



UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE EL SALVADOR

VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y PROYECCIÓN SOCIAL
DIRECCION DE INVESTIGACIONES

**Servicios de salud pública en San Salvador. Diseño de instrumento de
medición**

ISBN 978-99923-21-60-7

José Ricardo Gutiérrez Quintanilla

Investigador

Dirección de Investigaciones

2009

La presente investigación fue subvencionada por la Universidad Tecnológica de El Salvador. Agradezco sinceramente a los estudiantes de psicología de la asignatura Seminario de Investigación por su valioso apoyo y participación en la recolección y tabulación de los datos. Las solicitudes de información, separatas y otros documentos relativos al presente estudio pueden hacerlos a la dirección postal: calle Arce, 1020, Universidad Tecnológica de El Salvador, Vicerrectoría de Investigación y Proyección Social, Dirección de Investigaciones, edificio *José Martí*, 2ª planta, o al correo electrónico ricardo.gutierrez@utec.edu.sv

Índice

Apartado	Página
1- Resumen.....	3
2- Método.....	24
a) Participantes.....	24
b) Instrumentos.....	26
c) Procedimiento.....	27
3- Resultados.....	27
a) Análisis psicométricos del instrumento (ECASS).....	28
b) Análisis descriptivos de los resultados.....	34
c) Análisis estadístico inferencial de resultados.....	38
4- Discusión.....	41
5- Conclusiones.....	45
6- Recomendaciones.....	46
7- Referencias.....	47
8- Apéndice.....	52

Resumen

El presente estudio tenía como objetivo hacer una evaluación de la calidad de atención en los servicios de salud en la ciudad de San Salvador. Para ello, se diseñó un instrumento a partir del modelo teórico sugerido por Donabedian (1966) que contiene las dimensiones de estructura, proceso-resultado y accesibilidad. Es un estudio descriptivo mediante encuesta (León y Montero, 2007), un diseño retrospectivo; la muestra es no probabilística de tipo incidental, constituida por 1,210 personas entre hombres (42.1%) y mujeres (57.9%) con edad media de 32.5 años.

Entre los resultados se tienen que el cuestionario (ECASS) posee adecuadas propiedades psicométricas de fiabilidad y validez. Así mismo, se encontró que existen diferencias significativas en la calidad de atención en salud entre los centros de atención privada y los públicos, indicando que es de mejor calidad la atención en los centros privados. Algunos indicadores considerados como negativos son: mala atención en el sistema de salud público salvadoreño (63.4%), los tiempos de espera entre una cita y otra, son muy largos (70.8%), en el sistema de salud público el acceso al médico especialista es sumamente difícil (68.4%). Estos resultados pueden ayudar al sistema de salud ha implementar mejoras en el proceso de atención en salud pública.

Servicios de Salud Pública en San Salvador. Diseño de Instrumento de Medición

La evaluación de los servicios de salud inicia en los EE.UU. en la década de los 50 del siglo XX, con la acreditación de calidad de atención en los hospitales. En este contexto, surgen muchas propuestas en diferentes estados, por ejemplo, las de Chicago, Washington, y la de la escuela de salud pública de Illinois, todas ellas centradas en la construcción de estándares para evaluar la calidad de los servicios de salud. De esta forma, aparece el Proyecto (Oliver, 2005) Nacional de Medición de Estándares y Desempeño de la Salud Pública de EE.UU. por sus siglas en inglés, NPHPSP. El cual establece cuatro niveles para medir la calidad de atención en salud pública: a) cumplimiento entre el 75 y el 100%) = Sí; b) cumplimiento entre el 51 y el 75% = parcialmente alto; c) cumplimiento entre el 26 y el 50%= parcialmente bajo; y d) cumplimiento < 25%) =No, facilitando herramientas normalizadas para medir la calidad de la atención en salud pública.

En América Latina es a partir de los años 70 que surgen algunos esfuerzos limitados, especialmente en Brasil, Argentina y Colombia, los cuales no han tenido mayor importancia. En El Salvador se desarrolló un proyecto de programa nacional de gestión de evaluación de calidad en los servicios de salud para ser implantado en el quinquenio 2004-2009, el cual nunca se concretizó.

En la actualidad existe una percepción bastante generalizada de la mala calidad de los servicios de salud pública en El Salvador, reflejándose tanto en el autoestudio cualitativo del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, MSPAS (2005), el cual enfatiza en los *problemas de la suficiencia y preparación del recurso humano, la deficiencias en la gestión de insumos asistenciales, las deficiencias en monitoreo y supervisión, la falta de estandarización en la prestación de los servicios de salud, la ausencia de un sistema de categorización*. En este mismo informe, se confirma la mayoría de los problemas relacionados con la calidad de los servicios de salud del sistema nacional, con la diferencia de que estos han sido señalados por profesionales externos al sistema. Entre estos se tienen las siguientes: deficiencias en la infraestructura física y en la dotación de recursos humanos en el área asistencial, falta de oportunidad en los servicios, inequidades en el acceso a la tecnología, escasa coordinación entre los formadores del talento humano y los proveedores de servicios de salud, limitada coordinación

interinstitucional e intersectorial, atraso tecnológico que dificulta la atención de los usuarios y la gestión de la información, entre otros.

El propósito general del presente estudio fue evaluar la calidad de atención en los servicios de salud pública de San Salvador, incluyendo en este indicadores de *infraestructuras*: condiciones de comodidad del paciente, distribución física y mantenimiento del centro de salud; *proceso-resultado*: agilidad en los procesos administrativos, como sacar una cita, el expediente clínico, resultado de exámenes (laboratorio y Rx), atención del paciente, tanto del médico como de la enfermera, evaluación y tratamiento médico recibido, efectividad del tratamiento; y *accesibilidad*: acceso al sistema de salud, al médico general u especialista, los tiempos de espera entre citas y en el día de la consulta.

En los últimos años se han realizado diferentes esfuerzos desde los Estados orientados a reorganizar los sistemas de salud en la mayoría de países latinoamericanos, con el propósito de brindar servicios de salud de calidad a la población. El Salvador no ha sido la excepción, (ejemplo: sistema integral de salud). Estos esfuerzos han derivado en múltiples conflictos de intereses entre las autoridades de salud y los sindicatos de trabajadores de la salud. Estas crisis (ejemplos: paros laborales, marchas) han obedecido a diferentes causas, como son: exigencias salariales, prestaciones adicionales, incremento del presupuesto en salud. Uno de los mayores conflictos ha sido las luchas de los profesionales de la salud para evitar el componente privatizador (dogma neoliberal) de algunos servicios de salud (limpieza, lavandería, alimentación, seguridad, cirugías e infraestructura), que históricamente fueron prestados por empleados del Estado. Estas crisis han desgastado tanto al sistema de salud (Ministerio de Salud y Seguro Social), como a los mismos profesionales de la salud, incidiendo en la calidad de los servicios de salud prestados. Esto último ha configurado en no pocos salvadoreños una imagen relativamente desfavorable hacia el sistema de salud salvadoreño.

La situación se constata con el conjunto de resultados insatisfactorios que hoy se observan en el área, pudiéndose afirmar que el sector salud experimenta, en la actualidad, una profunda crisis que se proyecta en todos los ámbitos y niveles que le involucra; y se evidencia en el desmejoramiento de la atención, calidad y cobertura de los servicios médico-asistenciales (Pérez, 2007), donde se destaca la disminución del acceso a los servicios de atención médica para las comunidades más necesitadas, dada la carencia de los

materiales médico-quirúrgicos y suministro oportuno y regular; la recurrente paralización de las actividades y las propias condiciones inadecuadas de la red de servicios, lo cual va en detrimento de la salud de la población

Existen diferentes planteamientos sobre la forma de abordar la calidad de atención en los servicios. En su mayoría enfatizan en la calidad de atención al cliente, siendo este un enfoque de la mercadotecnia. Sin embargo, también existen algunos modelos que explican el problema de la calidad en la atención de los servicios de salud. En el presente estudio nos limitaremos a plantear algunos modelos usualmente retomados para evaluar la satisfacción de los usuarios en los servicios médicos. Dueñas (2008) hace énfasis en las tres dimensiones de la calidad en los servicios de salud: la *dimensión técnico-científica* con la cual se pretende garantizar servicios seguros a los usuarios dentro de la balanza riesgo-beneficio; la *dimensión administrativa* referida a las relaciones prestadores- consumidores que están vinculadas con los procesos de atención de que dispone la organización; y se hace un especial énfasis a la *dimensión humana*, tradicionalmente desconocida y poco tratada cuando se habla de calidad, siendo la parte fundamental de la atención en salud, ya que la razón de ser del servicio de salud es el ser humano, como un ser biopsicosocial.

En lo referente al sector salud se han difundido varias definiciones sobre calidad en los servicios que brindan. Entre las más relevantes se tienen dos; la primera: *“Es el desempeño apropiado (acorde con las normas) de las intervenciones que se saben son seguras, que la sociedad en cuestión puede costear y que tiene la capacidad de producir un impacto sobre la mortalidad, la morbilidad, la incapacidad y la desnutrición”*(Roemer y Montoya, OMS, 1988); la segunda: la más conocida, la de Donabedian (1974, 1988), quien la define como *“proporcionar al paciente el máximo y más completo bienestar, después de haber considerado el balance de las ganancias y pérdidas esperadas, que acompañan el proceso de atención en todas sus partes”*. Esta calidad recoge el pensamiento técnico de quienes la aplican (médicos, enfermeras, administradores) con su cosmovisión y formación académica (Donabedian, 1984). Existe consenso entre los especialistas en que Donabedian es la referencia obligada para tratar, evaluar y estudiar la calidad de la atención en los servicios de salud, debido a que es el autor que más ha investigado y escrito sobre el tema.

El modelo teórico sobre la calidad de los servicios de salud de Donabedian (1974, 1988) está estructurado en tres dimensiones: a) *Estructura*, representada por los indicadores de comodidad, instalaciones físicas, organización y administradores; b) *Proceso*, con los

indicadores de procedimientos, acciones realizadas en la consulta, relaciones interpersonales; c) *Resultados*, referidos a los cambios observados en el estado de salud del paciente, percepción general de la atención recibida; y d) *Accesibilidad*. Esta última dimensión o criterio tiene relación con la estructura y fue incluida al modelo de tres dimensiones de Donabedian por Frenk (1985), y por la Secretaría de Salud de México (1994). En esta dimensión se incluyen los indicadores de tiempos de espera, los horarios del servicio, costos y acceso al centro de salud. En el presente estudio se pretende medir la calidad y satisfacción de los servicios de salud, desde la perspectiva del usuario en la ciudad de San Salvador. Para ello, se diseñó un instrumento que evaluará las dimensiones y los indicadores planteados por Donabedian (1974,1988) y Frenk (1985), en virtud de que existe consenso entre los expertos en plantear que el modelo indicado para evaluar la calidad de la atención en los servicios de salud es el de los autores antes mencionados. Entre los objetivos planteados para el estudio se tienen:

General

Determinar la calidad de los servicios de atención en salud recibida por los usuarios en la ciudad de San Salvador.

