, o el desempeño de un proceso, comparar el resultado obtenido con criterios preestablecidos, y hacer un juicio de valor tomando en cuenta la magnitud y dirección de la diferencia. (1) Definimos calidad, tomando el concepto de Myers y Slee, como el grado en que se cumplen las normas en relación con el mejor conocimiento sanitario existente, en cada momento, de acuerdo con los principios y prácticas generalmente aceptados. (2)

Se hace necesario entonces fortalecer institucionalmente sistemas y estructuras gubernamentales para la evaluación, promoción y resguardo de la calidad de atención, y de esa forma inducir al sector en salud a efectuar transformaciones como un proceso continuo, permanente y uniforme para todos los subsectores del sector salud y en forma consensuada con las jurisdicciones departamentales y municipales. (2)

Si bien la preocupación sobre la calidad de la atención médica no es nueva, en los últimos años se ha acrecentado el interés en el tema. Muchos factores han influido para que se llegara a esta situación. (3)

En Guatemala la institución encargada de regular la salud está a cargo de El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, el cual, como rector de las acciones de salud a nivel nacional, está comprometido con la satisfacción de los usuarios y usuarias, así como con la mejora continua de los procesos del Sistema de Gestión de Calidad, cumpliendo con la normativa legal vigente.(4)

La cantidad de pacientes atendidos en la consulta externa del Hospital Roosevelt fue de 492,997 pacientes en el año 2010, de estos fueron atendidos en la consulta externa de Medicina Interna un total de 34,849 personas, que corresponde el 7.07% del total tomando en cuenta la jornada matutina y vespertina.(5)

Motivo por el cual fue realizada la siguiente investigación de tesis en base a la opinión de las personas que asistieron a la consulta externa del departamento de Medicina Interna del Hospital Roosevelt en el periodo de noviembre-diciembre de 2011, el cual evidencio los siguientes resultados: La tendencia en la opinión de parte de pacientes con respecto a la atención médica brindada revelo que el 47.40% de la totalidad considera excelente la atención brindada, seguida del 38.37% quienes consideraron que es buena la atención médica brindada, por lo que se puede afirmar que la mayoría de pacientes están satisfechos con la atención médica brindada, teniendo en cuenta que solo el 4.04% de la población consideró como pésima la atención médica brindada.

Se considera que existe una buena estructura, por parte de la población, ya que la mayor parte de personas que asisten a la consulta externa hacen un tiempo prudencial que oscila entre 1 a 2 horas, esto se debe a que los rangos revelaron que la mayor parte de personas

viven en la región central o en sus cercanías, tomando en cuenta que solo 30% de la totalidad de la población viene de algún departamento, aunque el medio de transporte sea predominantemente público.

Se describe que la caracterización epidemiológica de la población asistente, predomina el grupo femenino con el 79.77% de la población, se observa que la población que más asiste a la consulta externa supera los 50 años, que se acumula con los rangos de edad para adulto mayor con el 67% de la población aproximadamente, y que los rangos de escolaridad más relevantes son el nivel primario aunado con los que no tienen ningún nivel de escolaridad con un porcentaje alarmante del 73% en conjunto.

2. OBJETIVOS

GENERAL:

- 2.1** Describir el nivel de aceptación de la calidad de atención médica brindada a los pacientes que asisten a la consulta externa del Departamento de Medicina del Hospital Roosevelt en el periodo de octubre de 2011.

ESPECIFICOS:

- 2.2.** Caracterizar epidemiológicamente a la población asistente a la Consulta Externa del Departamento de Medicina Interna del Hospital Roosevelt en relación a edad, sexo y escolaridad.
- 2.3** Identificar la estructura de la calidad de atención brindada a los pacientes que asisten a la atención en la Consulta Externa del Departamento de Medicina Interna.
- 2.4** Describir la calidad de atención médica ofrecida en la consulta externa del Departamento de Medicina Interna.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Contextualización del Área de Estudio

3.1.1 Hospital Roosevelt:

3.1.1.1 Información general:

La inauguración se llevo a cabo el día 15 de diciembre de 1955 como se lee en el siguiente artículo de Prensa Libre: " Se inaugurará con la presencia del excelentísimo Presidente de la República, la maternidad del Hospital Roosevelt en unión del Ministro del Ramo y otros funcionarios. El ala del Hospital Roosevelt será bendecida por monseñor Mariano Rossel y Arellano. (6)

Mañana a las 0:00 horas quedará abierta al público La Maternidad mencionada, tocándole al ministro Dr. Carlos Sosa Barillas atender el primer parto, el segundo por el director técnico de Hospitales Generales Dr. Salvador Hernández Zeceña." (6)

El Hospital Roosevelt es un Hospital de Referencia, nivel de atención III, que atiende a personas que habitan en la ciudad capital y en el resto del país, referidos desde los hospitales departamentales y regionales. De igual forma, se brinda atención a ciudadanos de otros países que viven o están de paso por Guatemala. (6)

Se ofrece servicios médicos y hospitalarios gratuitos en medicina interna, cirugía, ortopedia, traumatología, maternidad, ginecología, pediatría, oftalmología y subespecialidades. También se atiende a pacientes en medicina nuclear, diagnóstico por imágenes y Laboratorios Clínicos. Se proporciona, a la población guatemalteca, atención de emergencias pediátricas y de adultos las 24 horas del día, todos los días del año. (6)

En el Roosevelt son más de 2 mil 800 colaboradores distribuidos entre personal médico, de enfermería, auxiliar, técnico, nutrición, trabajo social, atención al usuario y usuaria, personal de seguridad, intendencia y administrativo. (6)

A este equipo, se suman estudiantes de ciencias de la salud de las universidades: San Carlos de Guatemala, Rafael Landívar, Francisco Marroquín y Mariano Gálvez. De igual forma, el Roosevelt alberga un grupo de voluntarios y voluntarias que apoyan las gestiones interinstitucionales para ofrecer un servicio más humano y cálido. (6)

3.1.2. Departamento de Medicina Interna

El departamento de Medicina Interna fue creado en diciembre del año 1958, como un departamento de Medicina de Hombres, luego fue creada la consulta externa de este departamento en el año 1960, posteriormente, fue creado el servicio de Medicina de Mujeres, el 10 de mayo de 1966.(6)

3.2 La atención Médica:

3.2.1 Definición:

Atención en salud se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en la fase de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población. (7)

3.2.2 Características:

Del análisis de cada uno de los conceptos incluidos en este concepto se puede caracterizar su contenido:

- *Oportunidad*: lleva implícito el compromiso de otorgar la atención médica en el momento que el paciente la necesita, para satisfacer sus necesidades de salud, sin tiempos de espera no justificados y sin diferimientos. (8)
- *Competencia profesional del personal de salud*, congruente con las necesidades de salud de los pacientes que se atiende, incluyendo su calidad científico-técnica, determinada por la vigencia de sus conocimientos médicos, sus habilidades para realizar los procedimientos requeridos y su experiencia, que le dé la capacidad de actuar y resolver situaciones imprevistas. (8)

Para el mantenimiento de la competencia profesional se dispone de programas de capacitación y actualizaciones continuas, cursos y congresos, de

tal forma que sea factible para los profesionales de la salud alcanzar la certificación y recertificación requeridas por el Consejo de Especialidad correspondiente y, sobre todo, el cumplimiento del compromiso moral y la responsabilidad legal que se asume con el paciente. (8)

- *Seguridad en el proceso de atención*, implica la ausencia de daño como consecuencia de la atención misma; que esté libre de riesgos, eventos adversos y que sea confiable. Especial cuidado deberá tenerse con la identificación e informe de los eventos adversos ocurridos, tendentes a la puesta en práctica de acciones para su prevención y solución. Si bien un evento adverso puede ser justificable, su ocultamiento nunca lo es. (8)

Los principales eventos adversos incluyen infecciones intrahospitalarias, caídas de cama o camilla, reacciones medicamentosas graves, transfusión de sangre incompatible; cirugía en paciente, región, órgano o lado corporal equivocados; complicaciones quirúrgicas graves, suicidios prevenibles y robo o entrega de recién nacido equivocado. (8)

- *Respeto a los principios éticos de la práctica médica*, partiendo del concepto de ética médica que la define como: la “disciplina que fomenta la buena práctica médica, mediante la búsqueda del beneficio del paciente, dirigida a preservar su dignidad, su salud y su vida”. Se propone considerar los siguientes principios: beneficencia, equidad, autonomía, confidencialidad, respeto a la dignidad, solidaridad, honestidad y justicia. (8)

Debe tenerse en cuenta, siempre procurar beneficencia y justicia, respetando la autonomía y dignidad de la persona, evitando la maleficencia, con los enfermos y con todas las personas, procurando siempre: fomentar la salud, combatirla enfermedad y procurar la vida, considerando que salud es la ausencia de enfermedad en un entorno de bienestar físico, mental y social. (9)

Con base en los conceptos previos, la ética médica, se podría concebir como “Disciplina que fomenta la buena práctica médica, mediante la búsqueda del beneficio del paciente; dirigida a preservar su dignidad, su salud y su vida” .La ética es la conciencia de la práctica médica. Una buena práctica dentro de los preceptos de la ética, permite asegurar una atención médica con calidad. (9)

Si leemos con detalle el “Juramento Hipocrático”, identificaremos gran parte de los principios éticos vigentes en la actualidad, algunos que desafortunadamente se han abandonado y otros que se han actualizado, para

adecuarlos a la cultura contemporánea, sin embargo, no cabe la menor duda de que todos ellos nos deben mover hacia la reflexión. (9)

En Argentina, La Comisión Nacional de Arbitraje Médico, en 2001, presentó siete recomendaciones para mejorar la práctica de la medicina, todas ellas con un profundo sentido ético, mismas que podemos resumir en la siguiente relación:

- Relación médico-paciente respetuosa, donde se indican elementos como la oportunidad de la atención, comunicación adecuada, confidencialidad e información sobre el pronóstico.
- Consentimiento informado antes de una intervención con riesgo o para ser sujeto de un proyecto de investigación.
- Contar con registros en su expediente clínico.
- Actuar en congruencia con los conocimientos médicos vigentes, evitar la medicina defensiva.
- Atender pacientes solamente cuando se esté facultado para ello, mediante el título diploma de la especialidad que se trate; no participar en prácticas delictivas como: aborto, eutanasia y falsos certificados médicos.
- Referir al paciente cuando no cuente con los recursos para su atención.
- Atender las urgencias; no abandonar al paciente, inclusive en casos de: huelga, catástrofe o epidemia, inclusive con riesgo para el médico. (9)

Posteriormente, en diciembre del mismo año 2001, la propia Comisión emitió y difundió la “Carta de los Derechos Generales de los Pacientes”, integrada mediante la coordinación de los trabajos para su elaboración, a través de la revisión y análisis de los antecedentes y bibliografía publicados a nivel mundial, con la participación de las principales instituciones de salud y organizaciones médicas, de enfermería y relacionadas con los derechos humanos del país. (9)

Se enuncian los 10 derechos de los pacientes contenidos en dicho documento:

- Recibir atención médica adecuada.