Específicos

1. Describir las características sociodemográficas de la muestra del estudio.
2. Elaborar un análisis psicométrico de la escala de medición de la atención de los servicios de salud.
3. Elaborar un análisis descriptivo (frecuencia y porcentajes) por cada ítem de la atención en los servicios de salud de la ciudad de San Salvador.
4. Establecer la diferencia de la calidad de atención en los servicios de salud en función de los demás centros de salud.
5. Establecer la diferencia de la percepción de costos de la atención en salud en función del sexo de la muestra.
6. Determinar la calidad de atención en salud en los centros de salud de San Salvador en función de las diferentes áreas del proceso de atención en salud.

Como *justificación* se tiene que estudiar la calidad de atención en los servicios de salud pública es un proyecto totalmente viable, básico y fundamental para el sistema de salud

pública salvadoreña, debido a que existen opiniones desfavorables y generalizadas sobre los inadecuados servicios de salud que presta el Estado a la población. Es de mencionar que el investigador ya ha realizado otros estudios sobre la salud de la población, situación que favorece el abordaje técnico científico del problema. Se trata, entonces, de sistematizar mediante el método científico las vivencias, observaciones, experiencias y el análisis crítico de las percepciones de la calidad en los servicios de salud que proporciona el Estado a la población salvadoreña. El conocimiento objetivo de las fases del proceso (estructura, proceso-resultado y accesibilidad) de atención en los servicios de salud pública facilitará reorganizar, reorientar, modificar, capacitar, diseñar e implantar programas de mejoras en la calidad de servicios de atención en salud. Así mismo, será un insumo valioso para la gestión y administración de los servicios de salud pública salvadoreña, debido a que actualmente no existe en el país un programa de evaluación de la calidad de atención en salud que beneficie tanto al usuario como al propio sistema. De ahí, la relevancia del estudio, ya que los directores de los centros de salud, los funcionarios y profesionales de salud tendrán una herramienta de utilidad práctica para la adecuada gestión y dirección de los problemas relacionados con la calidad de atención en los servicios de salud pública. Entre las críticas hechas al sistema de salud se tienen:

En primer lugar, se habla de una atención médica lenta, retardada (no hay prontitud), por ejemplo, perder 4 o más horas por una consulta general; existe saturación de los centros de salud, que sin duda se debe a la falta del número suficiente de profesionales de la salud, (1.24 médicos, 0.8 enfermeras y 0.5 dentista por cada 1,000 habitantes OMS 2006) a la falta de centros de salud (acceso 45.3% es malo) o a problemas procedimentales de la institución de salud (56.2% malos); en segundo lugar, se tiene una atención inadecuada hacia el paciente: problemas de comunicación y falta de orientación oportuna; en tercer lugar, la atención especializada es extremadamente lenta y escasa (68.4% mala), hasta seis meses de espera; en cuarto lugar, existe una carencia y sospechas de la calidad de los medicamentos que sirve el Estado (40.8% malos); y en quinto lugar, la atención médica rural es deficiente por falta de unidades de salud, falta de profesionales de la salud (54.8% mala), de material, equipo y medicamentos. Sin embargo, a pesar de las deficiencias mencionadas, existe un sistema de salud, con unidades de salud en los municipios, hospitales generales (27) y hospitales especializados (3); los hospitales generales están distribuidos en las ciudades más importantes del país, mientras que los especializados están

en la ciudad capital. Pero aún así la población salvadoreña tiene que sufrir muchas de las penurias antes mencionadas. La descripción anterior sugiere iniciar una línea de investigación que permita que, paso a paso, se vayan estudiando cada una de las áreas ya mencionadas. En el presente estudio se hará un abordaje descriptivo e inferencial de algunas variables directamente relacionadas con la calidad de los servicios de salud pública en el área de San Salvador, significando que quedarán pendientes de estudiarse un buen número de indicadores de la calidad de la salud en todo el país.

En la contextualización teórica, Cebrián (1995) define la "calidad" como la totalidad de funciones, características o comportamientos de un bien producido o de un servicio prestado, que son capaces de satisfacer las necesidades de los consumidores. "Se trata de un concepto subjetivo, en el que cada individuo puede tener su propia apreciación o su particular juicio de valor acerca del producto o servicio en cuestión.

De acuerdo con Varo (1994), las *dimensiones de la calidad asistencial son*: a) *Eficacia*. Algunos autores la definen como la relación entre los objetivos previstos y los conseguidos en condiciones ideales o experimentales. b) *Eficiencia*. Relación entre el impacto real de un servicio o programa y su coste de producción. Un servicio es eficiente si consigue el máximo logro con el mínimo número de recursos posible, o con los recursos disponibles. c) *Eficiencia clínica*. Está subordinada a la actuación del profesional, que no debe emplear recursos innecesarios. Su evaluación se realiza por medio de auditorías, que son equipos técnicos que revisan la documentación clínica. Pueden ser equipos internos del hospital o un equipo externo que realiza auditorías. d) *Accesibilidad*. Facilidad con que se obtienen, en cualquier momento, los servicios sanitarios, a pesar de posibles barreras económicas, geográficas, de organización, psíquicas y culturales. e) *Disponibilidad*. Grado en que los servicios sanitarios se hallan en estado operativo, la disponibilidad incluye la accesibilidad. f) *Calidad científico-técnica*. Nivel de aplicación de los conocimientos y la tecnología disponible en la actualidad (actualización constante y formación continuada). g) *La satisfacción del cliente*. Grado de cumplimiento de sus expectativas en cuanto a la atención recibida y sus resultados. Incluye la satisfacción con la organización, la asistencia recibida, los profesionales y los resultados de la atención sanitaria. h) *Cooperación del paciente*. Grado en que el paciente cumple el plan de atención; depende de la relación que se establece entre el paciente y el profesional. Es un componente de gran importancia en la

atención médica ambulatoria. i) *Continuidad*. Tratamiento del paciente como un todo en un sistema de atención integrado. Los servicios deben ser continuos y coordinados para que el plan de cuidados de un paciente progrese sin interrupciones. j) *Competencia profesional*. Capacidad del profesional de utilizar plenamente sus conocimientos en su tarea de proporcionar salud y satisfacción a los usuarios. Se refiere tanto a la función operacional como a la relacional, tanto del profesional sanitario como de la organización. k) *Seguridad*. Balance positivo de la relación riesgo-beneficio.

Un estudio realizado por Fabiao (2008) en los hospitales de tres provincias de Mozambique sobre la *calidad de atención obstétrica en los servicios de salud reproductiva* se centro en evaluar tres dimensiones: la humanización, la competencia técnica y la administración. En la dimensión *humanización* se encontraron fallas puntuales en los aspectos del trato, comunicación y privacidad, fallas que pueden ser limitantes para una buena interacción proveedor-usuaria y que pueden llevar a una deficiente resolución de las preocupaciones de las usuarias o no ofrecer respuesta integral a sus necesidades. Había preocupación en cumplir las rutinas de las normas estandarizadas, en perjuicio del cumplimiento de las técnicas. Se encontró deficiencias en la ejecución o implementación de las técnicas, de modo que las técnicas no son observadas o respetadas sistemáticamente; en consecuencia, el promedio de la dimensión humanización fue regular/incompleta (deficiente). Las diferencias observadas en los promedios entre las provincias no son significativas. En la dimensión *competencia técnica*, el componente de enseñanza fue inadecuado en 65.1%. Los resultados difieren de otros estudios. En estos últimos se evidencia que, en los indicadores de la dimensión competencia técnica, la mayoría obtuvo una calificación de regular-incompleta. Mientras en el presente el indicador, *enseñanza*, obtuvo una calificación inadecuada. Hay mayor preocupación por los aspectos clínicos o resolución del problema de la gestante (embarazada), en perjuicio de una atención de calidad. También hay una deficiente gestión administrativa. En cuanto a la satisfacción de la usuaria, en el estudio hay un porcentaje considerable de usuarias que refiere no haber recibido información con frecuencia en el período perinatal, considerado esto como fallas del sistema, ya que el proveedor debe buscar siempre ofrecer información integral a la usuaria en todos los períodos del embarazo. Algunas de sus conclusiones son: la calidad de la atención obstétrica en la atención del parto en las tres provincias (Cabo Delgado,

Inhambane y Zambezia) es de calidad regular-incompleta (deficiente). Existen normas estandarizadas de atención, las proveedoras las conocen pero su implementación técnica es deficiente; hay uso deficiente de los recursos y bajo nivel de excelencia profesional; la comunicación influye en la satisfacción de la usuaria, ya que su carencia fue manifestada en todos los procesos de atención obstétrica. Existen diferencias significativas en la calidad de atención, específicamente en la gestión administrativa por provincia. Por último, los resultados advierten una reflexión sobre la asistencia de las enfermeras de salud materno-infantil en el ámbito de la estructura, el proceso y los resultados.

Desde la perspectiva de la calidad en la atención al cliente, la consultora en marketing y recursos humanos *Estrategia Magazine* (2008) plantea que la calidad del servicio la define quien consume y no quien produce. La calidad de atención al usuario es la principal diferencia entre las empresas competidoras para atraer o rechazar los usuarios. Al momento de comprar un producto o servicio, muchas veces es más importante la calidad en la atención que el precio, el ambiente, la presentación del producto u otros factores. Si se define *calidad* desde el punto de vista del usuario, podemos decir que es la relación entre percepción y expectativa. Todos los seres humanos poseemos valores, deseos y estados de ánimo. En general, estos tres elementos son variables creadas e influenciadas por la familia de la que provenimos, la educación, el entorno social, la edad cronológica, la situación económica. Todas estas variables influyen en la creación de expectativas personales. La expectativa es lo que se espera recibir, lo que se espera que suceda. Mientras la percepción es lo que nuestros sentidos captan de la realidad. En un determinado momento, se hace una confrontación entre lo que se percibe y la expectativa que se tenía. Es a partir de ahí que ocurre una de las tres situaciones siguientes:

Una percepción inferior a la expectativa. Si lo que se percibe que se recibe es inferior a la expectativa que se tenía, hay un *problema de insatisfacción y desilusión*, lo que conduce a una frustración culminando en un bloqueo y negativización hacia ese producto, servicio, empresa, persona o lo que fuere. *Una percepción igual a la expectativa.* Si lo que se percibe que se recibe es igual a lo que el consumidor había esperado, este queda *satisfecho* y en un estado emocional que le hace conceptuar el hecho como de calidad. *Una percepción superior a la expectativa.* Si lo que se percibe que se recibe es superior a la

expectativa que se había creado el usuario, el impacto le lleva a conceptualizar el hecho como *excelente y de alta calidad*, la experiencia es altamente gratificante.

En conclusión, la situación del primer caso es muy difícil de revertir; se podría decir que la cicatriz ya quedó marcada. Por lo tanto, lo recomendable es hacer el máximo esfuerzo para que esta situación no se presente. El segundo caso es de equilibrio inestable, ya que un cambio en cualquiera de las tres variables: valores, deseos y estados de ánimo puede modificar tanto la expectativa como la óptica de la percepción. Por último, el caso tres es la situación que se debe intentar lograr permanentemente, a pesar de que es difícil, no sólo por una modificación de las variables por causas externas, sino también por causas intrínsecas de la situación. La satisfacción, referida al usuario, es la sensación de gratificación que se logra cuando se cubre una necesidad, una demanda, la solución de un problema. El grado de satisfacción determina la conducta subsiguiente del usuario; un usuario satisfecho es más propenso a solicitar el servicio y brindar referencias positivas, es la mejor publicidad de una institución, sea esta de salud o una empresa que vende otra clase de servicio; *la calidad percibida es la sumatoria de satisfacciones a través del tiempo*.

De acuerdo con Amaya (2006) *la calidad de la salud* se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios de aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. También es referida como la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario.

González-Garza (2006) expresó que la calidad cuesta dinero, debido a que presupone una cantidad adecuada de atención y a menudo significa más cuidado. Cuando la atención se presta en forma ineficaz también desaprovecha recursos. Los costos crecen sin el correspondiente aumento en la calidad, debido a ineficiencias en los métodos y en la escala de producción. La calidad cuesta dinero, pero si se suprimen servicios inútiles y se producen servicios más eficientes es posible obtener una calidad más alta con el mismo dinero que ahora se gasta en atención. La eficiencia debe distinguirse de la calidad, aún cuando sus consecuencias afecten el nivel de calidad que se alcanza o podría alcanzarse. El costo monetario es un ingrediente en el juicio sobre la calidad, si se añade al riesgo como una consecuencia indeseada de la prestación de la atención. Los beneficios y riesgos están

determinados por la condición del paciente, la eficacia de la ciencia médica y el grado de destreza con que esta se aplica. La eficacia de la ciencia y la tecnología deben separarse de la calidad del tratamiento técnico, que juzga qué tan bien se usan la ciencia y la tecnología. El grado de eficiencia en la producción de servicios influye sobre la relación entre el costo y los servicios.

La calidad de la atención médica se define como el tratamiento que es capaz de lograr el mejor equilibrio entre los beneficios de salud y los riesgos. Cuando el juicio de la calidad toma en cuenta los deseos, expectativas, valoraciones y medios del paciente, podemos hablar de una “definición individualizada de la calidad”. Las características de los pacientes varían en función de las características demográficas, sociales, y según la etapa de su enfermedad. Considerar el costo monetario de la atención equivale a decir que la capacidad de pago del paciente influye sobre el estándar de la calidad, lo cual trae aparejado un problema moral para el médico. Así, la definición absolutista de la calidad es moralmente neutral, mientras que la definición individualista no lo es (González-Garza, 2006). Los proveedores de atención en salud se clasifican en: un médico, varios profesionales, un equipo formal o informalmente organizado, una institución, un plan, un programa o un sistema completo de atención médica; finalmente, se hallan quienes reciben la atención que pueden ubicarse entre alguna de estas variables: entre paciente y persona, y entre el individuo y el agregado. Una agrupación de pacientes es llamada “carga de casos”, mientras que un grupo de personas es una “población, comunidad o incluso nación”.

Un estudio en Sur África (Christofides, Jewkes, Webster, Kekana, Abrahams y Martín, 2005) encontró que el sistema de salud era profundamente defectuoso, con problemas de inaccesibilidad, con prejuicios y con falta de entrenamiento en todos los niveles (Human Rights Watch 1997). Se encontró a menudo largas esperas para recibir los servicios de salud; de uno a cinco pacientes esperando más de cinco horas para que lo viera un cirujano del distrito (Swart, Gilchrist, Butchard, Seedat y Martín, 1999).

La evaluación de la calidad de los servicios de salud inició en las primeras décadas del siglo XX (Bronfman, López, Magis-Rodríguez, Moreno-Altamirano y Rutstein, 2003), y a partir de la segunda mitad de ese siglo se convirtió en una herramienta indispensable en la transformación de los sistemas de salud, respondiendo a los reclamos de eficiencia técnica y responsabilidad social de sus servicios. Recientemente fue aceptado que la calidad de la atención sea evaluada desde la perspectiva de los pacientes, constituyendo así un

importante elemento en el desarrollo de los servicios de salud (Ramírez, Nájera, Nigenda, 1998; Rahmqvist, 2001; Drain, 2001).

De acuerdo con Donabedian (1993), los servicios de salud deben, además de ser técnicamente efectivos y económicamente eficientes, ser convenientes, aceptables y agradables para el usuario. En este sentido, es el paciente y sus familiares quienes, en última instancia, deciden si el servicio proporcionado responde a sus necesidades y expectativas. Por esta razón, el objetivo de los servicios no puede limitarse a alcanzar el alivio médico del enfermo, sino buscar incrementar su entusiasmo y su confianza en las instituciones de salud. El conocimiento científico y técnico puede generar productos o servicios de alta calidad, pero es la aceptación del consumidor la que, finalmente, valida integralmente el proceso de la atención.

Se han desarrollado múltiples propuestas para lograr una adecuada evaluación de los servicios en el área en la que directamente se presta la atención. No obstante, prácticamente todas conceden una importancia capital al uso de las encuestas aplicadas directamente a los usuarios y sus familiares para evaluar su satisfacción respecto al servicio recibido (Ware, Davies, Stewart, 1978; McKinley, Terjinder, Hasting, French y Baker. 1999), de manera que su uso para evaluar la calidad de los servicios se ha convertido en una herramienta cada vez más importante (Draper, 2000; Duff, Camping y Ahmed, 2001; Barón, Dushenat y Friedman, 2001), Dado que las diferencias en la calidad de los servicios pueden tener su origen en aspectos tan distintos como, por ejemplo, la estructura y organización de los programas (Dellana, Glascoff, 2001; Sánchez, Ochoa, García y Martín. 1997), el costo de la atención (Donabedian, 1984), la cantidad de recursos disponibles (Gómez, Garrido y Tirado, 2001) y el entrenamiento y actitud de los proveedores (Ramírez, Nájera y Nigenda, 1998), entre otros, recobra importancia la percepción del paciente.

En una conferencia de la Sociedad Internacional de Calidad de Servicios de Salud, realizada en Venecia, Italia, Donabedian (2005) expresó con claridad los puntos clave relacionados con el papel que deberían desempeñar los usuarios en el mejoramiento de la calidad. El tema desarrollado por él planteaba los siguientes papeles del cliente: definidores de la calidad, evaluadores de la calidad, informantes de la calidad, coproductores de la atención, ejecutores de la garantía de calidad, controladores de los prestadores y reformadores del servicio de salud. Como resultado de lo anterior, los sistemas de salud son

campo de investigación, observando no solo al paciente, sino al entorno en el cual está inmerso, como parte de su estado de salud. El boletín de la OMS (2000), en su número de junio, publicó uno de los pocos manuscritos inéditos de Donabedian. En este documento reflexiona sobre la evaluación de la competencia del médico. En la introducción de este artículo ponía énfasis en el impacto de la calidad en la atención.

Donabedian (1966) introdujo los conceptos de *estructura, proceso y resultado*, que constituyen el paradigma dominante de evaluación de la calidad de la atención en la salud. El punto culminante del trabajo de Donabedian es la serie de tres volúmenes sobre exploraciones en la evaluación y monitoreo de la calidad, que constituyen la sistematización definitiva de conceptos, métodos y evidencias. En su discurso de aceptación del Premio de Investigación en Servicios de Salud en 1986 y las declaraciones que hizo a Fitzhugh Mullan un mes antes de su muerte, permitieron conocer con claridad su pensamiento sobre la atención en salud. Entre las ideas más importantes de su pensamiento están:

La calidad que se observa en el hospital realmente está limitada a la competencia técnica (Donabedian 1986), a la atención superficial, al proceso interpersonal; el sistema debe procurar mantener contento al paciente, ser amable, llamarlo señor o señora; recordar su nombre. La idea que los pacientes deben involucrarse en su atención, en general, no es practicada de manera responsable. Hoy día la gente habla de autonomía del paciente, pero, por lo general, se traduce en abandono del paciente. El médico debe trabajar diligentemente con el paciente a fin de llegar a una solución que sea aceptable para este, pero que no sea dirigido. El papel del médico es asegurarse activamente de que el paciente llegue a una decisión razonable, pero sin ser manipulado. Muchos médicos se esconden tras el alegato de que son buenos clínicos, pero que el sistema está mal, sin darse cuenta de que ellos son el aspecto clave del sistema. Este es responsabilidad de los médicos y de los dirigentes de los hospitales.

"Creo que los servicios de los hospitales son un desastre. He visto a tantas enfermeras de tiempo parcial trabajando en horarios distintos. Van y vienen. A menudo no podía saber si estaba tratando con una enfermera, un técnico, un médico de guardia o un

asistente; vi una discontinuidad rampante en la atención de enfermería y muchas enfermeras pobremente formadas, especialmente en los fines de semana."

"En las escuelas de medicina o enfermería no se enseña administración del sistema; luego se pone a médicos y enfermeras a cargo de sistemas que suelen estar bajo presiones financieras de corto plazo. Estas presiones son reales, pero el objetivo de los buenos sistemas debe ser lidiar con ellas."

"Nunca he estado convencido de que la competencia por sí sola pueda mejorar la eficiencia o la eficacia de la atención y ni siquiera de que pueda reducir el costo de la atención. Creo que la comercialización de la atención es un gran error. La salud es una misión sagrada. Es una empresa moral y una empresa científica, pero no una empresa comercial. No estamos vendiendo un producto. Los médicos y las enfermeras son guías de algo muy valioso. Su labor es una suerte de vocación y no simplemente un trabajo; los valores comerciales no pueden captar lo que ellos hacen por los pacientes y por la sociedad en su conjunto".

"La conciencia en los sistemas y el diseño de los sistemas son importantes para los profesionales de la salud, pero no bastan, solo son mecanismos potenciadores. Lo esencial para el éxito de un sistema es la dimensión ética de los individuos. A fin de cuentas, el secreto de la calidad es el amor. Uno debe amar a su paciente; uno debe amar su profesión; uno debe amar a su Dios. Si tienes amor, entonces puedes volver la mirada para monitorear y mejorar el sistema. La comercialización de la salud no debe ser una fuerza central en el sistema".

De acuerdo con la directora general de la Organización Mundial de la Salud (OMS. 2008), la doctora Chan en el "Informe sobre salud en el mundo", expresa mucha preocupación e invita a los países miembros a revisar sus sistemas de salud, y propone cuatro conjuntos de reformas que reflejan la convergencia de los valores de la atención primaria, las expectativas de los ciudadanos y algunos retos comunes de naturaleza transversal para el desempeño de los sistemas de salud. Y estas son: a) *reformas en pro de la cobertura universal* que garanticen que los sistemas de salud favorezcan la equidad sanitaria, la justicia social y el fin de la exclusión, dando prioridad al acceso universal a la protección social en salud; b) *reformas de la prestación de servicios* que reorganicen los

servicios de salud en función de las necesidades y expectativas de la población, para hacerlos más pertinentes socialmente y más sensibles a los cambios que experimenta el mundo, y que propicien, al mismo tiempo, mejores resultados; c) *reformas de las políticas públicas* que mejoren la salud de las comunidades mediante la integración de las intervenciones de salud pública y la atención primaria, la aplicación de políticas públicas saludables en todos los sectores y el fortalecimiento de las intervenciones de salud pública transnacionales; y d) *reformas del liderazgo* que sustituyan la exagerada dependencia de los sistemas de mando y control por un lado, y el *laissez-faire* (liberalismo) del Estado, por otro, por un liderazgo integrador, participativo y dialogante capaz de afrontar la complejidad de los actuales sistemas de salud.