- Recibir trato digno y respetuoso.
- Recibir información suficiente, clara, óptima y veraz.
- Decidir libremente sobre su atención.
- Otorgar o no su consentimiento válidamente informado.
- Ser tratado con confidencialidad.
- Contar con facilidades para tener una segunda opinión.
- Recibir atención médica en caso de urgencia.
- Contar con un excelente expediente clínico.
- Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida. (9)

En México, una atención con calidad debería concluir invariablemente con la satisfacción de los usuarios (pacientes y familiares), con los resultados de la atención y con la calidad de los servicios recibidos. Para lograr esta satisfacción debe tenerse en cuenta la accesibilidad de los servicios, la oportunidad de la atención, en cuanto a tiempos de espera y diferimientos; la congruencia de las instalaciones con los servicios que se requiere otorgar; la suficiencia y capacidad profesional del personal, con el nivel de atención que se requiere otorgar y la suficiencia de los recursos materiales para otorgarla. El usuario espera que la atención no sea interrumpida, que el trato sea personalizado y amable y el mobiliario cómodo, y, sobretodo, que se satisfagan sus necesidades de salud. (8)

3.3 Calidad de Atención Médica:

3.3.1 Definición:

Calidad de atención en salud, se define como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios. (7)

3.3.2 Evolución histórica

En 1910 Flexner, evaluó a los colegios de enseñanza médica de Canadá y Estados Unidos, descubriendo la ausencia generalizada de normas relativas a la educación médica y recomendó el establecimiento de normas educativas en todo el continente americano. (10)

En 1912 Codman desarrolla un método que permite clasificar y medir “los resultados finales” de la asistencia hospitalaria y en 1913 a consecuencia de los informes de Flexner y Codman el Colegio Americano de Cirujanos emprende estudios sobre la normalización de los hospitales. (10)

En 1950, en Canadá se crea el Consejo Canadiense de Acreditación de Hospitales y en 1951 en Estados Unidos la Joint Comisión on Accreditation of Hospitals (JCAH). Estos organismos permiten la generalización de las normas de acreditación en los hospitales y la aparición de las primeras definiciones de parámetros de calidad. En 1961 Donabedian publica su primer artículo sobre la calidad de la atención médica, conceptos que continua desarrollando posteriormente y que constituirán una de las bases del desarrollo del control de calidad en la asistencia sanitaria. Este control se ejerce con tres pilares básicos que son: Análisis de la estructura, análisis del proceso y análisis de los resultados. (10)

Alrededor de los años sesenta nacen las auditorias médicas como método de control interno de la institución, esto con el fin de verificar y mejorar aspectos concretos de la práctica asistencial. Posteriormente la JCAH los incorporo a sus programas de control de calidad y los exigió como condición de acreditación del centro.(10)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha manifestado mucho interés por potenciar y desarrollar la calidad en salud y ya en los años ochenta las organizaciones de la salud comenzó a utilizar las filosofías industriales del Proceso de Mejoramiento Continuo (PMC) y la Administración Total de la Calidad (TQM), asimismo el acreditación en hospitales amplio su enfoque hasta promover el mejoramiento de la calidad. En el año 1991 el servicio nacional del reino unido adopta una política formal de calidad y reconoció al PMC como la manera más rentable de ponerla en práctica. El PMC y la TQM se basan en los trabajos de W. Edwards Deming, Joseph Juran, ArmandFiegenbaum y Kaoru Ishikawa. (10)

3.3.3 Antecedentes en la Calidad de Atención Médica

3.3.3.1 Antecedentes en Guatemala

En Guatemala, los últimos estudios realizados, sobre el tema, datan de hace más de 20 años; la primera tesis, en el periodo de mayo-junio de 1987, se titula, La Evaluación de la Atención Médica de la Consulta General del Departamento de Pediatría del Hospital General San Juan de Dios. La cual concluyó que la disponibilidad de recursos es muy baja, en relación a la población que debe cubrir el hospital, por el contrario en relación a la demanda real es adecuada. La accesibilidad al servicio de atención se ve obstaculizada por la barrera económica. Por otro lado, el proceso, es decir, las actividades que se realizan con los recursos disponibles, es bajo, esto quiere decir que hay una subutilización de los recursos disponibles. Se pudo establecer, que la

calidad de la atención que se está prestando en la consulta general de encamamiento de pediatría, es adecuada desde el punto de vista de calidad humana, pues el 94% de los usuarios, opinaron que estaban satisfechos con la atención médica recibida por el personal.(1)

A continuación se describe la próxima tesis: “Auditoria Medica en el Hospital Nacional de Antigua”, Estudio descriptivo realizado en el año de 1989, se investigaron y analizaron los documentos relacionados con: la anamnesis, el examen físico de ingreso y la evolución hospitalaria del paciente. Los resultados evidenciaron que el grado de calidad de atención como conjunto y en cada uno de sus departamentos de encamamiento fue aceptable. También se halló que el hospital sólo resolvió total o parcialmente los problemas de salud en el 76% de todos los pacientes que egresaron de sus departamentos en 1989 así como que el error diagnóstico es de magnitud considerable, no así el error terapéutico. (11)

La siguiente tesis, Calidad de la Atención Médica en el Programa de Salud Reproductiva de las adolescentes en el I.G.S.S., Estudio descriptivo-prospectivo, realizado en julio-agosto de 2000. Los resultados demuestran que no existen mayores barreras geográficas o culturales que impida la accesibilidad a los servicios. Asimismo, las entrevistadas opinaron estar conformes con el trato recibido en la atención. Sin embargo, ocurre lo contrario en las características físicas de las áreas de prestación de los servicios, al igual que el tiempo de espera, la cual genera insatisfacción e incomodidad en las usuarias adolescentes, quienes sugieren mejorar en aspectos como puntualidad, aumentar el número de médicos, que los expedientes estén a tiempo y ampliar el lugar de atención. (12)

Por último se presenta la siguiente tesis, Evaluación del Plan educacional Proporcionado en Consulta Externa, Hospital Nacional de Amatitlán, Departamento de Guatemala junio-julio de 2004. Los resultados obtenidos indican que si se está proporcionando plan educacional al paciente que asiste a la consulta externa, pero tiene deficiencias en los siguientes aspectos; ¿en qué consiste la enfermedad del paciente?, ¿Cuál es la causa o posible causa de la enfermedad?, nombre del medicamento recetado, duración del tratamiento y efectos secundarios del mismo, ¿Cuál es la dieta alimenticia y actividad física que el paciente debe tener?, medidas de prevención recomendadas

por el médico. Respecto a satisfacción en la relación médico-paciente, se obtuvo satisfacción del paciente en los aspectos de la información brindada acerca de la enfermedad, el tipo de lenguaje utilizado por el médico, sin embargo no estaban satisfechos con el tiempo que los médicos dedicaron para proporcionar plan educacional, así también con el tiempo que le permitieron para plantear sus dudas y el tiempo que el médico dedico para aclararlas. (13)

3.3.3.2 Antecedentes a nivel Internacional

A continuación se presentan estudios realizados en otros países acerca de la opinión de la población del nivel de atención médica:

La primera investigación, Percepción de la calidad de atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. La información analizada forma parte de la Encuesta Nacional de Salud II (ENSA-II), levantada en cinco regiones de la República Mexicana en 1994. El principal indicador, es decir, la percepción general de la calidad de la atención, se midió inicialmente con una escala tipo Likert (muy buena, buena, regular, mala y muy mala). Los resultados mostraron, de acuerdo con la percepción general de los usuarios, que la calidad de la atención recibida, fue buena en 81.2% de los casos y que fue mala en un 18%. Los principales motivos que definen la calidad como buena fueron: el trato personal (23.2%) y mejoría en salud(11.9%); en tanto que los motivos de mala calidad aludidos fueron: los largos tiempos de espera (23.7%) y la deficiencia en las acciones de revisión y diagnóstico (11.7%). Los que utilizaron servicios de seguridad social perciben 2.6 veces más frecuentemente mala calidad de atención que los que acudieron a servicios privados. Para los usuarios, la calidad está representada por las características del proceso de atención (44.8%), del resultado (21.3%), de la estructura (18.0%), y de la accesibilidad (15.7%). Los motivos más importantes por los cuales los usuarios no regresarían al mismo lugar de atención fueron: no lo atendieron bien (18.2%) y los largos tiempos de espera (11.8%). (14)

Otro estudio relacionado es, Hacia una Estrategia de Garantía de Calidad: Satisfacción en la Utilización de los Servicios Médicos. Las perspectivas de análisis son: la estructura, el proceso y los resultados de la atención médica. Los resultados obtenidos son los siguientes, interactúan tres componentes fundamentales en la prestación de servicios médicos: la atención técnica, la relación interpersonal y el medio ambiente (amenidades o comodidades). La atención técnica

representada por la propia acción médica, es la aplicación y adecuación de los procedimientos de diagnóstico y tratamiento del manejo de un problema personal de salud; la relación interpersonal es la interacción social y económica, y el medio ambiente representa las condiciones de confort o bienestar que se tienen durante el proceso de la atención médica. La primera de estas modalidades ha sido llamada por Donabedian (1990) La Ciencia de la Medicina y la segunda su Arte. (15)

El estudio: Percepción de la Calidad de la Atención De Los Servicios De Salud: Perspectiva de los Usuarios, Matagalpa durante Noviembre 2,002.El presente estudio de satisfacción de usuarios realizado en los 15 municipios del SILAIS Matagalpa, mediante entrevistas a 1630 usuarios/as, en 95 unidades de salud del primer nivel de atención. La información se procesó en una base de datos en EPIINFO versión 6:04, a través de cual se realizó posteriormente análisis de los datos y mediante tablas simples y cruces de variables. (16)

Los resultados de dicho estudio son los 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. (16)

Se observa que el grupo etario que mas busca consulta es el de 20 a 34 años, no así el adolescente que se muestra reacio a la visita. Quienes hacen más uso de los servicios son las familias que duran menos de 30 minutos para su llegada a la unidad, solo el 2% manifiestan haber recibido mal trato por Enfermería, Médicos, Admisión y Farmacia. Los entrevistados con menor nivel de instrucción son los que perciben menos el mal trato por haber menos posibilidad de identificar este, el sexo femenino es el que percibe mayor este problema, otra de los motivos de insatisfacción es el tiempo de espera prolongado y la corta duración de las consultas, además la entrega de medicamentos continua siendo un problema de insatisfacción de los servicios completos de atención. (16)

La siguiente investigación, Encuesta satisfacción de usuarios del servicio de urgencia Hospital local del norte Isabu. El cual consiste en evaluar el grado de satisfacción de quienes acuden a urgencias. Es un estudio observacional de corte transversal donde 2192 personas fueron estudiados. Se aplicó una encuesta que comprendía datos demográficos y preguntas calificadas con una escala tipo likert, para el análisis se utilizó el software STATCAL 8.0. Los resultados recabados se obtuvo que el 78.7% de los encuestados calificaron la infraestructura del servicio como excelente, el 97.3% considero que el trato del personal de salud como satisfactorio, el 16.14% expreso cierto grado de inconformidad en la forma en que el médico explico el diagnostico. Pero en general los resultados fueron que había una buena atención médica, en base a la atención e infraestructura. (7)

La siguiente investigación se titula: Satisfacción de los pacientes con la atención médica. Estableció el objetivo de describir el resultado de la atención en los PPU mediante la satisfacción del paciente y la solución a los problemas motivo de la solicitud del servicio. A tal efecto se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en los PPU Santos Suárez y 30 de Noviembre del municipio 10 de Octubre, en Ciudad de La Habana. El universo de estudio se estimó en aproximadamente 5 874 pacientes que se consultan como promedio en los PPU en 21 días (tiempo en que se realizó la investigación). En la solución del problema que llevó a la solicitud de estos servicios se encontraron 279 (85 %) pacientes. Los motivos explorados fueron los siguientes: traslado al hospital, falta de medicamentos en la farmacia, no complacencia con la atención del médico y otras causas. (17)

Según la percepción de los pacientes encuestados, más del 50 % está satisfecho con la higiene, el orden y el confort presentes en estos servicios; sin embargo, debe destacarse que 142 (43,3 %) pacientes percibieron insatisfacciones. Se puede concluir con la afirmación que la satisfacción encontrada es baja y que el número de insatisfacciones es elevado, si se tienen en cuenta los patrones internacionales referidos en el análisis. (17)

3.3.4 Evaluación de la Calidad de Atención Médica

Evaluar es medir un fenómeno, o el desempeño de un proceso, comparar el resultado obtenido con criterios preestablecidos, y hacer un juicio de valor tomando en cuenta la magnitud y dirección de la diferencia. (1) Definimos calidad, tomando el concepto de Myers y Slee, como el grado en que se

cumplen las normas en relación con el mejor conocimiento sanitario existente, en cada momento, de acuerdo con los principios y prácticas generalmente aceptados. (2)

Hablamos de calidad en la atención médica o de calidad asistencial cuando realizamos diferentes actividades encaminadas a garantizar los servicios de salud accesibles y equitativos con profesionales óptimos y teniendo en cuenta los recursos disponibles, logrando la satisfacción del usuario con la atención recibida. (18)

3.3.4.1 Calidad de los Servicios de Salud en Guatemala

En el proceso de atención para mejorar los niveles de salud y bienestar de la población guatemalteca, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social ha formulado las políticas para cumplir el régimen jurídico relativo a la salud preventiva y curativa, a las acciones de protección, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud física y mental de los habitantes del país, a la preservación higiénica del medio ambiente, a la orientación y coordinación de la cooperación técnica y financiera en salud, y velar por el cumplimiento de los tratados y convenios internacionales relacionados con la salud en casos de emergencias por epidemias y desastres naturales, y a dirigir en forma descentralizada el sistema de capacitación y formación de los recursos humanos del sector salud. (19)

3.3.4.2 Características del Médico

3.3.4.2.1 El clínico

Aunque la medicina es considerada como una ciencia, posee fuertes lazos de unión con el arte. En la relación que entre el médico y el paciente se establece durante la entrevista, se puede lograr una simpatía mutua, o más bien una Empatía, con la cual se obtiene la confianza del sujeto. Esa sinceridad, ese “rapport” que se crea entre ambos, explica por qué muchos médicos logran el éxito profesional deseado, mientras otros, quizá más brillantes y de mejor formación estudiantil y académica, no lo alcanzan. (20)

El (la) facultativo(a) deberá tener algunos rasgos y características muy particulares, estos son:

3.3.4.2.2 Capacidad de Observación:

Se considera que las sensaciones externas, del medio ambiente, son captadas por el organismo a través de la vista en el 80%, y el resto son percibidas por los otros sentidos. Esto significa que, al servirse de los órganos de los sentidos, para el estudio de un problema médico, el clínico debe ser básicamente un observador. Pero debe también poner en juego sus otros sentidos y no sólo el sentido de la vista. (20)

No se puede negar el valor que tiene el hecho que al entrar en la habitación de un enfermo, se perciba un olor a manzanas, que orienta hacia el diagnóstico de un paciente diabético descompensado. El oído sin instrumentos nos puede ser también de utilidad, al escuchar la voz de pacientes con laringotraqueítis aguda, o para percibir la forma paroxística en que se presenta la tos ferina, ni dejar de mencionar que este sentido con ayuda del estetoscopio, es útil para formular diagnósticos más finos en una diversidad de estructuras. (20)

El tacto es también un sentido de gran importancia, que le sigue en utilidad al sentido del oído. Se utiliza ampliamente en el método de la palpación, del examen físico. (20)

3.3.4.2.3 Juicio Crítico:

La característica de observador se debe complementar con el juicio crítico. Con toda la información recibida de diferentes fuentes, entrevista, laboratorio, imágenes, etc., se decide cuáles son los datos más importantes y más valiosos para establecer la verdad del diagnóstico. Es necesario ser crítico con cada detalle pormenorizado que se descubre, con cada resultado de laboratorio que se obtiene, con los hallazgos clínicos, o con los artículos que se leen en una revista. Razonar las implicaciones que representan cada detalle, la utilidad de cada uno de ellos, crítica y más crítica, comprobación, duda, explicación, razonamiento, deben ser los pasos a seguir con los problemas médicos que se atienden. (20)

3.3.4.2.4 Capacidad de Comunicar:

Con base en los aspectos anteriores, deberá tener una adecuada capacidad de transmitir sus resultados, conclusiones, decisiones e informes, así como el resto de todos sus conocimientos. No es fácil transmitir a otros ese proceso mental que se ha elaborado alrededor de una entidad clínica o de una situación específica o de un tema definido. (20)

El paciente y los familiares apreciarán la forma de plantear la enfermedad, el diagnóstico y el pronóstico de la misma. También será estimada por sus colegas, una buena comunicación por escrito en sus informes médicos o en las presentaciones de historias clínicas, en conferencias, congresos o publicaciones que el médico hace para dar a conocer su experiencia, su forma de pensar y decidir. (20)

3.3.4.2.5 Reconocer la mejor alternativa:

En el trabajo clínico diario, es importante seleccionar el mejor camino entre aquellos que se presentan como opciones. El médico decide que una frecuencia elevada del pulso, puede constituir un hallazgo valioso; resuelve si un dato de laboratorio se debe o no tomar en cuenta para el diagnóstico; opta por darle una u otra medicina para mejorar su salud; dispone que un tratamiento se prolongue a 10 días; determina si se opera o no a un paciente. La selección de la mejor posibilidad es tarea que no se aprende en corto tiempo sino que se adquiere con la experiencia, que facilita el ejercicio profesional. (20)

3.3.4.2.6 Sólida formación Académica:

El buen clínico se debe mantener dentro de la corriente de avanzada respecto a métodos, técnicas, nuevos conocimientos, nuevos aportes a la ciencia, nuevas drogas, etc., que a diario maravillan al mundo científico. Debe seguir siendo un estudiante, con el mismo entusiasmo de los primeros años de la carrera, con el mismo afán de superación personal, la misma avidez por nuevos conocimientos, por el mismo deseo de realizar los actos de su profesión de la mejor manera posible, por el entusiasmo de atender y servir bien a

las personas que lo necesitan. Porque el día que pierda ese entusiasmo por su profesión, será mejor que se dedique a otras actividades. (20)

3.3.4.3 Relación Médico-Paciente

La Relación Médico-Paciente (RMP), se puede analizar desde diferentes ángulos, en realidad, tantos como elementos haya constitutivos de un encuentro entre dos o más seres humanos, en un entorno particular constituido por un contrato de servicio demandado, inserto en una sociedad determinada. En primer término, se identifica como una relación de comunicación, de expresión, en la que se reconoce al emisor/paciente, un canal de comunicación, la entrevista, el diálogo, y un receptor/médico, que en la dinámica propia se vuelve de doble vía, biunívoca, con un intercambio de información técnicamente conducido, a fin de tomar determinaciones y decisiones lo más consensuadas posibles entre el médico y el paciente y sus particularidades. Consiste, básicamente, en un encuentro real o virtual, entre un sujeto que demanda y otro que encarna un supuesto “saber” que puede posibilitar a aquél (paciente), salir de la situación de su padecimiento corporal, mental o espiritual, aunque el otro (médico), no sepa anticipadamente qué se le pedirá y si podrá responder a la demanda. (20)

El médico ocupa su lugar al escuchar esas demandas, identificar las transferencias del paciente que generalmente expresan preocupación, ansia de solución, sufrimiento o privación, siempre con el propósito de brindar la ayuda necesaria para la curación y preservación de la salud y el bienestar general. Las demandas pueden ser conscientes para ambas partes, expresadas por la solicitud de asistencia del paciente, que conlleva la formulación de un contrato fáctico que acarrea responsabilidades administrativas, civiles y penales, en caso de fallas, particularmente del médico, como en los casos de iatrogenia y mala praxis profesional, o en las de difamación y desprestigio por parte del paciente. Se parte del concepto biológico de que el cuerpo humano es un ser orgánico cognoscible, que expresa síntomas y signos que el médico interpreta con su “saber”, para dar una respuesta de asistencia. Las demandas inconscientes tanto para el médico como para el paciente, base principal de la RMP, no conciernen al organismo como cuerpo físico, como soma, son del área psíquica, son subjetivas, tienen que ver con los afectos, gustos, deseos, emociones, angustias, y otros

sentimientos con frecuencia expresados de manera sutil, que el médico debe reconocer y manejar a lo largo de toda la relación. A ellas no se responde desde la biología y el tecnicismo, requieren de la comprensión de los procesos psicodinámicos que las condicionan, hay que ubicarlas, contextual y sincrónicamente, en la historia natural de la enfermedad y sus consecuencias, interpretando las expresiones del paciente en cuanto a sus pensamientos, sentimientos y emociones. Es la otra parte, que generalmente no percibe bien, en la que hay otra forma de manifestaciones del proceso salud/enfermedad que debemos integrar a través del arte y la ciencia clínica. Es el arte médico basado en los principios elementales del humanismo, tratando de sentir lo que el paciente siente, siendo tolerante ante la manifestación de la diversidad humana, comprensiva y solidaria ante el desamparo que impele a apelar por ayuda ante quien se supone sabrá manejar y dar las mejores respuestas de solución a las carencias. (20)

El paciente manifiesta sus necesidades por medio de transferencias psíquicas que la mayor parte de las veces son de visión paternalista, de dependencia, por la vulnerabilidad y frustración ante el fracaso de la autocuración, de hecho, nos relata una historia autobiográfica en la que se observan automatismos de repetición, de condicionamientos psíquicos que a lo mejor ocurrieron durante la infancia y ahora en ocasión del apuro mórbido se repiten, quizás transfiriendo la figura paterna al médico. Dramatiza su sufrimiento, inadaptación, falla o pérdida, ofreciendo su sentimiento de omnipotencia, resaltando con fe y esperanza que se libere del mal, aunque no siempre debe suponerse que el deseo real sea el de curarse. Es el punto de asimetría más pronunciado en la relación médico-paciente, que puede llevar a la dependencia paternalista del médico, a la manipulación obsesiva del paciente, y, en general, a desviaciones o aberraciones en nada deseadas. El escudriñamiento crítico de las transferencias ofrece al médico la oportunidad de sostener una RMP apropiada y ofrecer respuestas terapéuticas más humanas. (20)

3.3.5 Modelos de Evaluación de los Sistemas de Salud:

3.3.5.1 DIFERENTES ENFOQUES PARA LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE

La calidad de atención que imparte el médico se ha basado tradicionalmente en su reputación, fundada en la opinión de sus propios enfermos y en la de parientes de éstos; en éstas intervienen

juicios subjetivos y, por lo tanto, no permiten una evaluación objetiva y exacta, utilizando diversas tasas o indicadores. Esto también ha ocurrido con las unidades de atención médica. El concepto y la práctica del libre ejercicio de la profesión médica, se modificaron profundamente al aparecer la medicina institucional. (1)

3.3.5.1.1 ENFOQUES CONCEPTUALES:

Hendel-Sheps (1955) logró realizar esfuerzos tendientes a conceptualizar la calidad de la atención médica en los siguientes 20 años. En 1980 Donadegan logró resumir, con gran orden y claridad, diferentes puntos de vista. La disposición básica de todos los enfoques está en la trilogía estructura-proceso-resultado. El autor los presenta “no como atributos de calidad, sino como enfoque a la adquisición de información con respecto a la presencia o ausencia de los atributos que constituyen o definen la calidad” (Geyndth). (1)