En el terreno sanitario, el concepto de la calidad de la asistencia sanitaria, tal como lo entendemos en la actualidad, empezó a ser aplicado hacia los años cincuenta, también en Estados Unidos (Suñol, y Foz, 1982). La aparición, en 1951, de la Joint Commission on Accreditation of Hospitals (Comisión Conjunta para la Acreditación de Hospitales) con un primer planteamiento de parámetros “de calidad” que debían cumplir los hospitales (Oliver, 2005) para ser acreditados, condición indispensable hacia la década de 1960 para poder establecer contratos con la seguridad social norteamericana, y el histórico artículo de Donabedian (1966) en el que se planteaban los principios de la calidad asistencial según criterios de estructura, proceso y resultados (Donabedian, 1966), dan cuenta de la naturaleza de los sistemas de calidad aplicados a la asistencia sanitaria. Estos sistemas de calidad forman ya parte del panorama del mundo de la gestión sanitaria, con aportaciones normativas de las diversas administraciones públicas, frecuentemente basadas en modelos de calidad tales como ISO (Centre Català de la Qualitat. ISO 9001-2000, 2005), EFQM (EFQM. Directrices para el sector público 1996; Lorenzo, Arcelay, Bacigalupe, Mira, Palácio, Ignacio *et al* 2001), o los nuevos criterios de acreditación aplicados a cada uno de los distintos niveles asistenciales de la misma comisión conjunta (Joint Commission, 1998). No obstante, en el terreno de la salud pública ha permanecido el estudio Delphi de 1997, realizado por la OMS (OPS/OMS. Funciones Esenciales de Salud Pública, 2000) y en el mismo año el Departamento de Salud y servicios Humanos de EE.UU plantean, cada uno por su lado, una nueva visión de la salud. Así mismo, diversas experiencias y aplicaciones ven la luz. California experimenta un modelo de estándares propios (Spain, Eastmen y Kizer, 1989), así como también lo hacen Washington (Mauer, Mason, Brown,

2004), Chicago (Turnock, Handler, 1996), la Escuela de Salud Pública de Illinois (Handler, Issel, Turnok, 2001; Landrum, Baker, 2004), el Programa de Acreditación para servicios locales de salud pública de Michigan (Pyron, Cline, Tews y Parker, 2003) y la Facultad de Medicina y Salud Pública del Reino Unido (The Faculty of Public Health Medicine, 2004; Segura, Larizgoitia, García-Benavides y Gómez, 2004), entre otros.

El proyecto del NPHPSP (Proyecto Nacional de Medición de Estándares y Desempeño de la Salud Pública), de los centros de control de enfermedades (CDC), ofrece en el momento actual, una potente herramienta ampliamente validada y ensayada (Beaulieu, Scutchfield y Kelly, 2003; Beaulieu, Scutchfield, 2002; Mays, Halverson, 2000; Reid, Beitsch, Brooks, Mason, Mescia y Webb, 2001; Kennedy, 2003), al plantear un modelo (estándar) con el que puede compararse a partir de criterios, subcriterios e indicadores concretos, y con puntuaciones respecto al grado de cumplimiento que la organización de salud pública evaluada alcanza en cada uno de ellos. Todo ello de forma específica para servicios de salud pública estatales y locales, así como un clarificador glosario que permite definir y comprender unívocamente cada uno de los términos utilizados (National Public Health Performance Standards Program, 2004). Cada uno de estos criterios específicos es evaluado con cuatro valores (respuestas) posibles: “sí” (nivel de cumplimiento entre el 75 y el 100%); “parcialmente alto” (cumplimiento entre el 51 y el 75%); “parcialmente bajo” (cumplimiento entre el 26 y el 50%); o “no” (cumplimiento < 25%). Podemos, por tanto, objetivar y dimensionar hasta qué punto nuestra organización está próximo o alejado de los estándares establecidos. Obviamente, la aplicación de esta herramienta en una realidad concreta nos permite detectar y ponderar fortalezas y debilidades de nuestro sistema u organización de salud pública, así como plantear objetivos concretos de mejoras; para la medición los modelos ISO 9001-2000 o EFQM (Modelo Europeo de la Calidad aplicado a la gestión de la salud) pueden ser herramientas adecuadas.

La Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería (FEPPEN, 2001) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2001) expresan que el surgimiento de los primeros programas de calidad, los programas de acreditación de hospitales (Novaes, Paganini, 1994), tuvo lugar en el ámbito hospitalario. Así, países como Argentina, Brasil, Cuba, Colombia, Honduras, México, Paraguay, Puerto Rico y Venezuela afirman contar con estos programas en sus estructuras de gobierno, mientras que se encuentran en proceso

de elaboración en El Salvador. Estos programas se centran fundamentalmente en la atención médica, pero algunos de ellos describen 13 estándares e indicadores de enfermería. No se relatan procesos de acreditación para el primer nivel de atención.

La calidad técnica de los profesionales de la salud es una de las variables más importantes en un programa de garantía y mejora de la calidad, principalmente porque ello aumenta el uso eficiente de los recursos, reducen el riesgo de lesiones asociadas con los servicios de salud ofrecidos y aumentan la satisfacción del paciente-cliente en sus demandas. Las mejoras en la calidad de la educación y de los servicios de salud son interdependientes: son como un círculo virtuoso (OPS, 1997, 1998). Si hablamos de garantía y mejora de la calidad de los servicios de enfermería tenemos que hablar de la calidad de vida de los trabajadores de enfermería que prestan los cuidados, porque la satisfacción del cliente interno, es indispensable para la institucionalización de una cultura organizacional que cultive la calidad como valor.

La fuerza laboral de enfermería, como es sabido, tiene un predominio de mujeres, la gran mayoría asalariadas. Un porcentaje grande es de personal sin ninguna calificación específica, a pesar de que se haya ampliado la formación de enfermeras graduadas y postgraduadas (maestría o incluso programas de doctorado). Esas variables, asociadas a una historia de subordinación al trabajo médico, con poca participación en las esferas de poder y viviendo en una coyuntura de crisis política y económica, ha traído una serie de consecuencias en las condiciones de trabajo y de la salud de las enfermeras.

La participación de los usuarios en los programas de garantía y mejora de la calidad de la atención es cada vez más imprescindible, no sólo porque son el principal cliente, sino también porque hay que dar respuestas a las demandas de aquellos, que cada día se vuelven más informados y exigentes. Uno de los principios de la reforma del sector de la salud es la participación comunitaria con control social. Muchos países tienen en sus leyes la garantía de la participación de la población en los concejos nacionales, provinciales y municipales de salud, como Brasil, Colombia, Honduras o Paraguay. En otros, existe la participación en los procesos de evaluación de la atención. En cuanto a las indagaciones acerca de la participación del usuario, solamente un país ha citado el Código de Defensa del Consumidor, Brasil. Entre los demás, algunos relataron la total ausencia de participación y otros mencionaron la existencia de programas de educación en salud.

Una de las cuestiones básicas para la enfermería es valorar la participación de la comunidad, del usuario, en los programas de calidad de atención de salud y, especialmente, de enfermería. La información es una herramienta fundamental para capacitar al usuario, a fin de que pueda participar como elemento activo en el control social del sector. La FEPPEN (2001) percibe que el momento es de grave crisis en la oferta cualitativa y cuantitativa de servicios de salud y entiende que su responsabilidad es la construcción de estrategias capaces de garantizar el derecho de los ciudadanos a una calidad de vida y de oferta de servicios de salud mejores.

Para el período 2000-2004 (el Ministerio de Salud Público y Asistencia Social, MSPAS, 2007), el gasto público en salud representó, en promedio, 3,5% del PIB (en 2008, el 1,8% del PIB en salud), y el gasto privado en salud representó el 4,4%, dentro del gasto privado en salud. Es de mencionar que se refiere al gasto en salud del bolsillo de los salvadoreños, que, para el mismo período, es superior al gasto público en salud. El elevado volumen del gasto privado en salud, especialmente el procedente de los hogares, está relacionado con la baja cobertura del sistema de aseguramiento público en salud (alrededor del 20%, incluyendo los seguros privados) y los altos costos asumidos por los hogares en el acceso a medicamentos y exámenes clínicos. De la población total salvadoreña que es de 5,744,113 habitantes (Ministerio de Economía, 2007), el Ministerio de Salud atiende el 80%, el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) el 17% y los servicios hospitalarios privados el 3% (Comisión de Derechos Humanos de El Salvador, 2008). El presupuesto de la nación para el ejercicio fiscal 2009 es de 3,627.8 millones de dólares estadounidenses; de este presupuesto al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) se le han asignado \$393,395,385 lo que representa el 1.8% del PIB. En esta misma dirección se puede contrastar que nuestro vecino Costa Rica gastó el 4.8% del PIB y Panamá el 4.3%.

En los países desarrollados como Canadá, Estados Unidos y Europa, el gasto en salud oscila entre el 7 y el 9% del PIB (OMS, 2006). Otros indicadores importantes relacionados con el presupuesto en salud y a la calidad de atención en salud son los recursos humanos en salud. En El Salvador existe 1.24 médicos, 0.8 enfermeras y 0.5 dentistas, por cada mil habitantes; mientras el Líbano tiene 3.25 médicos, 1.18 enfermeras, 1.21 dentista por cada mil habitantes. En España 3.30 médicos, 7.68 enfermeras, 0.49 dentistas por cada mil habitantes. En Argentina 3.01 médicos, 0.80 enfermeras y 0.80 dentistas por cada mil habitantes.

En Cuba 5.91 médicos por cada mil habitantes (OMS, 2006). En términos generales, se puede decir que la mayoría de los países subdesarrollados tienen menos de tres médicos por cada mil habitantes, mientras en los países desarrollados el número de médicos por cada mil habitantes ronda los cuatro. Con la excepción de Cuba, que tiene cerca de 6 médicos por cada mil habitantes.

El déficit en la relación del número de médicos, enfermeras, odontólogos y otros profesionales con el número de habitantes es un factor que está fuertemente conectado con la calidad de atención en los servicios de salud en El Salvador, y que en definitiva depende del presupuesto asignado al rubro de salud de la población (Gutiérrez, 2009). Del análisis anterior, se derivan algunas preguntas obvias para los entes rectores de la salud, tales como la OMS/OPS y el Ministerio de Salud Salvadoreño: *¿Cuántos psiquiatras, psicólogos, enfermeras psiquiatras hay por cada mil habitantes?* La poca o nula difusión de las estadísticas nacionales, regionales y mundiales (morbilidad, mortalidad, incapacidad y recursos humanos.), la incongruencia del registro de las consultas de los trastornos mentales, la visión parcializada (biologista) de la salud, solo reafirman la inoperancia en el abordaje integral del problema de salud en El Salvador.

En cuanto a la tasa global de uso de los servicios de salud, con los datos obtenidos (2004) provenientes de nueve hospitales privados, ISSS y MSPAS, se obtuvo una tasa global de uso de los establecimientos de primer nivel de atención por habitante de 1.26 (una de cada 26 personas); y una tasa global de uso de los establecimientos de segundo nivel de atención por habitante de 1.3. En general, de la población enferma que pasó consulta, el 64% lo hizo en instituciones del MSPAS, el 13% en el ISSS, el 16.9% acudió a un hospital o clínica particular, y el restante 4.6% pasó consulta en las ONG, programas sociales y farmacias, entre otros.