3.3.5.1.2 ENFOQUES OPERACIONALES:

Las 4 aplicaciones más representativas son:

- Los comités de personal médico hospitalario.
- La metodología de trazadores.
- El procedimiento de evaluación de rendimiento (Performance Evaluation Procedure P.E.P.).
- El método de responsabilidad del personal de servicios de salud (Healthaccounting). (1)

3.3.5.1.3 ENFOQUES TRADICIONALES:

En el medio hospitalario los comités han sido frecuentemente, los que han llevado a cabo la valoración de la calidad. Estos comités suponen la presencia del personal médico organizado y cooperativo para que efectúe un análisis de los actos médicos. Entre los comités de personal médico típicos, de los cuales todavía son una parte importante e integral de la atención hospitalaria:

- Comité de Auditoría Médica
- Comité de expedientes médicos
- Comité de tejidos
- Comité revisor de utilización de recursos

- Comité de medicamentos y farmacia o terapéutica
- Comité de infecciones
- Comité de educación médica
- Comité de acreditación (1)

En el sector salud, Donabedian en el año 1966 sistematizó la evaluación de la calidad de la atención conceptualizándola como una triada compuesta por "la estructura, el proceso y el resultado", marcando la evolución conceptual y metodológica del término en el ámbito de la salud. (21)

El término "estructura" comprende las características relativamente estables de los proveedores de la atención, los instrumentos y recursos que tienen a su alcance, así como los lugares físicos donde trabajan. Incluye también los recursos humanos y financieros, la distribución y cualificación profesional, así como el número y tamaño, dotación y la localización geográfica de los dispositivos asistenciales, el origen del financiamiento, la organización formal e informal de la prestación de los servicios y el sistema retributivo. El examen de la estructura de atención a la salud constituye un método indirecto de medida de la calidad de la prestación de la atención, basado en el supuesto de que la calidad de los medios puestos a disposición de la prestación del servicio condiciona la calidad del mismo. La manera habitual en la que se asegura una estructura adecuada es mediante la "acreditación". (21)

El "proceso" hace referencia a la forma de organizar, planificar, diseñar y prestar una determinada asistencia a un paciente. Se basa en la suposición de que es más probable obtener un buen resultado si aplicamos el conocimiento disponible y la tecnología en forma racional y planificada. De esta manera se pretende disminuir en la medida de lo posible la variabilidad de la práctica clínica, evitando que se produzcan diferencias al establecer una indicación terapéutica, en la oportunidad de la misma, en todo el proceso subsiguiente, o en las diferentes formas de abordar un mismo problema. La mejor forma de asegurar la calidad de los procesos es basarse en evidencias científicas y en

sistematizar la información disponible mediante protocolos y guías de práctica (Saura, 1997). (21)

Las guías de práctica clínica son declaraciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a los clínicos y a los pacientes en la toma de decisiones, con el objetivo de lograr una atención adecuada para unas circunstancias de salud-enfermedad concretas. Las Guías constituyen un intento de sintetizar un gran volumen de conocimientos. Parten del supuesto de que si se miden sistemáticamente los resultados y se revisa el tratamiento que precedió a éstos, puede determinarse el tratamiento óptimo. (21)

Por último, los "resultados" hacen referencia a los logros, tanto en materia de salud como en cuanto a resultados económicos o de valoración por el paciente y el profesional de lo que se alcanza tras una prestación de servicio determinada (Donabedian, 1980). La evaluación y monitorización de resultados presentan múltiples dificultades, en especial por la escasa información disponible en la práctica sobre los mismos cuando estos no son óptimos, también por la intrínseca dificultad de medir "salud" y por la insuficiente información sobre resultados psicosociales (Mira, Fernández y Vitaller, 1992). (21)

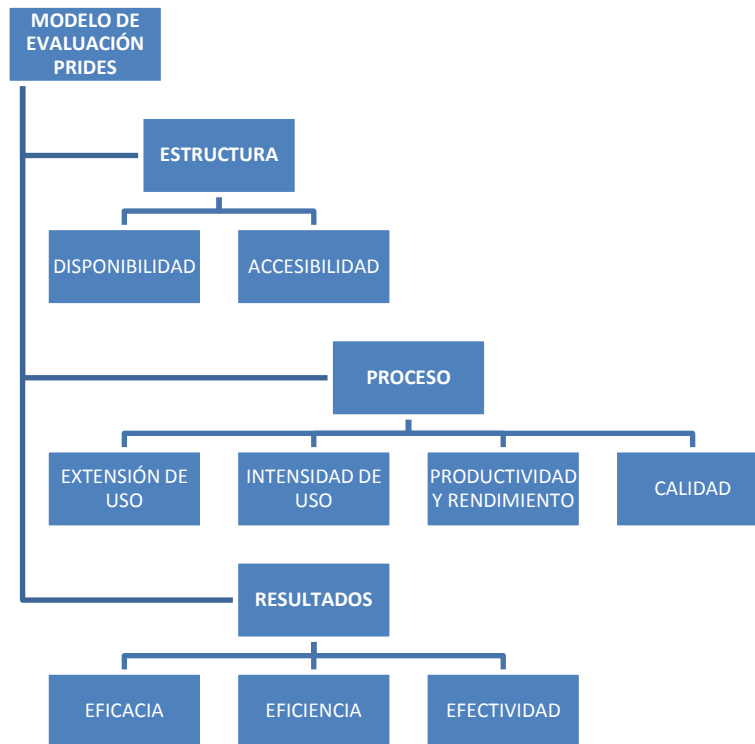
Habría que considerar que no sólo se miden resultados técnicos. También es importante saber si el paciente queda satisfecho (Mira y cols., 1992). La atención médica debe prestarse de forma tal que procure no sólo el bienestar del paciente, sino que sea compatible con sus preferencias y expectativas. La satisfacción, desde la práctica médica, es un concepto multidimensional que incluye: la empatía de los profesionales en su trato con los pacientes, tipo y cantidad de información que se le presta al paciente y familiares, competencia técnica del personal, comodidad de las instalaciones, facilidades de acceso, complejidad burocrática del sistema, continuidad de los cuidados, resultado percibido de la atención y, cuando proceda según el tipo de sistema de aseguramiento o centro, una valoración por parte del paciente del coste del tratamiento (Dickens, 1994). (21)

3.3.5.2 EL MODELO DE EVALUACIÓN PRIDES

Programa de Investigación y Desarrollo de Sistema de Salud (PRIDES), realizado por el Ministerio de Salud en Colombia, por considerar que tanto la concepción del funcionamiento de las variables que determinan y condicionan a los servicios de salud, así como su metodología para la evaluación, son integrales y factibles de aplicar en países como el nuestro; ejemplo de ello es que aconsejan el diagnóstico inicial, de las necesidades de la población objeto, así como determinar los recursos de que se dispone para la realización de la planificación, programación, organización, evaluación y control de los servicios que hacen que éstos sean eficaces. Fomenta la evaluación continua de la estructura y proceso, para mejorar periódicamente el funcionamiento de los servicios de salud; sin dejar de lado la evaluación de los efectos inmediatos y los resultados a largo plazo. (Diagrama N.1). Para lograrlo este modelo ha reunido varios métodos, que se han aplicado aisladamente en múltiples ocasiones, de tal manera que sea posible evaluar a cada servicio de una forma integral y no por fragmentos. Tomando como base el modelo de Donabedian.(1, 22, 23)

DIAGRAMA 1

MODELO DE EVALUACIÓN PRIDES



Fuente: Evaluación de la Atención Médica (1)

El modelo se clasifica de la siguiente manera:

3.3.5.2.1 LA ESTRUCTURA:

Está condicionada por la disponibilidad de recursos materiales, humanos y financieros y la accesibilidad del servicio de salud para la población. (1, 21, 22, 23)

a. DISPONIBILIDAD:

Se define como la relación entre los recursos existentes y el sujeto o la población a la cual están destinados. La medida de la disponibilidad permite evaluar la equidad (a mayor necesidad mayor recurso), pues se refiere a la existencia de recursos (humanos, físicos o financieros) con que se cuenta para atender las necesidades de una población dada. (1, 21, 22, 23)

b. ACCESIBILIDAD:

Es la condición variable de la población de poder utilizar o ser atendido por los servicios de salud. No sólo es necesario que los recursos existentes por sí mismos presten los servicios, es también necesario que la población a la cual van dirigidos los conozca y pueda llegar a ellos, es decir, además de la disponibilidad de recursos por parte de la agencia, debe haber accesibilidad a los servicios por parte de la población. Las personas que quieren hacer uso de los servicios de una agencia de salud, a veces tienen que afrontar una serie de barreras de tipo económico, organizacional, geográfico y cultural. La agencia debe desarrollar sus servicios de tal manera que estas barreras desaparezcan. (1, 21, 22, 23)

3.3.5.2.2 EL PROCESO:

Está condicionado por el uso, la utilización, productividad, rendimiento y calidad técnica y humana. (1, 21, 22, 23)

Es problemático el uso que hace la población de los servicios de salud. Muchas veces las personas que más necesitan de los servicios no los usan, mientras que los que más los usan no lo necesitan tanto. Además, los servicios que las personas usan no siempre son los más apropiados para sus necesidades, dado el rango de servicios disponibles. Tanto la población con su oferta influyen en el uso directamente. La distribución del uso de los servicios en la población se mide a través de la extensión e intensidad. (1, 21, 22, 23)

a. EXTENSIÓN DE USO:

Es la proporción de la población que usa un servicio determinado en un periodo de tiempo. Se calcula, dividiendo el número de usuarios por la población y multiplicando esto por el número sobre el cual se quiere dar la tasa (Tasa X 1000 habitantes). (1, 21, 22, 23)

b. INTENSIDAD DE USO:

Es el número promedio de servicios recibidos por cada usuario durante cierto periodo de tiempo o durante un episodio de una causa específica. La tasa se calcula

dividiendo el número de unidades de servicio, por el número de usuarios de los mismos. (1, 21, 22, 23)

c. PRODUCTIVIDAD Y RENDIMIENTO:

Se define productividad como el número de servicios o actividades producidas por unidad de recurso disponible, por unidad de tiempo. Rendimiento se define como el número de servicios o actividades producidas por unidad de recurso utilizado, por unidad de tiempo. (1, 21, 22, 23)

Productividad y Rendimiento son conceptos importantes para indicar, como están contribuyendo los recursos de salud a la prestación de los servicios. La evaluación con ellos sirve para saber si una agencia de salud necesita más recursos o si por el contrario, puede funcionar bien, aumentando la productividad y el rendimiento con los mismos recursos. (1, 21, 22, 23)

d. CALIDAD:

La calidad es el conjunto de características que deben tener los servicios de salud, en el proceso de atención a los usuarios desde el punto de vista técnico y humano para alcanzar los efectos deseados, tanto por los proveedores como por los usuarios. (1, 21, 22, 23)

La calidad se considera como el medio más importante de la institución para lograr los resultados deseados, o sea para lograr la eficacia de los servicios. Para algunas condiciones, los resultados ligan estrechamente con la calidad del servicio, para otras condiciones intervienen fuertemente factores ajenos a la calidad, generalmente características del paciente y su medio ambiente para determinar el grado de éxito del tratamiento. Así, la importancia de la calidad es relativa, a veces muy importante a veces no tanto, lo que es importante es el criterio final, los resultados. (1, 21, 22, 23)

En este proceso de prestación de un servicio de salud interviene por una parte el personal, equipos y elementos directamente involucrados en el acto médico y por otra la infraestructura administrativa que crea y mantiene las condiciones que hacen posible la realización del acto.

Además, en el proceso hay dos aspectos, uno de tipo técnico, tiene que ver con los criterios y procedimientos médico clínico, el otro más subjetivo, se refiere al trato recibido por los pacientes. El primer aspecto se llama la calidad técnica y el segundo la calidad humana, ambos conceptos dependen del acto médico y de la infraestructura administrativa. (1, 21, 22, 23)

La infraestructura administrativa afecta el acto médico, pues de ello depende el tener oportunamente disponibles el personal, los equipos y los elementos necesarios para la realización; afecta la calidad técnica pues la oportunidad del contacto entre los servicios y el usuario dependen del diseño y operación de los procesos administrativos; y afecta la calidad humana, ya que el concepto global de satisfacción del usuario depende del ambiente físico que encuentre (limpieza, iluminación, orden), y de su contacto con el personal administrativo. (1, 21, 22, 23)

El acto médico afecta la calidad técnica pues el resultado depende de las especificaciones técnicas, la oportunidad en la prestación del servicio, la continuidad del tratamiento y la integridad de la atención, y afecta la calidad humana, pues de la clase de relaciones interpersonales entre el personal médico y paramédico y los usuarios, depende en buena parte la satisfacción de estos últimos. (1, 21, 22, 23)

En general la calidad humana es la medida que los usuarios utilizan para evaluar un servicio pues asumen que la calidad técnica depende de ella, por el contrario, el personal científico centra su interés en la evaluación de la calidad técnica, dejando en ocasiones de lado el aspecto humano. (1, 21, 22, 23)

● **CARACTERÍSTICAS DE UN BUEN SERVICIO:**

- Integridad: es decir, satisfacer todas las necesidades de los usuarios. (1, 21, 22, 23)
- Oportunidad: es decir, hacer a tiempo y en secuencia adecuada lo que se debe hacer.(1, 21, 22, 23)
- Los contenidos: es decir, hacer todo lo que se debe hacer en cada caso. (1, 21, 22, 23)

- La destreza: es decir, hacer bien lo que se debe hacer. (1, 21, 22, 23)

- **CONTENIDOS TÉCNICOS:**

Se refiere a la serie de criterios, conocimientos teóricos y prácticas, actitudes, habilidades, destrezas y elementos de trabajo que es necesario aplicar para el diagnóstico y tratamiento de las necesidades del usuario, en todas y cada una de las actividades requeridas en el proceso de atención de un servicio. (1, 21, 22, 23)

- **CALIDAD HUMANA:**

Es buena cuando todos los aspectos del servicio, el trato del personal médico y administrativo, el orden, la limpieza, el decoro, etc; muestran respeto y consideración para los pacientes. (1, 21, 22, 23)

INDICADORES: Para cada servicio dependiendo de su naturaleza, y complejidad, pueden identificar indicadores de desviación de comportamiento normativo técnico y humano. Algunas características de calidad son relativamente más fáciles de medir, otras requieren del juicio profesional, aunque para ambos lo fundamental es establecer un proceso para análisis cualitativo del servicio. (1, 21, 22, 23)

Calidad Humana: usuario hospitalizado, consulta externa, requiere la opinión de las insatisfacciones e incomodidades innecesarias que padecieron al recibir la atención médica. No existe y tal vez no es posible construir un solo indicador de calidad, en un proceso que es complejo y sujeto a decisiones no siempre objetivas y cuantificables. (1, 21, 22, 23)

3.3.5.2.3 LOS RESULTADOS

La evaluación de los servicios debe fundamentarse en una apreciación de sus resultados o de su impacto sobre las personas que son el objetivo final o la razón de ser de los servicios. La verdad es que si no se obtienen resultados benéficos tangibles para la población, la gestión de la agencia

debe ser cuestionada así los demás aspectos de la gestión parezcan favorables. (1, 21, 22, 23)

El resultado último de las acciones de los servicios de salud sobre la población objeto, de los mismos se define como efectividad. (1, 21, 22, 23)

La efectividad es un concepto último, ya que el flujo operacional se inicia en la población en donde algunos individuos perciben cierta necesidad, hacen contacto con los servicios diseñados para resolverla (preventivos, curativos, de rehabilitaciones) y regresan a la población con su necesidad resuelta o con la misma u otras necesidades. (1, 21, 22, 23)

a. EFECTIVIDAD:

Para determinar la efectividad de un servicio, se debe conocer la situación de salud de la población objetivo (necesidad), antes y después de realizar las acciones que se pretende evaluar. (1, 21, 22, 23)

En estricto sentido la efectividad se refiere a la diferencia entre la situación de salud existente y la que existiría de no haberse llevado a cabo o prestado el servicio, sin embargo, como esto no es fácil de establecer se utiliza, en su lugar, el grado en el cual las condiciones de salud hayan variado para medir la efectividad de las acciones. (1, 21, 22, 23)

El concepto de efectividad se orienta en este Modelo PRIDES a los problemas de salud cuya resolución está ligado mayormente a las acciones de los servicios de salud, así deba reconocerse que en muchos casos dichas necesidades son afectadas por acciones y factores que corresponden en otros sectores, (educación, vivienda, agricultura, etc). Concretamente la noción de efectividad se enfoca a determinar el volumen y la naturaleza de las enfermedades, las incapacidades y las muertes en la población, sus causas y las características de los grupos en los cuales se presentan con mayor y menor frecuencia. (1, 21, 22, 23) Los indicadores de efectividad que miden retrospectivamente el impacto de los servicios, sirven así

mismo para reflejar en gran parte las necesidades que prospectivamente les corresponde satisfacer a los dichos servicios. La determinación de la efectividad de los servicios sólo se puede hacer con datos relativos a las condiciones de salud de la población. Los datos de mortalidad por causa, representan los índices más accesibles debido a la existencia de su sistema de registro ya montado. A parte de algunas enfermedades especiales, los índices basados en la morbilidad se consideran como índices más depurados que los de mortalidad, pero requieren encuestas clínicas en la población, las cuales por sus altos costos y su complejidad, están muchas veces fuera del alcance de la mayoría de las agencias de salud.(1, 21, 22, 23)

b. EFICACIA

El segundo gran factor que condiciona la efectividad de los servicios es su eficacia o resultado en los usuarios. Se mide en términos del resultado deseable o del propio objetivo del servicio. Para cuantificar la eficacia es importante definir claramente el resultado deseado con el servicio ya sea de tipo preventivo, curativo o rehabilitación. (1, 21, 22, 23)

c. EFICIENCIA

La relación entre los resultados logrados o los productos producidos con los insumos utilizados se conoce como la eficiencia del servicio o programa. Por otra parte el esfuerzo del servicio se puede expresar en los recursos consumidos o en su traducción económica, el dinero gastado, que tiene la enorme ventaja de que permite una comparación entre resultados que se obtienen por la prestación de servicios que exigen recursos de distinta naturaleza. (1, 21, 22, 23)

En general, la eficiencia es un componente de la evaluación de la calidad que es importante obtener y observar sus relaciones con otros indicadores para mejorar las actividades que definen a la agencia. Para esto, la evaluación de la calidad de la atención psicológica

requiere de un proceso de planeación integral que derive en un programa concreto y factible, para lo cual en este trabajo hemos planteado los indicadores generales que consideramos son la base para llevar a cabo dicha tarea. (1, 21, 22, 23)

4. METODOLOGÍA

4.1 Tipo y diseño de Investigación:

Estudio descriptivo, de corte transversal.

4.2 Unidad de análisis:

4.2.1 Unidad primaria de muestreo: Pacientes adultos que asistieron por reconsulta, a la Consulta Externa del Departamento de Medicina Interna del Hospital Roosevelt.

4.2.2 Unidad de análisis: Respuestas obtenidas con encuesta basada en la encuesta de recolección de datos en base al modelo PRIDES.

4.2.3 Unidad de Información: Pacientes adultos que asistieron a la consulta Externa del Departamento de Medicina Interna del Hospital Roosevelt

4.3 Población y Muestra:

4.3.1 Población:

La población de pacientes son el número de reconsultas en el año 2010 en el Departamento de Medicina Interna en el año 2010 fueron 9,700 pacientes, más un cinco por ciento por crecimiento de la población.

4.3.2 Marco muestral

El marco muestral está determinado por los pacientes que asisten a la consulta externa por 2da vez o más veces al Departamento de Medicina Interna del Hospital Roosevelt, sin distinción de género y mayores de 18 años.

4.3.2.1 muestra

La muestra fue probabilística, por cuotas.

4.3.2.2 Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra se hará por medio de los listados que se manejan en la consulta externa, tanto en la jornada matutina y vespertina y dicha lista cada 4 pacientes fueron entrevistados con el instrumento de recolección de datos.

4.3.2.3 Procedimiento de muestreo

Se tomó cada 4 pacientes según el listado de consultas, los cuales serán entrevistados con la boleta de recolección de datos que consta de 25 preguntas utilizando la escala de likert y pregunta directa.

4.4 Selección de los sujetos a estudio:

4.4.1 Criterios de Inclusión:

Todo paciente por arriba de los 18 años, de ambos sexos, que tenga 2 o más consultas a la Consulta Externa del Departamento de Medicina Interna del Hospital Roosevelt en jornada matutina y vespertina en el periodo de noviembre y diciembre de 2011.

4.4.2 Criterios de Exclusión:

Todo paciente que no quiso participar en el estudio, y que no sea reconsulta, ya sea paciente nuevo o primera consulta.

4.4 Definición y Operacionalización de las Variables:

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
Nivel de Aceptación de la calidad de atención médica	Se define como el grado con que la atención prestada satisface las expectativas del usuario.(21)	Opinión de los pacientes que asisten a la consulta externa del departamento de Medicina Interna en base a la calidad de atención.	Cuantitativa discreta	Intervalo	Boleta de recolección de datos
Calidad de atención médica	Se define como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios (7)	La calidad de atención recibida en la consulta externa es medida por: -interrogatorio -examen físico -información de la enfermedad -información del tratamiento y seguimiento del paciente	Cuantitativa discreta	Intervalo	Boleta de recolección de datos
Caracterización epidemiológica	Se define como la determinación de atributos peculiares en base epidemiológica, de manera que se haga distinción de todos o de algunos de sus componentes.	Se define como la distinción de los siguientes parámetros epidemiológicos: Edad: Tiempo en que un a persona ha vivido desde su nacimiento hasta una fecha determinada. Sexo: Proceso de combinación y mezcla de rasgos genéticos a menudo dando por resultado la especialización de organismos en variedades masculina y femenina Escolaridad: Tiempo durante el cual un a persona asiste a un centro educativo.	Cuantitativa	Razón	Boleta de recolección de datos
Estructura	Es la disposición y orden de las partes dentro de un todo y el alcance que tenemos hacia determinada situación. (24)	Esta condicionada por la disponibilidad de recursos materiales, humanos y financieros y la accesibilidad del servicio de salud para la población	Cualitativa	Nominal	Boleta de recolección de datos

4.5 Técnicas, procedimientos e Instrumentos utilizados en la recolección de los datos:

La técnica se efectuó en dicho estudio consistió en la entrevista y para la toma de recolección de datos se realizó por medio de una boleta de recolección de datos. La cual consistió en un cuestionario, el cual, está hecho según el método de evaluación PRIDES, para la evaluación de los sistemas de salud, en la cual se midió el nivel de aceptación de la atención médica, dada a los usuarios en la consulta externa del Departamento de Medicina Interna del Hospital Roosevelt, en el cual el instrumento se recabó por medio de la escala de likert, la escala se basó en parámetros de forma ascendente y se midió de pésimo a excelente, siendo estos los límites. Se validó el estudio haciendo una prueba piloto y una vez validado, se inició con las entrevistas un total de 20 instrumentos diarios, para obtener en el mes de diciembre toda la información.