El sector público según la OPS/OMS (2007), cuenta con un total de 44 hospitales a escala nacional, los cuales cuentan con 6,516 camas; y el sector privado cuenta con 39 hospitales con 425 camas. En cuanto a los centros ambulatorios (unidades de salud, clínicas), en el sector público se cuenta con un total de 883 centros. Entre el sector público y privado se han contabilizado 15,406 empleados médicos y paramédicos, de los que el MSPAS contrata el 63% y el ISSS el 31%, constituyéndose en las principales fuentes de empleo para los profesionales de la salud.

De acuerdo con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS, 2005), en estudio cualitativo realizado con la participación de profesionales de la salud de diferentes instituciones del sector, se realizó un análisis de la problemática relacionada con la calidad de los servicios brindados, mediante grupos de trabajo que utilizando formatos prediseñados y una guía para determinar las principales problemáticas y sus posibles causas, para posteriormente agruparlas por afinidad en cinco categorías, las que se describen a continuación:

<i>Problemas en la suficiencia y preparación del recurso humano</i>	
<i>Problemas</i>	<i>Causas</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Cantidad insuficiente de recurso humano en relación con la población de responsabilidad. • Situaciones de falta de idoneidad del recurso humano. • Alta rotación del personal asistencial. • Atención clínica de mala calidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de una política nacional de desarrollo de recursos humanos. • Deficiencias en la supervisión y control. • Ampliación de la oferta de servicios sin un aumento proporcional del personal asistencial. • Falta de incentivos. • Falta de guías de atención asistencial.
<i>Deficiencias en la gestión de insumos asistenciales</i>	
<i>Problemas</i>	<i>Causas</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Limitada disponibilidad de medicamentos y de otros insumos asistenciales de carácter esencial. • Deficiencias estructurales en su adquisición, almacenamiento y distribución. • Fallas en la prescripción. • Limitada disponibilidad de medicamentos genéricos de buena calidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de una política nacional de medicamentos. • Presupuesto insuficiente. • Ausencia de guías de atención. • Deficiencias en los procesos de supervisión y control. • Desconocimiento del perfil epidemiológico en la planeación de la adquisición
<i>Deficiencias en monitoreo y supervisión</i>	
<i>Problemas</i>	<i>Causas</i>
<ul style="list-style-type: none"> • No se dispone de programas estructurados de supervisión y control. • No se cuenta con las herramientas e instrumentos técnicos necesarios para estas actividades. • No se aplican indicadores cualitativos y cuantitativos que den cuenta de los resultados de la gestión. • Durante las supervisiones no se realiza 	<ul style="list-style-type: none"> • No se han desarrollado reglamentos técnicos que hagan de la supervisión y el control actividades obligatorias de la gestión en salud. • El personal para la realización de estas tareas es insuficiente. • No existe una cultura de la medición y la evaluación

una retroalimentación oportuna ni seguimientos a las recomendaciones.

<i>Falta de estandarización en la prestación de los servicios de salud</i>	
<i>Problemas</i>	<i>Causas</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Falta de guías de atención o protocolos de manejo, y de manuales de procedimientos administrativos. • Deficiente integración entre los servicios clínicos y las áreas de apoyo. • Variabilidad en el manejo de los pacientes, con los consiguientes riesgos en materia de calidad y costos 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de un liderazgo claro en la estandarización de procesos y procedimientos administrativos y en la adopción de guías clínicas basadas en evidencia. • Falta de trayectoria clínica de algunos profesionales de la salud. • Vacíos en materia de supervisión y control.
<i>Ausencia de un sistema de categorización</i>	
<i>Problemas</i>	<i>Causas</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Falta de reglamentos técnicos. • Ausencia de instrumentos de categorización o habilitación. • Prestación de servicios de salud en condiciones de riesgo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de voluntad política para implantar estos sistemas. • Falta de financiamiento para llevarlos a cabo.

Fuente: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). República de El Salvador, (2005)

El anterior autodiagnóstico sobre “la calidad de los servicios de salud” realizado por el MSPAS (2005) dio lugar a la elaboración del *Programa Nacional de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud en El Salvador*, para ser implementado en el quinquenio 2004-2009. Sin embargo, al término del período en mención, las condiciones del sistema nacional de salud continuaban igual o peor. Es un sistema con una parálisis casi total en las diferentes dimensiones.

Este mismo informe confirma la mayoría de los problemas relacionados con la calidad de los servicios de salud del sistema nacional, con la diferencia de que estas han sido señaladas por profesionales externos al sistema, siendo estas las siguientes: deficiencias en la infraestructura física y en la dotación de recursos humanos en el área asistencial, falta de oportunidad en los servicios, inequidades en el acceso a la tecnología, escasa coordinación entre los formadores del talento humano y los proveedores de servicios

de salud, limitada coordinación interinstitucional e intersectorial, atraso tecnológico que dificulta la atención de los usuarios y la gestión de la información, ausencia de programas de educación continua e incentivos para el mejoramiento de la calidad, deficiencias en la formación del personal de salud tanto en el nivel de pregrado como en el de postgrado, *no hay cultura de la medición de la calidad en los procesos de atención al usuario*, limitaciones presupuestarias, escasa participación de los usuarios en la planificación y provisión de servicios de salud, limitada sensibilización en el tema de calidad por parte de los niveles gerenciales y operativos, ausencia de una política de calidad en los servicios de salud, los procesos esenciales no están orientados con prioridad a la atención del usuario de los servicios de salud, falta de integración de otros sectores en el tema salud y establecimientos de salud centrados en datos y metas, sin evaluar resultados de satisfacción en el usuario.

Método

Participantes

La muestra estaba formada por 1,210 personas, entre hombres y mujeres, de la población general de San Salvador. El tamaño de la muestra obtenido tiene un nivel de confianza del 95% con un error de estimación del 3%. Es un estudio descriptivo mediante encuesta (León y Montero, 2007), con un diseño retrospectivo, el muestreo es no probabilístico de tipo incidental (Hernández, Fernández, y Baptista 2006). Sin embargo, hay que destacar que la selección del número de participantes se obtuvo mediante la fórmula para poblaciones finitas, apoyando la posibilidad de obtener generalizaciones de sus hallazgos, mediante la utilización de pruebas paramétricas y no paramétricas en el análisis de resultados.

De esta muestra 688 (57.9%) fueron femeninas con una media de edad de 32.0 años ($DT = 12.0$), mientras 501 (42.1%) fueron masculinas con una media de edad de 33.2 años ($DT = 12.5$); la media de edad general fue de 32.5 años ($DT = 12.23$). La muestra estudiada residía en el área metropolitana de San Salvador. Las variables sociodemográficas como: institución de salud que visita, el género, estado familiar, nivel de estudio, número de miembros en el hogar e ingresos económicos familiares, se describen en la tabla 1.

TABLA 1. Frecuencia y porcentajes características sociodemográficas muestra en la población general.

<i>Características sociodemográficas</i>	<i>Población general (n = 1,210)</i>
Institución de salud que visita.	
Hospital público	229 (19,0%)
Unidad de salud	397 (33,0%)
ISSS	411 (34,2%)
Clínica y hospital P.	166 (13,8%)
Género de la muestra	
Femenino	688 (57,9%)
Masculino	501 (42,1%)
Estado familiar	
Casado(a)	397 (32,9%)
Acompañado(a)	228 (18,9%)
Divorciado(a)	44 (3,7%)
Soltero(a)	516 (42,8%)
Viudo(a)	20 (1,7%)
Nivel de estudios	
1°-3° Grado	40 (3,3%)
4°-6° Grado	88 (7,4%)
7°-9° Grado	187 (15,6%)
1°-3° Bachillerato	473 (39,6%)
Estudios superiores	407 (34,1%)
Número miembros en hogar	
De 1 a 3 miembros	432 (35,9%)
De 4 a 5 miembros	552 (45,8%)
De 6 a 7 miembros	167 (13,9%)
Más de 8 miembros	54 (4,5%)
Ingresos económicos familiares	
De 200.00 a 499.00	728 (63,1%)
De 500.00 a 799.00	242 (21,0%)
De 800.00 a 1,099.00	74 (6,4%)
De 1,100.00 a 1,399.00	60 (5,2%)
De 1,400.00 a 1,699.00	27 (2,3%)
De 1,700.00 a más	22 (1,9%)

Instrumentos

- *Instrumento de elaboración propia.* Se construyó un cuestionario que buscaba medir un conjunto de variables sociodemográficas consideradas fundamentales para el estudio, entre estas se tienen: la edad, institución de salud que visita, el género, estado familiar, nivel de estudio, número de miembros en el hogar e ingresos económicos familiares; variables que fueron utilizadas para realizar los análisis estadísticos inferenciales, tanto paramétricos como no paramétricos.
- *Escala de calidad de atención en los servicios de salud (ECASS).* Tras la revisión de algunos modelos teóricos sobre la calidad de atención en los servicios de salud, se adoptó el modelo de Donabedian (1966), quien plantea que la calidad de atención en salud deberá evaluarse desde la perspectiva del usuario y medirse cuatro fases importantes: estructura, proceso, resultados y accesibilidad, y que en su conjunto brindarían un puntaje o criterio sobre la calidad de atención en salud; sin embargo, podrán hacerse mediciones parcializadas de algunas de las fases o etapas del proceso de evaluación, según las necesidades o propósitos del estudio. En esta ocasión, ante la inexistencia de instrumentos válidos y fiables que evaluaran la calidad de atención en los servicios de salud pública, se procedió a operativizar la estructura propuesta por el autor, (estructura, proceso, resultado y accesibilidad) de cara a la construcción de un instrumento atendiendo los estándares internacionales. De esta manera, se procedió al diseño y elaboración de un conjunto de ítems orientados a medir cada una de las dimensiones antes mencionadas, construyéndose siete ítems por cada escala, excepto la dimensión *resultados*, que tenía ocho reactivos, quedando finalizada preliminarmente con 29 ítems. Tras la aplicación de la prueba y realizar el Análisis Factorial Exploratorio (AFE), este arrojó resultados empíricos que sugerían la existencia de cuatro factores, coincidiendo con lo planteado por Donabedian (1978). Sin embargo, luego del análisis de consistencia interna mediante alfa de Cronbach y el análisis factorial prefijado en tres factores, tanto el análisis Kaiser-Meyer-Olkin ($KMO = 0.96$) como la prueba de esfericidad de Bartlett ($X^2_{406} = 16600; p = 0.000$) indicaron la adecuación de los datos para este tipo de análisis. Siguiendo el procedimiento de tres factores con rotación *Varimax*, resultando una solución de tres factores que explican el 54.36% de la varianza, presentando todos los ítems

valores de saturación superiores a 0.40; a excepción del reactivo 25, que tuvo una saturación negativa de ---0.7, por lo que se eliminó de la escala (ver tabla 2). En cuanto al análisis de consistencia interna alfa de Cronbach la subescala *Proceso-Resultado* obtuvo un valor alfa de Cronbach de 0.94, la subescala *Estructura* el coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach obtenido fue de 0.88, y la subescala de *Accesibilidad* el alfa de Cronbach obtenido fue de 0.78, (ver análisis psicométrico del instrumento ECASS), el alfa de Cronbach de la escala total fue de 0.95. Los resultados anteriores evidencian que el instrumento posee adecuada fiabilidad y validez de contenido y de constructo para medir la calidad de atención en los servicios de salud pública.