4.6 Procesamiento y análisis de datos

4.6.1 Procesamiento de datos:

La información se procesó por medio del programa Excel, en el cual se creó, los cuadros de distribución de frecuencias, las cuales tendrán 4 subdivisiones: la primera en relación a la caracterización epidemiológica en base a sexo, edad, y escolaridad, se midió los grupos más representativos para la investigación.

Como segundo punto tenemos la estructura, la cual se realizó en base a 4 items, los cuales tienen asignados puntuaciones con cada respuesta. Por último punto tenemos la calidad de atención médica que tuvo 5 opciones en orden ascendente, las cuales le asigno a las respuestas puntuaciones de 1 a 5 con 18 items para rellenar, teniendo la puntuación más alta es 90 la puntuación más baja es 18.

4.6.2 Análisis de datos

El análisis de la información se basa en los cuadros de distribución de frecuencias según las 4 subdivisiones en la cual se dividió la encuesta. Se comparó con estudios que se realizaron en el pasado, así pues, se consideraron 4 subdivisiones: caracterización epidemiológica, la estructura, la opinión de los pacientes y por último se tomó la opinión explícita de cómo consideraron específicamente la calidad de atención médica según el ítem número 18 en la escala mencionada. Se obtuvo de cuáles son los parámetros que más afecta dicha tendencia y si la calidad de atención médica va conforme la aceptación de los pacientes que asisten a la consulta externa.

4.7 Alcances y Límites de la Investigación

El alcance de la investigación fue presentar tanto a la población, como al personal médico, tener un punto de partida acerca de la atención que es prestada en la Consulta Externa, ya que no existen datos en los últimos 20 años acerca del enfoque de la calidad y si de la cantidad de personas vistas en los últimos años. Las limitaciones podrían ser la abstinencia por parte de la población de colaborar con la encuesta. Y por medio de esto poder crear nuevas estrategias que permitan brindarles a los pacientes que asisten a la consulta, un mejor servicio, más calidad y poder evidenciar los aspectos negativos en que se tiene que seguir trabajando.

4.8 Aspectos éticos de la investigación:

La presente investigación no afectó la integridad física, emocional de los pacientes, tampoco el desempeño del personal médico del Hospital Roosevelt, lo que se evaluó es el grado de satisfacción por parte de los pacientes, en sus diferentes aspectos y su relación objetivamente con la escala de likert. Por ende se considera que el estudio actual es categoría I en aspectos relacionados con la ética.

5. RESULTADOS

Los resultados se presentaran en base a los objetivos de la investigación y en el siguiente orden:

Describir el nivel de aceptación de la calidad de atención médica de pacientes que asistieron a la consulta externa de medicina interna del Hospital Roosevelt desde el punto de vista del paciente.

Caracterización epidemiológica de la población asistente en base a edad, sexo y escolaridad

Identificar la estructura de la calidad de atención brindada a los pacientes

Describir la calidad de atención médica en base a la encuesta y al puntaje que corresponde a cada uno de los encuestados.

TABLA 1

NIVEL DE ACEPTACIÓN DE PACIENTES ASISTENTES A LA CONSULTA EXTERNA DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA CON RESPECTO A LA CALIDAD MÉDICA OFRECIDA EN EL HOSPITAL ROOSEVELT EN EL PERIODO DE NOVIEMBRE-DICIEMBRE DE 2012

Opinión de pacientes en base a la atención médica ofrecida	PESIMO	MALO	REGULAR	BUENO	EXCELENTE
FRECUENCIA	0	7	17	67	82
PORCENTAJE	0%	4.04%	9.83%	38.73%	47.40%

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

TABLA 2

SEXO DE LA POBLACIÓN ASISTENTE A LA CONSULTA EXTERNA DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL ROOSEVELT EN EL PERIODO DE NOVIEMBRE-DICIEMBRE DE 2012

SEXO	CANTIDAD	PORCENTAJE
MASCULINO	35	20.23%
FEMENINO	138	79.77%

Fuente: Instrumento de recolección de datos

TABLA 3

**GRUPOS ETARIOS ASISTENTES A LA CONSULTA EXTERNA DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL ROOSEVELT EN EL PERIODO DE NOVIEMBRE-
DICIEMBRE DE 2012**

Grupo etario	18-30 años	31-40 años	41-50 años	51-60 años	>60 años
frecuencia	16	17	47	25	68
porcentaje	9.25%	9.83%	27.17%	14.45%	39.31%

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

TABLA 4

**NIVEL ACÁDEMICO DE LA POBLACIÓN ASISTENTE A LA CONSULTA EXTERNA DEL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL ROOSEVELT EN EL PERIODO DE
NOVIEMBRE-DICIEMBRE DE 2011**

Escolaridad	Cantidad	Porcentaje
Ninguna	35	20.23%
Primaria	91	52.60%
Secundaria	20	11.56%
Diversificado	21	12.14%
Universitario	6	3.74%

Fuente: Instrumento de recolección de datos

TABLA 5

**PROCEDENCIA DE LA POBLACIÓN ASISTENTE A LA CONSULTA EXTERNA DEL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL ROOSEVELT EN EL PERIODO DE
NOVIEMBRE-DICIEMBRE DE 2011**

PROCEDENCIA	CANTIDAD	PORCENTAJE
CAPITAL	118	68.21
DEPARTAMENTO	55	31.79%

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

TABLA 6

TIEMPO DE LLEGADA DE CASA AL HOSPITAL EN PACIENTES QUE ASISTEN A LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL ROOSEVELT EN EL PERIODO DE NOVIEMBRE-DICIEMBRE DE 2011

TIEMPO DE LLEGADA DE CASA AL HOSPITAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<1 HORA	63	36.42%
1-2 HORAS	75	43.35%
>2 HORAS	35	20.23%

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

TABLA 7

MEDIO DE TRANSPORTE DE LAS PERSONAS ASISTENTES A LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL ROOSEVELT EN EL PERIODO DE NOVIEMBRE-DICIEMBRE DE 2011

MEDIO DE TRANSPORTE	CANTIDAD	PORCENTAJE
PUBLICO	146	84.39%
PRIVADO	27	15.61%

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

TABLA 8

TIEMPO DE ESPERA DE LOS PACIENTES ASISTENTES A LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL ROOSEVELT EN EL PERIODO DE NOVIEMBRE-DICIEMBRE DE 2011

TIEMPO DE ESPERA DESDE LA LLEGADA AL HOSPITAL A LA CONSULTA	CANTIDAD	PORCENTAJE
<1 HORA	16	9.25%
1-2 HORAS	30	17.34%
>2 HORAS	127	73.41%

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

TABLA 9

INTERROGANTES SOBRE LA PERCEPCION DE LA ATENCION MÉDICA EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL ROOSEVELT EN EL PERIODO DE NOVIEMBRE-DICIEMBRE DE 2011

INTERROGANTE	PESIMO (1)	MALO (2)	REGULAR (3)	BUENO (4)	EXCELENTE (5)
¿Cuándo el doctor lo/a entrevistó, permitió que expresara todas sus molestias y preocupaciones?	0	5	19	27	122
¿El médico que lo/a atendió escuchó atentamente todo lo que usted le decía o expresaba?	0	2	14	30	127
¿El médico respondió a todas sus preguntas o dudas?	0	5	11	24	133
¿Cuándo el médico lo atendió, cómo lo trato?	0	4	7	58	104
¿Le examinó el médico que le atendió, y si la atendió cómo la examinó?	19	19	29	16	90
¿Cuando el médico le examinó le informó antes de examinarlo que maniobras iba a utilizar durante la exploración?	24	17	26	30	76
¿Al examinarlo realizó con delicadeza las maniobras que utilizó?	18	2	7	38	108
¿El médico le explicó que enfermedad está padeciendo y usted comprendió la explicación?	7	11	24	33	98
¿Le explicó la causa de su enfermedad?	73	12	8	32	48
¿Le informó acerca de la conducta a seguir con respecto a su enfermedad?	14	11	16	44	88
¿Le explicó el doctor los resultados de estudios de laboratorio o gabinete, en forma comprensible para su persona?	15	19	24	15	168
¿Le explicó en qué consiste el tratamiento el médico tratante?	6	14	29	35	89
¿Cuándo el médico le dio la receta, le explicó cómo usar los medicamentos, cuanto tiempo, la dosis y por cuantos días iba a tener el tratamiento?	26	15	16	13	103
¿El doctor se tomó el tiempo necesario, para explicarle toda la información acerca de su padecimiento?	11	19	24	36	83

¿Expresó el médico acerca de la posibilidad de que usted volviera a consultar en caso de que fuera necesario por su padecimiento?	7	7	14	30	115
¿El médico le preguntó a cerca de su forma de vida y que por su padecimiento había que cambiar algunos hábitos acerca de su vida personal?	57	23	12	10	71
¿El médico utilizó un lenguaje comprensible para que usted entendiera el mensaje ofrecido?	6	5	11	49	102
¿Considera aceptable la atención recibida en la consulta externa?	0	7	17	67	82

6. DISCUSIÓN DE RESULTADOS:

Según los resultados obtenidos se puede afirmar que el patrón más común que asiste a la consulta es el paciente femenino, adulta mayor, de nivel primario, que asiste de la capital, que se tarda en promedio de 1 a 2 horas en llegar al hospital, que utiliza el transporte público para llegar al hospital, que espera más de dos horas para ser atendido en el hospital por un médico, que considera excelente la calidad de atención médica que le fue ofrecida en la consulta externa del departamento de Medicina Interna del Hospital Roosevelt y que según la encuesta obtenida que se midió objetivamente refleja que es satisfactoria la atención brindada.

Esta investigación no solo tiene como fin u objetivos el mostrar la situación en la cual se encuentra la opinión de las personas en la consulta externa, sino que además pretende exponer las debilidades que se tienen en dicha consulta, para mejorar la atención de nuestra población, ya que la población gozara de una mejor atención si se mejoran dichos aspectos y contar así con una mejor e integral atención en salud.