Procedimiento

En la administración del cuestionario del presente estudio se utilizaron diferentes estrategias para coleccionar la información referente a la calidad de atención en el sistema de salud. Una primera opción fue enviar una solicitud a un grupo de empresas para que nos autorizaran aplicar el instrumento a sus trabajadores; se obtuvo una muestra de estudiantes de la Universidad Tecnológica de El Salvador, seguidamente un grupo de estudiantes de Seminario de Investigación colaboraron aplicando pruebas, tanto en las instituciones donde realizan sus prácticas clínicas como también, algunos de ellos, visitaron varias colonias y comunidades donde residen, visitando casa por casa, para solicitar a una persona de la familia que contestara la prueba. Al momento de abordar al evaluado, fuese de forma colectiva o individual, se explicaba el motivo del estudio y se brindaban las indicaciones para responder cada ítem. Con aquellas personas que tenían problemas de lecto-escritura, se hizo de forma individual, leyéndose cada uno de los reactivos; todos los participantes lo hicieron de forma voluntaria y con consentimiento informado.

Resultados

Los análisis estadísticos de los resultados del estudio se harán atendiendo el orden de los objetivos planteados. En primer momento, se presentan los análisis psicométricos del instrumento, en segundo lugar, el análisis descriptivo de los hallazgos y por último, los análisis inferenciales de la calidad de atención de los servicios de salud pública en la ciudad de San Salvador.

Análisis psicométricos del instrumento (ECASS)

Ante la inexistencia de un instrumento que evaluará la calidad de atención de los servicios de salud pública, se inició la revisión bibliográfica con la intención de encontrar un modelo teórico que respaldara la construcción de una prueba de evaluación. Para ello, se optó por los planteamientos de la máxima autoridad en la evaluación de la calidad de los servicios de salud pública (Donabedian, 1974, 1988), quien sistematizó el modelo en cuatro componentes: estructura, proceso, resultado y accesibilidad; que según el autor pueden evaluarse los cuatro apartados por separado o como una sola dimensión. Siguiendo los criterios internacionales para la adaptación y construcción de pruebas psicológicas (Carretero y Pérez, 2007) se procedió a la construcción de una escala de 29 reactivos que midieran las cuatro dimensiones propuestas por Donabedian, organizadas de la manera siguiente: *estructura* con los ítems del 1 al 7, *proceso* con los ítems del 8 al 14, *resultados* del ítems 15 al 22 y *accesibilidad* con los ítems del 23 al 29, con una escala de medida que va desde 1(*mala/o*) a 4 (*muy buena/o*). Tras la aplicación de la escala construida y la tabulación de los datos, se procedió a los análisis estadísticos pertinentes.

En primer lugar se realizó un Análisis Factorial Exploratorio (AFE), mediante la técnica de componentes principales, determinándose cuatro factores que representan el 58.69% de la varianza total explicada, comprobando la estructura cuatridimensional propuesta por el autor originalmente (Donabedian, 1974, 1988). En este análisis se encontró que los ítems uno y del 7 al 14 saturaban tanto en el factor uno como en el dos, el ítems 18 carga en el factor uno y dos, el reactivo 19 cargaba en los factores 1, 3, 4, el ítems 20 en factores 1 y 4, mientras lo reactivos 23 y 24 en los factores 1, 2 y 4. El reactivo 25 saturó en el factor cuatro en sentido negativo, pero en virtud de que es una variable importante (*costos de la salud*) se incluyó en las variables sociodemográficas.

Los demás ítems saturaron en las escalas para las que fueron construidos, aunque hay que destacar que todos los ítems presentaron saturaciones superiores a 0.44 en las dimensiones propuestas originalmente por el autor, a excepción de los ítems 8, 23 y 24, que presentan saturaciones superiores a 0.34. Posteriormente se procedió a repetir el análisis prefijando tres factores. Tanto el análisis Kaiser-Mayer-Olkin ($KMO = 0.96$) como la prueba de esfericidad de Bartlett ($X^2_{406} = 16600; p = 0.000$) indicaron la adecuación de los datos para este tipo de análisis. Siguiendo el procedimiento de tres factores con rotación *Varimax*,

resultando una solución de tres factores que explican el 54.36% de la varianza, presentando todos los ítems valores de saturación superiores a 0.40; a excepción del reactivo 25 que tuvo una saturación negativa de -0.07, por lo que se eliminó. En la tabla 1 se presenta la solución obtenida y el porcentaje de la varianza explicada por cada factor.

Como puede apreciarse el análisis de componentes principales modificó la propuesta original planteada en cuatro factores (estructura, proceso, resultado, accesibilidad), que basado en este modelo se construyó y diseño el instrumento; la solución factorial nos llevó a la configuración de tres factores: *el factor uno*, que no es nada más que la unión de la escala proceso y resultados (proceso-resultado) que incluye los mismos reactivos originales, más los ítems 23 y 24 (*Los tiempos de espera entre una cita y otra son, y Cuando se presenta a consulta médica el tiempo de espera para que lo vea el médico es*); el factor dos, *estructura*, se mantiene con el mismo nombre e ítems del uno al siete; el factor tres, *accesibilidad*, quedó con cuatro reactivos desde el 26 al 29, debido a que el 23 y 24 saturaron en el factor uno y el ítems 25 (*Es usted de las personas que piensa que enfermarse y curarse en El Salvador es*) fue eliminado de la escala por tener una saturación en sentido negativo (-0.59).

TABLA 2. Matriz de componentes para la solución factorial rotada y porcentaje de varianza explicada por cada factor de la ECASS.

Ítems.	Componente principales		
	Factor 1	Factor 2	Factor 3
	Proceso-Resultado	Estructura	Accesibilidad
A1		0,649	
A2		0,754	
A3		0,762	
A4		0,648	
A5		0,683	
A6		0,746	
A7		0,682	
A8	0,409		
A9	0,450		
A10	0,567		
A11	0,616		
A12	0,698		
A13	0,684		
A14	0,513		

A15	0,687		
A16	0,715		
A17	0,733		
A18	0,627		
A19	0,458		
A20	0,538		
A21	0,667		
A22	0,582		
A23	0,494		
A24	0,459		
A26		0,664	
A27		0,722	
A28		0,807	
A29		0,734	
% de la Varianza explicada	43,74	5,753	4,868

Seguidamente se llevó a cabo un análisis de ítems y de consistencia interna de los tres factores obtenidos del análisis de componentes principales, incluyendo los ítems de la nueva composición (factor 1: *Proceso-resultado*, ítems del 8 al 24; factor 2: *Estructura*, ítems del 1 al 7; factor 3: *Accesibilidad*, ítems del 26 al 29. Las correlaciones entre las subescalas fueron: entre estructura y proceso-resultado ($r = 0.743$; $p = 0.000$); entre estructura y accesibilidad ($r=0,492$; $p=0,000$); en estructura y escala total ($r = 0,858$; $p = 0.000$); entre proceso-resultado y accesibilidad ($r=0,599$; $p = 0,000$); en proceso-resultado y escala total ($r = 0,965$; $p = 0,000$); entre accesibilidad y escala total ($r = 0,715$; $p = 0,000$).

La subescala *Proceso-resultado* obtuvo un valor alfa de Cronbach de 0.94. La media de respuesta a los ítems osciló entre 1.99 (ítem 23) y 2.74 (ítems 16). En la mayoría de los ítems la media se encuentra dentro del rango de la media de la escala que es de 2.5. Las desviaciones típicas en todos los ítems está próxima a la unidad. Tal como se observa en la tabla 2, junto a estos estadísticos se calculó la correlación ítem-total corregida y el alfa de Cronbach si se elimina el ítem; las correlaciones ítem-total corregidas se situaron por encima de 0.60, y en ningún caso la eliminación de algún ítem suponía el incremento del valor alfa de Cronbach.

TABLA 2. Medía (*M*) desviación típica (*DT*) correlación ítem-total (*ri-T*) y alfa de Cronbach si el ítems es eliminado (α) en la subescala de *Proceso-resultado*.

Ítem	M	DT	ri-T	α
8 Los procedimientos de rutina como elaborar el expediente clínico y entrega de medicamentos son	2,37	0,87	0,65	0,94
9 Los procesos de toma de exámenes clínicos (laboratorio y rayos X) y entrega de resultados son	2,45	0,85	0,62	0,94
10 La continuidad y seguimiento de la evolución de su enfermedad por el médico es	2,49	0,84	0,67	0,94
11 La atención que recibe de la enfermera(o) es	2,37	0,87	0,71	0,94
12 La evaluación diagnóstica y el tratamiento médico recibido es	2,63	0,81	0,73	0,94
13 En la evaluación y tratamiento, ¿el médico es diligente para resolver su problema de salud?	2,63	0,80	0,74	0,94
14 Los procesos administrativos como sacar una cita, solicitar una constancia médica son	2,25	0,89	0,68	0,94
15 Las medicinas indicadas por el médico son (por sus efectos)	2,66	0,78	0,67	0,94
16 ¿Ha sentido mejoría de su estado de salud después de iniciado el tratamiento?	2,74	0,78	0,71	0,94
17 El tratamiento médico recibido, ¿lo percibe como efectivo en curar la enfermedad?	2,68	0,81	0,72	0,94
18 Su impresión general (percepción) de la atención medica recibida es	2,53	0,82	0,74	0,94
19 La atención en el sistema de salud pública salvadoreño es (hospitales, clínicas, unidades de salud)	2,27	0,80	0,60	0,94
20 La atención o los cuidados de las(os) profesionales de enfermería es	2,37	0,79	0,66	0,94
21 ¿La explicación del médico sobre su enfermedad fue con claridad?	2,65	0,84	0,67	0,94
22 ¿La enfermera(o) le orienta sobre el proceso que debe cumplir en su tratamiento?	2,51	0,88	0,63	0,94
23 Los tiempos de espera entre una cita y otra son	1,99	0,93	0,65	0,94
24 Cuando se presenta a consulta médica, el tiempo de espera para que lo vea el médico es	2,06	0,90	0,64	0,94

En la subescala *Estructura* el coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach obtenido fue de 0.88. Los ítems que conforman esta dimensión presentaron medias de respuesta entre 2.49 (ítem 4) y 2.77 (ítem 5). Situándose las respuestas de todos los ítems dentro del rango medio de respuesta de la escala. Las desviaciones típicas alcanzaron valores próximos a 1. Por ultimo, las correlaciones ítems-total superan con creces el valor mínimo exigido de 0.30. La eliminación de algún ítem no suponía mayor incremento en la consistencia interna alfa de Cronbach

TABLA 3. Medía (*M*) desviación típica (*DT*) correlación ítem-total (*ri-T*) y alfa de Cronbach si el ítems es eliminado (α) en la subescala de *Estructura*

Ítem	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>ri-T</i>	α
1 Las condiciones de comodidad del paciente en el centro de salud, (hospital, clínica), ya sea que este ingresado o de consulta externa son	2,53	0,80	0,63	0,87

2	Las instalaciones físicas del centro de salud son	2,62	0,75	0,68	0,87
3	La distribución física de los departamentos y unidades del centro de salud son	2,55	0,74	0,67	0,87
4	La organización operacional y funcional del centro de salud es (toma de decisiones)	2,49	0,76	0,63	0,87
5	El centro de salud está limpio y ordenado	2,77	0,81	0,68	0,87
6	La conservación y mantenimiento del centro de salud es	2,66	0,77	0,72	0,86
7	La dirección y administración del centro de salud es	2,55	0,78	0,69	0,86

En la subescala de *Accesibilidad* el coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach obtenido fue de 0.78, los ítems integrados en esta dimensión presentaron medias de respuestas entre 2.07 (ítem 29) y 2.58 (ítem 27), situándose los dos primeros ítems (26 y 27) en el rango promedio de la escala, mientras los ítems (28 y 29) se ubicaron levemente por debajo del centro de rango de respuestas de la escala (2.5). Las desviaciones típicas alcanzaron valores próximos a uno. Las correlaciones ítem-total superan mayoritariamente los valores mínimos exigidos de 0,30. La eliminación de algún ítem no supone incremento en la consistencia interna de la escala.

TABLA 4. Medía (*M*) desviación típica (*DT*) correlación ítem-total (*ri-T*) y alfa de Cronbach si el ítems es eliminado (α) en la subescala de *Accesibilidad*

Ítem		<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>ri-T</i>	α
26	Los horarios de atención médica (consulta y emergencias) en El Salvador son	2,48	0,84	0,55	0,75
27	La accesibilidad (por distancia) a un centro de salud es	2,58	0,84	0,57	0,74
28	En el sistema de salud pública, el acceso al médico general es	2,40	0,81	0,67	0,69
29	En el sistema de salud pública, el acceso al médico especialista es	2,07	0,91	0,57	0,74

En el análisis de la escala *Unidimensional*, se realizó un análisis de fiabilidad mediante la consistencia interna alfa de Cronbach, obteniéndose un índice de 0.95. En esta escala unidimensional fueron incluidos todos los ítems de la escala, exceptuando el 25, que presentaba una correlación ítem-total (*ri-T*) y carga factorial negativa; este ítems fue incluido como una variable sociodemográfica debido al significado que los costos económicos tienen en la salud de la población.

También, la decisión de elaborar este análisis responde al planteamiento del autor sobre el modelo teórico de la calidad de atención en los servicios de salud (Donabedian), quien plantea que la calidad de atención en salud es un proceso (estructura, proceso, resultado y accesibilidad) donde participan las diferentes fases que él establece, pero que al

momento de evaluar este proceso se puede centrar en algunas áreas específicas o medir todas las etapas en su conjunto, como un continuo y obtener un resultado total de las cuatro fases, que sería el criterio generador de la calidad de atención en salud.

Los ítems integrados en la dimensión total presentaron medias de respuesta entre 1.99 (ítem 23) y 2.77 (ítem 5), situándose las respuestas de casi todos los ítems cercanos al rango de respuestas de la escala (2,5). Las desviaciones típicas son próximas a uno; las correlaciones ítems-total superan con creces el valor mínimo exigido de 0.30. La eliminación de algún ítem no supone el incremento de la consistencia interna de la escala.

TABLA 5. Media (*M*), desviación típica (*DT*), correlación ítem-total (*ri-T*) y alfa de Cronbach si el ítem es eliminado (α) en la escala *Unidimensional*

Ítem	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>ri-T</i>	α
1 Las condiciones de comodidad del paciente en el centro de salud, (hospital, clínica) ya sea que esté ingresado o de consulta externa son	2,53	0,80	0,62	0,95
2 Las instalaciones físicas del centro de salud son	2,62	0,76	0,59	0,95
3 La distribución física de los departamentos y unidades del centro de salud son	2,55	0,75	0,57	0,95
4 La organización operacional y funcional del centro de salud es (toma de decisiones)	2,49	0,75	0,62	0,95
5 El centro de salud está limpio y ordenado	2,77	0,81	0,64	0,95
6 La conservación y mantenimiento del centro de salud es	2,66	0,77	0,66	0,95
7 La dirección y administración del centro de salud es	2,55	0,78	0,69	0,95
8 Los procedimientos de rutina, como elaborar el expediente clínico y entrega de medicamentos son	2,37	0,87	0,67	0,95
9 Los procesos de toma de exámenes clínicos (laboratorio y rayos X) y entrega de resultados, son	2,45	0,84	0,62	0,95
10 La continuidad y seguimiento de la evolución de su enfermedad por el médico es	2,49	0,84	0,68	0,95
11 La atención que recibe de la enfermera(o) es	2,38	0,87	0,70	0,95
12 La evaluación diagnóstica y el tratamiento médico recibido es	2,64	0,80	0,72	0,95
13 En la evaluación y tratamiento, ¿el médico es diligente para resolver su problema de salud?	2,64	0,81	0,73	0,95
14 Los procesos administrativos como sacar una cita, solicitar una constancia médica Son	2,26	0,89	0,68	0,95
15 Las medicinas indicadas por el médico son (por sus efectos)	2,66	0,78	0,66	0,95
16 ¿Ha sentido mejoría de su estado de salud después de iniciado el tratamiento?	2,74	0,78	0,70	0,95
17 El tratamiento médico recibido, ¿lo percibe como efectivo en curar la enfermedad?	2,68	0,81	0,69	0,95
18 Su impresión general (percepción) de la atención médica recibida es	2,54	0,82	0,74	0,95
19 La atención en el sistema de salud pública salvadoreño es (hospitales, clínicas, unidades de salud)	2,26	0,80	0,61	0,95

20	La atención o los cuidados de las/os profesionales de enfermería son	2,37	0,79	0,65	0,95
21	¿La explicación del médico sobre su enfermedad fue con claridad?	2,65	0,84	0,65	0,95
22	¿La enfermera(o) le orienta sobre el proceso que debe cumplir en su tratamiento?	2,52	0,87	0,63	0,95
23	Los tiempos de espera entre una cita y otra son	1,99	0,93	0,65	0,95
24	Cuando se presenta a consulta médica el tiempo de espera para que lo vea el médico es	2,07	0,90	0,64	0,95
26	Los horarios de atención médica (consulta y emergencias) en El Salvador son	2,49	0,83	0,54	0,95
27	La accesibilidad (por distancia) a un centro de salud es	2,59	0,84	0,49	0,95
28	En el sistema de salud pública, el acceso al médico general es	2,40	0,81	0,52	0,95
29	En el sistema de salud pública, el acceso al médico especialista es	2,07	0,91	0,53	0,95

Análisis descriptivo de los resultados.

Tras un proceso de recodificación de las variables (ítems) de un nivel de medición de intervalo ($1 = mala, 2 = regular, 3 = buena, 4 = muy buena$) a un nivel dicotómico ($1+2 = mala/os; 3+4 = buena(os)$) de mala(os) y buena(os); para cada reactivo se obtuvo (n) el total de la muestra, la frecuencia y porcentaje tanto para las respuestas malas como para las buenas.

En el análisis descriptivo de la calidad de atención en los servicios de salud, se ha utilizado como criterio de interpretación de los hallazgos descriptivos la norma del Proyecto (Oliver, 2005) Nacional de Medición de Estándares y Desempeño de la Salud Pública de EE.UU (por sus siglas en inglés, NPHPSP), el que establece cuatro niveles para medir la calidad de atención en salud pública; estos son: 1) cumplimiento entre el 75 y el 100% = Sí; 2) cumplimiento entre el 51 y el 75% = parcialmente alto; 3) cumplimiento entre el 26 y el 50% = parcialmente bajo, y 4) cumplimiento menor al 25% = No. Es importante aclarar que en nuestra escala el malo es equivalente al “No” y el bueno es equivalente al “Sí”.

Considerando los parámetros anteriores para valorar aquellos indicadores estudiados como buenos o malos, se procedió entonces a describir los indicadores cuyos porcentajes oscilaron entre 26 a 50% como *parcialmente bajos* y los que oscilaron entre 51 a 75% como *parcialmente altos*. No se encontraron porcentajes superiores al 76% que significa "Sí", tampoco inferiores al 25% que significa “No”. En los criterios que el porcentaje malo es inferior al 50%, es considerado como desfavorable o negativo

(parcialmente bajo), mientras en aquellos indicadores cuyo resultado es bueno serán los que están arriba del 51%.

29	En el sistema de salud pública, el acceso al médico especialista es	1,200	379
		821(68.4)	(31.6)

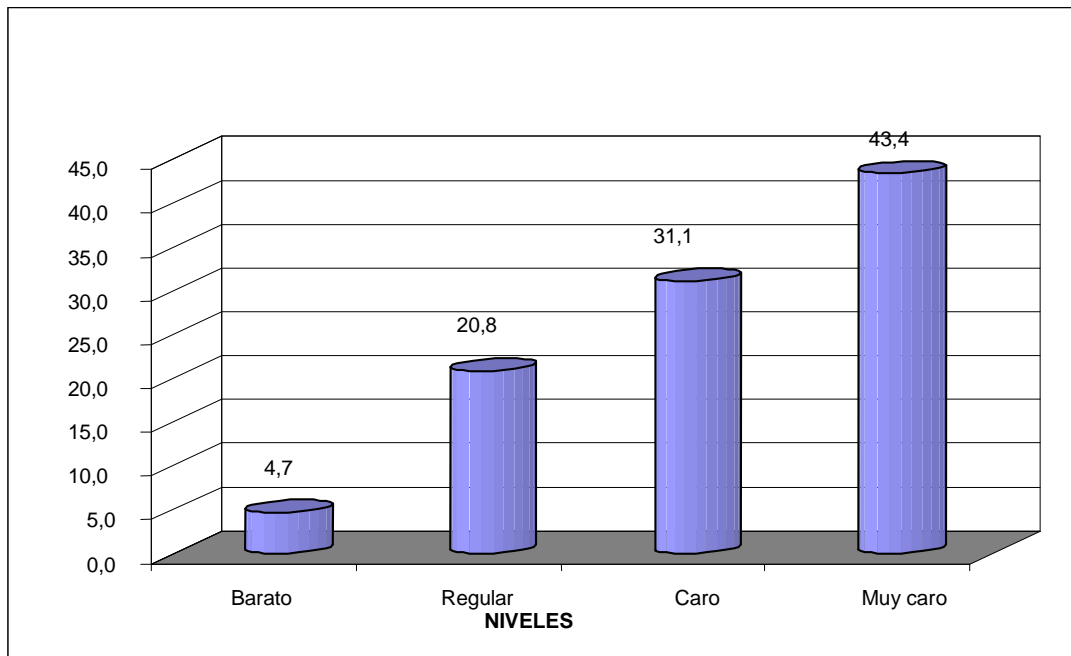
Estos últimos, son valorados como positivos (*parcialmente altos*). En la breve descripción de estos resultados se está haciendo énfasis en los seis indicadores o porcentajes más elevados, tanto en la percepción positiva como en la negativa de la calidad de atención en los servicios de salud pública. En primer lugar, tenemos algunos indicadores más llamativos considerados como desfavorables o malos: *la atención que recibe de la Enfermera(os) (57.2%); los procesos administrativos como sacar una cita, solicitar una constancia médica (59.8%); la atención en el sistema de salud pública salvadoreño (63.4%); los tiempos de espera entre una cita y otra (70.8%); cuando se presenta a consulta médica el tiempo de espera para que lo vea el médico (69.0%); en el sistema de salud público, el acceso al médico especialista (68.4%)*. En segundo lugar, tenemos algunos indicadores más sobresalientes considerados como buenos: *el centro de salud esta limpio y ordenado (64.3%); la evaluación diagnóstica y el tratamiento médico recibido (57.8%); ha sentido mejoría de su estado de salud después de iniciado el tratamiento (63.9%); el tratamiento médico recibido lo percibe como efectivo en curar la enfermedad (59.7%); la explicación del médico sobre su enfermedad fue con claridad (57.1%); y la accesibilidad (por distancia) a un centro de salud (54.7%)*.