Se evidencia que la opinión que se tiene acerca de la calidad de atención concuerda con la medición objetiva de la calidad de atención medica, ya que la opinión de las personas que opinaron que era excelente la atención en la consulta externa fue de 47% de las personas asistentes, que concuerda con el 37% del resultado de excelencia en la consulta externa el mismo patrón continua con las escalas subsecuentes para dicho tema lo cual confirma que la opinión de las personas se ajusta a la escala de medición antes expuesta, lo que se confirma con estudios como el de La evaluación de la atención médica de la consulta general del departamento de pediatría del Hospital General San Juan de Dios, en el cual el 94% de los usuarios, opinaron que estaban satisfechos con la atención médica recibida, al igual que en el estudio de auditoria médica en el Hospital Nacional de Antigua, en el cual se evidenciaron que el grado de calidad de atención de encamamiento en los diferentes servicios fue aceptable. (1,11)

Se observa que la caracterización epidemiológica expuesta en edad, sexo y escolaridad las personas que más asisten a la consulta externa corresponde a personas de escaso nivel académico ya que el 75% aproximadamente del total de población tiene un nivel primario o ningún tipo de estudio y que el 80% de la población asistente son mujeres y son personas entre el rango de edad por arriba de los 41 años que corresponde al 81% de la población entera, no existe ningún estudio a nivel nacional con el cual se pueda compara estos resultados epidemiológicos, a nivel internacional se evidenció en el estudio: Percepción de la calidad de atención de los servicios de salud realizado en Matagalpa, Nicaragua, demuestra que, el grupo de más demanda tiene es el rango comprendido entre las edades de 20 a 34 años, diferenciándose de la investigación presente, ya que el grupo más prevalente es comprendido en el grupo de adultos mayores (>60 años), lo cual evidencia una diferencia importante con respecto al grupo etario, ya que programas del

adulto mayor que se brinda en el Hospital Roosevelt pueden contribuir con este resultado, al igual que otras estrategias. (16)

Se observa que a nivel de la estructura que ofrece el Hospital Roosevelt los puntos más importantes y que la población más acusa es el tiempo de espera entre la llegada al Hospital Roosevelt y la atención por parte de los médicos que corresponde al 75% de la población y que fue el aspecto que más acusaron los pacientes que asistieron al Hospital Roosevelt en el periodo de noviembre y diciembre de 2011, que va acorde con el estudio Calidad de atención médica en el programa de salud reproductiva de las adolescentes en el I.G.S.S. en el año 2000, en el cual la mayor insatisfacción era el tiempo de espera, puntualidad, aumentar el número de médicos, los expedientes estuvieran a tiempo, ampliar el lugar de atención, fueron quejas y sugerencias en dicho nosocomio. Esto no es ajeno a nivel internacional, ya que en estudio, Percepción de la calidad de atención de los servicios de salud en México en el año 1994, los largos tiempos de espera eran de un 23.7%. (12,14)

Como siguiente punto, se expondrá la calidad de atención medica, desde los diferentes puntos de vista para que se expongan las debilidades y así poder mejorarlas para tener una atención integral para la población: la calidad de atención médica se midio en varias esferas las cuales son las siguientes:

- Interrogatorio
- Examen Físico
- Información de la enfermedad.
- Información del Tratamiento y seguimiento del paciente.

Dentro del interrogatorio se afirma que la tendencia de opinión de las personas que asisten a la consulta externa medidos en los primeros 4 incisos de la escala de likert revelan que la mayoría de las personas consideran que fue excelente el interrogatorio utilizado al momento del estudio, ya que del total de contestaciones o respuestas el 70% de los entrevistados contesto que fue excelente el interrogatorio recibido. Esto sin contar que en los primeros 4 ítems todos tuvieron excelente como respuesta con respecto a las demás opciones, que no va acorde con el estudio, Evaluación del plan educacional proporcionado en la consulta externa del Hospital Nacional de Amatlán, en el cual se refleja el grado de insatisfacción que los médicos dedicaron para plantear sus dudas al paciente y el tiempo que el médico dedico para aclararlas. (13) Con respecto al examen físico se tomaron los ítems 5-7 de la escala de likert, en dicho apartado la tendencia fue del 53% de los pacientes, que menciona que fueron examinados de manera excelente en la consulta externa siguiendo con la tendencia de excelencia a la percepción de atención médica.

Con respecto a la información que se le da al paciente sobre su enfermedad se midieron en los aspectos de la escala de likert del ítem 8 al 12, siendo el aspecto que más llama la atención el ítem número 9 el cual cuestiona sobre si se explica la causa de la enfermedad el 42.19% del total de las personas que refieren que se les explico pesimamente la causa de su enfermedad o que en el peor de los casos no se explico la causa de su enfermedad, que va acorde con el estudio de Evaluación del plan educacional que se realizó en el Hospital Nacional de Amatlán en el año 2004, que explica que hubo satisfacción del paciente con respecto de la información brindada acerca de la enfermedad, así como del lenguaje utilizado. (13)

Del ítem 12 al 17 se aborda el aspecto sobre tratamiento y seguimiento del paciente, cabe resaltar que la mayoría de los ítems revelo que era excelente la información y seguimiento del paciente a excepción del ítem 16 ya que a pesar que predomina con el 41% del total de pacientes refieren que les explicaron sobre los estilos de vida que debían adoptar con respecto a cada una de las enfermedades expuestas en la consulta, el 33% de la población refiere no haber tenido ningún comentario sobre el estilo de vida que debían adoptar para que no solo ellos como pacientes debían mejorar sino que también las personas, niños o personas jóvenes debían adoptar para no sufrir de la misma patología.

7. CONCLUSIONES

- 7.1 La tendencia en la opinión de parte de pacientes con respecto a la atención médica brindada revelo que el 47.40% de la totalidad considera excelente la atención brindada, seguida del 38.37% quienes consideraron que es buena la atención médica brindada, por lo que se puede afirmar que la mayoría de pacientes en la consulta externa están satisfechos con la atención médica brindada, teniendo en cuenta que solo el 4.04% de la población consideró como pésima la atención médica brindada.
- 7.2 Se considera que existe una buena estructura, por parte de la población, ya que la mayor parte de personas que asisten a la consulta externa hacen un tiempo prudencial que oscila entre 1 a 2 horas, esto se debe a que los rangos revelaron que la mayor parte de personas viven en la región central o en sus cercanías, tomando en cuenta que solo 30% de la totalidad de la población viene de algún departamento, aunque el medio de transporte sea predominantemente público.
- 7.3 Con respecto a la estructura se concluye que un aspecto que debe mejorar es acortar los tiempos de espera para ser atendidos, ya que dos tercios de la población (73.41%), aproximadamente, esperaron más de dos horas para ser atendidos por un médico, y fue lo que más les molestaba con asistir a la consulta externa del Hospital Roosevelt.
- 7.4 Se describe que la caracterización epidemiológica de la población asistente, predomina el grupo femenino con el 79.77% de la población, se observa que la población que más asiste a la consulta externa supera los 50 años, que se acumula con los rangos de edad para adulto mayor con el 67% de la población aproximadamente, y que los rangos de escolaridad más relevantes son el nivel primario aunado con los que no tienen ningún nivel de escolaridad con un porcentaje alarmante del 73% en conjunto.
- 7.5 La calidad de atención médica medida por la escala de likert revela una tendencia hacia la excelente atención ya que el 37.84% de la población tuvo una puntuación alta en la escala de likert, seguido con el 25.68% de la población que tiene un puntaje en la escala de bueno, y solo el 8.78% del puntaje arroja un puntaje de pésima atención médica.

8. RECOMENDACIONES

A la jefatura de consulta externa del Hospital Roosevelt:

8.1 Se recomienda a las autoridades que dirigen la consulta externa del Departamento de Medicina Interna a que insistan a los médicos que prestan la atención a pacientes a ser más enfáticos en los siguientes aspectos:

8.1.1 Realizar a todos los pacientes, el examen físico ya que es parte fundamental de una consulta médica, independientemente del motivo de consulta o la causa de reconsulta, ya que aunque la tendencia marco que 38 personas tuvieron un examen físico malo o pésimo, ya que el examen físico consistió en tomar signos vitales o ningún contacto con el paciente.

8.1.2 La tendencia marco que fue pésima la explicación del médico a cerca de la etiología de su enfermedad, ya que no le refirieron a los pacientes las posibles causas de haber adquirido su o sus enfermedades y mucho menos los familiares que están expuestos a padecer de dichas enfermedades.

8.1.3 Con respecto a las recetas, muchas medicaciones no fueron bien explicadas o captadas por los pacientes por lo que se les insta a los médicos a ser más acuciosos a la hora de recetar a los pacientes, ya que esta información mal recibida podría dar malos resultados con los pacientes.

8.1.4 Explicarle a los pacientes a cerca de los hábitos o estilos de vida saludable a los pacientes, ya que se observó que 57 personas no recibieron información con respecto a este tema, y es fundamental para la prevención y promoción sobre la salud y puede evitar o disminuir el riesgo de innumerables patologías.

8.2 Crear estrategias para disminuir la estancia de espera de las personas desde el ingreso a las instalaciones hasta la atención médica con el apoyo del primer y segundo nivel de atención en salud, ya que muchas veces las personas se abocan como primera opción al hospital nacional, en este caso al Hospital Roosevelt.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

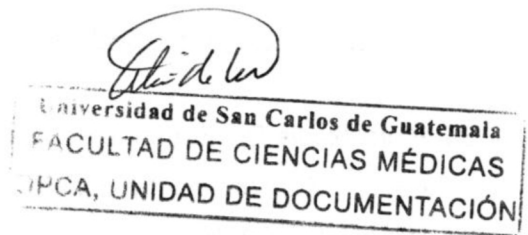
1. Zea Iriarte CI. Evaluación de la atención médica de la consulta general del Departamento de Pediatría del Hospital General San Juan de Dios. Mayo-Junio de 1987. [tesis de Médico y Cirujano]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 1987.
2. Williams G. Calidad de los servicios de salud. [en línea]. Argentina: Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica; 1997 [accesado 18 Jul 2011]. Disponible en: http://www.med.unne.edu.ar/catedras/aps/clases/28_calidad.pdf
3. Fernández Busso N. Calidad de atención médica. [en línea]. México: Programa de Educación a Distancia: Nuevas formas de organización y financiación de la Salud; 2008 (fascículo N.1). [accesado 5 Jul 2011] Disponible en: http://www.iner.salud.gob.mx/descargas/ARCAL/documentos/calidad_salud.pdf
4. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Regulación, acreditación y control de establecimientos de salud. [en línea]. Guatemala: MSPAS; 2011 [accesado 30 Jul 2011]. Disponible en: <http://mspas.gob.gt/calidad/>
5. Hospital Roosevelt. Guatemala. Atención en pacientes en consulta externa: Consolidado de Consultas. Guatemala: El Hospital; 2010.
6. Hospital Roosevelt. Guatemala. Historia [en línea]. Guatemala: El Hospital; 2009. [accesado 4 Sept 2011]. Disponible en: <http://www.hospitalroosevelt.gob.gt/HospRoosevelt/inicio.htm>
7. Olivar Gómez DF, Rueda Pérez MR, Rueda Valle ML. Encuesta de satisfacción de usuarios de servicios de Urgencias Hospital Local del Norte Isabu. [en línea]. Argentina: Instituto de Ciencias de la Salud; 2007. [accesado 2 Sept 2011]. Disponible en: http://www.bdigital.ces.edu.co:8080/.../Encuesta_satisfaccion_usuarios_servicio_
8. Aguirre Gas HG. Sistema ISO 9000 o evaluación de la calidad de la atención médica. Cir Ciruj [en línea]. 2008 [accesado 5 Sept 2011]; 76 (1): 187-196 Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2008/cc082o.pdf>
9. Aguirre Gas HG. La ética y la calidad de atención médica. Cir Ciruj (Argentina). [en Línea], 2002. [accesado Sept 2011]; 70 (1): 50-54. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2002/cc021j.pdf>, cuarto artículo

10. Chantia Vidal, Y. Introducción a la calidad en salud. [en Línea]. Chile: Artículo de Salud: 2006. [accesado 13 Mayo 2011]. Disponible en: <http://www.enfermeraspabellonyesterilizacion.cl/calidad/Historia.pdf>
11. Dardon Rodríguez EA. Auditoria médica en el Hospital Nacional de Antigua, estudio descriptivo sobre la evaluación de la calidad de atención médica otorgada en los departamentos de Medicina, Cirugía, Pediatría y Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional de Antigua, durante 1989; realizado utilizando el instrumento de Auditoria creado por Manuel Barquín. [tesis de Médico y Cirujano]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 1989.
12. Aguilar Solís IM. Calidad de la atención médica en el Programa de Salud Reproductiva de las Adolescentes del I.G.S.S. [tesis de Médico y Cirujano]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2000.
13. Rosario Núñez EA. Evaluación del plan educacional proporcionado en consulta externa del Hospital Nacional de Amatitlán. [tesis de Médico y Cirujano]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2004.
14. Ramirez Sanchez TJ, Nájera Aguilar P, Nigenda Lopez G. Percepción de la calidad de atención de los servicios de salud en México: Perspectiva de los usuarios. Salud Pública. [en línea]. 1998 [accesado 7 Sept 2011]; 40 (1): 3-12. Disponible en : http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003636341998000100002&lng=en&nrm=iso&tlng=es
15. Martínez Ramírez A, Van dick Puga MA, Nápoles Rodríguez F, Robles Uribe J, Ramos Ramos A, Villaseñor Urrea I. Hacia una estrategia de garantía de calidad: satisfacción en la utilización de los servicios médicos. . Cadernos de Saude Pública. (Brasil). [en línea]. 1996. [accesado 10 Sept 2011]. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X1996000300013&lng=en&nrm=iso&tlng=es
16. Wong Blandon YC, García Vega LC, Rodríguez Martinez EG. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud. [tesis de Médico y Cirujano en línea]. Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2002. [tesis Master en Salud Pública]. Disponible en: http://www.minsa.gob.ni/bns/tesis_sp/21.pdf
17. Chang de la Rosa M, Aléman Lage MC, Cañizares Pérez M, Ibarra AM. Satisfacción de los pacientes con la atención médica.. Rev Cub Medicina General Integral. [en línea]. 1999. [accesado 10 Sept 2011]; 15 (5): 541-7. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421251999000500009&lng=en&nrm=iso&ignore=.html

18. Sanchez Jacas I, Bonne Galí T, Pérez Ferrer C, Botín Díaz M. Evaluación de la calidad de la atención médica integral a trabajadores del municipio Santiago de Cuba. Rev Cub Salud Pública [en línea] 2002. [accesado 1 Agos 2011]; 28 (1): 38-45. Disponible en http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol28_1_02/spu04102.htm
19. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Foro regional mitch: Resumen ejecutivo foro nacional. [en Línea]. Guatemala: MSPAS; 2004 [accesado 28 Mayo 2011] Disponible en: <http://www.unisdr.org/eng/country-inform/reports/Guatemala-input.pdf> Guatemala
20. Acevedo MA, Alvarado Dumas C. Lecciones de semiología. 5 ed. Guatemala: Textos y Formas Impresas; 2006.
21. Salinas Rodríguez JL. González Díaz HE. Evaluación de la calidad en servicios de atención y orientación psicológica: conceptos e indicadores. [en Línea]. México: pepsic.bvsalud.org; 2006. [accesado 13 Oct 2011]. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1870350X2006000400014&script=sci_arttext
22. Jiménez Paneque RE. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual. Rev Cub Salud Pública. [en línea] 2004. [accesado 10 Sept 2011]; 30 (1): 17-36. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086434662004000100004&script=sci_arttext&lng=pt
23. Ramírez AM, García JE, Fraustro SR. Definición del problema de la calidad de la atención médica y su abordaje científico: Un modelo para la realidad Mexicana. Cad. Saude Pública. (Brasil). [en línea]. 1995. [accesado 12 Sept 2011]; 11 (3): 456-462. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1995000300021&lng=en&nrm=iso&lng=es
24. WordReference. Diccionario de la lengua española. Caracterización. [en Línea]. España: wordreference.com. [accesado 18 Sept 2011]. Disponible en: <http://www.wordreference.com/definicion/caracterización>
25. Wikipedia, La enciclopedia libre. Estructura. [en línea]. España: es.wikipedia.org [accesado 18 Sept 2011]. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Estructura>

26. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de Salud. [en Línea] Guatemala: MSPAS; 1997. [accesado 30 Mayo 2011]. Disponible en: http://www.google.com/url?sa=t&source=web&cd=1&ved=0CBoQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.disasterinfo.net%2FPEDSudamerica%2Fleyes%2Fleyes%2Fcentroamerica%2Fguatemala%2Fsalud%2FCodigo_de_Salud.pdf&rct=j&q=leyes%20de%20salud%20en%20guatemala&ei=8n_jTai7BYy2tge-f2nBw&usg=AFQjCNGmmE7hhrvzmz_jIZ_OSWLX4d7ZsA



10. ANEXOS

Anexo 1

MARCO LEGAL EN GUATEMALA

XII. CODIGO DE SALUD. DECRETO No. 90-97 DEL CONGRESO DE LA REPUBLICA

Artículo 1. Del derecho a la salud. Todos los habitantes de la República tienen derecho a la prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de su salud, sin discriminación alguna. (26)

Artículo 2. Definición. La salud es un producto social resultante de la interacción entre el nivel de desarrollo del país, las condiciones de vida de las poblaciones y la participación social, a nivel individual y colectivo, a fin de procurar a los habitantes del país el más completo bienestar físico, mental social. (26)

Artículo 4. Obligación del Estado. El Estado, en cumplimiento de su obligación de velar por la salud de los habitantes y manteniendo los principios de equidad, solidaridad y subsidiaridad, desarrollará a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y en coordinación con las instituciones estatales centralizadas, descentralizadas y autónomas, comunidades organizadas y privadas, acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, así como las complementarias pertinentes, a fin de procurar a los guatemaltecos el más completo bienestar físico, mental y social. Asimismo, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social garantizará la prestación de servicios gratuitos a aquellas personas y sus familias, cuyo ingreso personal no les permita costear parte o la totalidad de los servicios de salud prestados. (26)

Artículo 8. Definición del sector salud. Se entiende por Sector Salud al conjunto de organismo o instituciones públicas centralizadas y descentralizadas, autónomas, semiautónomas, municipalidades, instituciones privadas, organizaciones no gubernamentales y comunitarias, cuya competencia u objeto es la administración de acciones de salud, incluyendo los que se dediquen a la investigación, la educación, la formación y la capacitación del recurso humano en materia de salud y la educación en salud a nivel de la comunidad. (26)

Artículo 25. Prioridad de los recursos humanos. El Ministerio de Salud y las otras entidades del Sector, priorizarán el recurso humano como el factor clave para la modernización del sector y la implementación del modelo integral de atención en salud. (26)

Artículo 29. Responsabilidad para la formación. Las universidades, el Ministerio de Salud, el Ministerio de Educación y demás instituciones del Sector tienen la responsabilidad de formar a los profesionales y el personal técnico y auxiliares de la salud y ciencias conexas, de acuerdo a las normas y requerimientos académicos establecidos para cada nivel educativo en el sistema. (26)

Artículo 158. Comité de Bioética. Todo hospital, sea público o privado, deberá contar con un Comité de Bioética, el que ayudará al paciente, a la familia y al médico tratante, dentro del marco legal, a tomar las decisiones más acertadas. (26)

Artículo 215. Control de garantía de calidad. El Ministerio de Salud, a través de sus dependencias correspondientes, controlará que los equipos e insumos cuenten con la garantía de claridad del fabricante, que exista suministro local de repuestos, mantenimiento y la advertencia escrita en español de los riesgos que representa, si fuera el caso. (26)

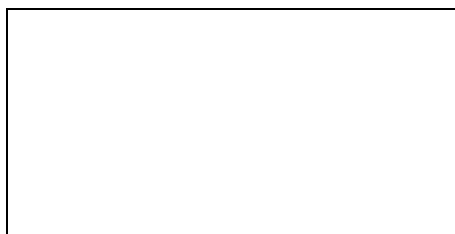
Anexo 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por el siguiente documento se hace constar la participación en el estudio: “ENCUESTA DE OPINIÓN DEL NIVEL DE ACEPTACIÓN PÚBLICA DE LA CALIDAD MÉDICA OFRECIDA EN LA CONSULTA EXTERNA DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL ROOSEVELT”, la cual se hace de forma voluntaria, de manera confidencial, para uso curricular, sin fines lucrativos y sin ninguna repercusión para la persona asistente, sin dañar la reputación de la institución participante. La información recabada se utilizara para fines de investigación.

Firma: _____ ó

Huella digital:

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for a digital signature or stamp.

Anexo 3

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

- DATOS GENERALES**

EDAD: _____ AÑOS. SEXO: MASCULINO _____ FEMENINO _____

ESCOLARIDAD: NINGUNA (1) _____ PRIMARIA (2) _____ SECUNDARIA (3) _____
DIVERSIFICADO (4) _____ UNIVERSITARIO (5) _____

- ESTRUCTURA:**

- ACCESIBILIDAD Y DISPONIBILIDAD:**

¿Vive en la capital o en un departamento? Capital (1) _____ Departamento (2) _____

¿Cuánto tiempo hizo de su casa al hospital? <1 hora (1) _____ 1-2 horas (2) _____

>2 horas (3) _____

¿Su medio de transporte es público o privado? Privado (1) _____ Público (2) _____

¿Cuánto fue el tiempo de espera antes de que lo atendiera el doctor, a qué hora vino? Hora:
_____ <1 hora (1) _____ 1-2 horas (2) _____ >2 horas (3) _____

- ATENCIÓN MÉDICA: (PROCESO)**

INTERROGANTE	PESIMO (1)	MALO (2)	REGULAR (3)	BUENO (4)	EXCELENTE (5)
¿Cuándo el doctor lo/a entrevisto, permitió que expresara todas sus molestias y preocupaciones?					
¿El médico que lo/a atendió escuchó atentamente todo lo que usted le decía o expresaba?					
¿El médico respondió a todas sus preguntas o dudas?					
¿Cuándo el médico lo atendió, cómo lo trato?					
¿Le examinó el médico que le atendió, y si la atendió cómo la examinó?					
¿Cuando el médico le examinó le informó antes de examinarlo que maniobras iba a utilizar durante la exploración?					
¿Al examinarlo realizó con delicadeza las maniobras que utilizó?					
¿El médico le explicó que enfermedad está					

padeciendo y usted comprendió la explicación?					
¿Le explicó la causa de su enfermedad?					
¿Le informó acerca de la conducta a seguir con respecto a su enfermedad?					
¿Le explicó el doctor los resultados de estudios de laboratorio o gabinete, en forma comprensible para su persona?					
¿Le explicó en qué consiste el tratamiento el médico tratante?					
¿Cuándo el médico le dio la receta, le explicó cómo usar los medicamentos, cuanto tiempo, la dosis y por cuantos días iba a tener el tratamiento?					
¿El doctor se tomó el tiempo necesario, para explicarle toda la información acerca de su padecimiento?					
¿Expresó el médico acerca de la posibilidad de que usted volviera a consultar en caso de que fuera necesario por su padecimiento?					
¿El médico le preguntó a cerca de su forma de vida y que por su padecimiento había que cambiar algunos hábitos acerca de su vida personal?					
¿El médico utilizó un lenguaje comprensible para que usted entendiera el mensaje ofrecido?					
¿Considera aceptable la atención recibida en la consulta externa?					

ANEXO 4

RECURSOS DE LA INVESTIGACIÓN

Humanos:

- Director de la Consulta Externa del Hospital Roosevelt
- Pacientes que asistieron a la consulta externa

Físicos:

- 101 boletas de recolección de datos
- Servicio de la Consulta Externa del Departamento de Medicina Interna, Hospital Roosevelt

Materiales:

- Computadora e impresiones
- Útiles de oficina
- Internet

Económicos:

Transporte	Q. 100.00
Fotocopias	Q. 300.00
Impresión de tesis	Q. 800.00
Total	Q 1,200.00