Estos datos reflejan una evidente superioridad de los porcentajes negativos sobre los positivos. En términos generales, hay que matizar que si bien existen varias áreas que refieren buena calidad de atención en los servicios de salud pública, las percepciones negativas de la atención en salud son más elevadas que las positivas. (ver tabla 6.)

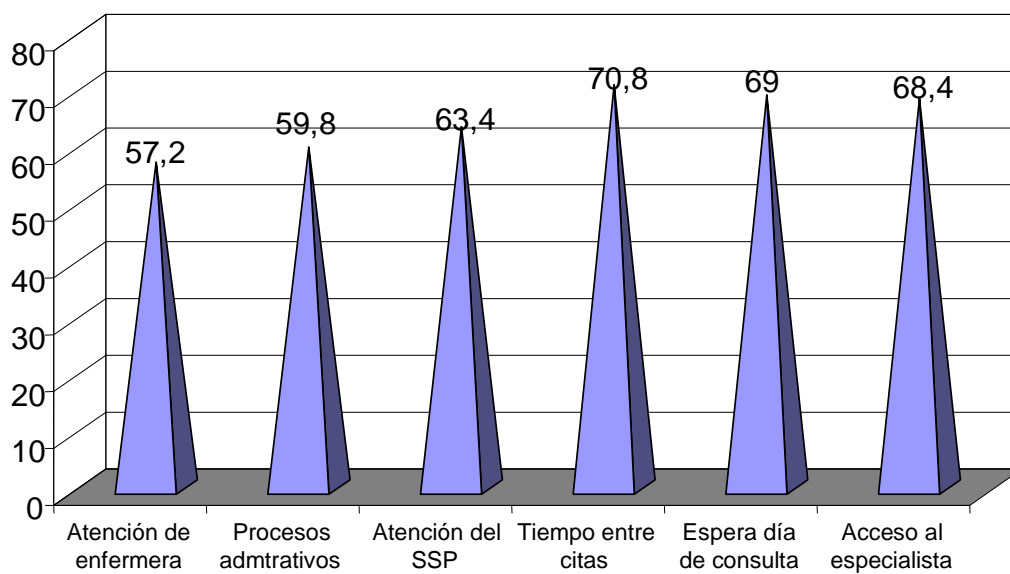
TABLA 6. Percepción del total de la muestra por cada ítems, tras la dicotomización de las respuestas en Mala(os) y Buena(os), con su frecuencia y porcentaje en cada reactivo.

Ítems		Total (n)	Mala/os (%)	Buena/os (%)
8	Los procedimientos de rutina, como elaborar el expediente clínico y entrega de medicamentos son	1,204	677(56.2)	527 (43.8)
9	Los procesos de toma de exámenes clínicos (laboratorio y rayos X) y entrega de resultados son	1,201	627(52.2)	574 (47.8)
10	La continuidad y seguimiento de la evolución de su enfermedad por el médico es	1,195	600(50.2)	595 (49.8)
11	La atención que recibe de la enfermera (o) es	1,200	686(57.2)	514 (42.8)
12	La evaluación diagnóstica y el tratamiento médico recibido es	1,190	502 (42.2)	688 (57.8)
13	En la evaluación y tratamiento, ¿el médico es diligente para resolver su problema de salud?	1,195	510 (42.7)	685 (57.3)
14	Los procesos administrativos como sacar una cita, solicitar una constancia médica son	1,200	718(59.8)	482 (40.2)
15	Las medicinas indicadas por el médico son (por sus efectos)	1,203	491(40.8)	712 (59.2)
16	¿Ha sentido mejoría de su estado de salud después de iniciado el tratamiento?	1,199	444(37.0)	755 (63.0)
17	El tratamiento médico recibido, ¿lo percibe como efectivo en curar la enfermedad?	1,194	493(41.3)	701 (59.7)
18	Su impresión general (percepción) de la atención medica recibida es	1,186	576(48.6)	610 (51.4)
19	La atención en el sistema de salud pública salvadoreño es (hospitales, clínicas, unidades de salud)	1,197	759(63.4)	438 (36.6)
20	La atención o los cuidados de las (os) profesionales de enfermería es	1,201	692(57.6)	509 (42.4)
21	¿La explicación del médico sobre su enfermedad fue con claridad?	1,192	511(42.9)	681 (57.1)
22	¿La enfermera(o) le orienta sobre el proceso que debe cumplir en su tratamiento?	1,199	598(49.9)	601 (50.1)
23	Los tiempos de espera entre una cita y otra son	1,198	848(70.8)	350 (29.2)
24	Cuando se presenta a consulta médica el tiempo de espera para que lo vea el médico es	1,195	824 (69.0)	371 (31.0)
25	Es usted de las personas que piensa que enfermarse y curarse en El Salvador es	1,189	886 (74.5)	303(25.5)
26	Los horarios de atención médica (consulta y emergencias) en El Salvador son	1,199	622(51.9)	577 (48.1)
27	La accesibilidad (por distancia) a un centro de salud es	1,198	543(45.3)	655 (54.7)
28	En el sistema de salud pública, el acceso al médico general es	1,201	658(54.8)	543 (45.2)

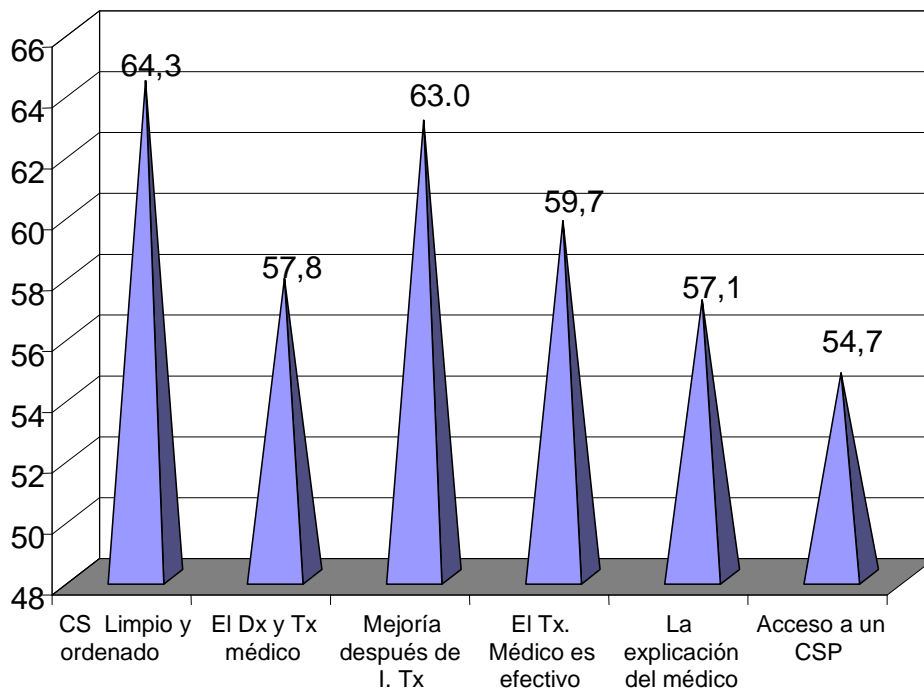
GRAFICA 1. Porcentajes sobre los costos de enfermarse y curarse en El Salvador



GRAFICA 2. Percepciones negativas en algunos indicadores del sistema de salud pública. SSP (%)



GRAFICA 3. Percepciones positivas en algunos indicadores del sistema de salud pública (%)



Análisis estadístico inferencial de resultados

Tras la aplicación de la prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra, se encontró que las puntuaciones seguían una distribución normal, por lo que se procedió a emplear pruebas paramétricas y algunas no paramétricas que contrastasen los resultados encontrados.

A continuación se describen los resultados en función de algunos objetivos planteados.

El ANOVA de un factor indicó diferencias significativas entre las diferentes instituciones de salud estudiadas en estructura ($F_{3,1135} = 27.48; p = 0.000$), en proceso-resultados ($F_{3,1081} = 29.98; p = 0.000$), en accesibilidad ($F_{3,1173} = 7.19; p = 0.000$) y en la escala total, como una dimensión de la calidad de atención en los servicios de salud pública, también demostró diferencias significativas ($F_{3,1026} = 27.94; p = 0.000$). Confirmándose estos resultados con la prueba no paramétrica de H KruskalWallis: en estructura ($X^2_{3} = 63.79; p = 0.000$), en proceso-resultado ($X^2_{3} = 74.16; p = 0.000$), en accesibilidad ($X^2_{3} = 19.17; p = 0.000$), y en la escala total ($X^2_{3} = 67.14; p = 0.000$). Tras la aplicación de la prueba post hoc de Scheffé se demuestran diferencias estadísticamente significativas entre las diferentes instituciones de salud pública (hospital público, unidades de salud, ISSS) en comparación con las clínicas y hospitales privados en función de cada una de las dimensiones de la escala de calidad de atención en los servicios de salud pública (ver tabla 7). Sin embargo, no se encontró diferencias estadísticas significativas entre los mismos centros de salud pública en función de las escalas de calidad de atención en los servicios de salud, significando lo anterior que en estos centros la calidad de atención es muy similar

TABLA 7. Puntuaciones media, desviación típica, ANOVA, y Significancia de la estructura, proceso-resultado, accesibilidad y total de la escala por cada institución de salud pública.

<i>Dimensiones / Instituciones de salud</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>F</i>	<i>P</i>
<i>Estructura:</i>				
Hospital público (n = 212)	17.92	3.84	27.48	0.000***
Unidades de salud (n = 376)	17.89	3.75		
ISSS (n = 390)	17.66	3.94		
Clínicas y Hosp. privado (n = 158)	20.90	4.87		
<i>Proceso-resultado:</i>				
Hospital público (n = 208)	37.18	8.77	29.99	0.000***
Unidades de salud (n = 355)	37.14	8.05		
ISSS (n = 371)	35.85	8.66		

Clínicas y Hosp. privado (n = 148)	43.71	9.92		
<i>Accesibilidad:</i>				
Hospital público (n = 223)	9.67	2.70	7.18	0.000***
Unidades de Salud (n = 384)	9.53	2.58		
ISSS (n = 404)	9.15	2.57		
Clínicas y Hosp. privado (n = 163)	10.25	2.72		
<i>Calidad de atención/total:</i>				
Hospital público (n = 192)	64.97	13.94	27.94	0.000***
Unidades de salud (n = 341)	64.58	12.67		
ISSS (n = 353)	62.59	13.33		
Clínicas y Hosp. privado (n = 141)	74.84	16.10		

$p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

En relación con el género, la prueba t demuestra que no existen diferencias significativas en estructura ($t_{1,121} = 1.57$; $p = 0.12$), ni en accesibilidad ($t_{1,160} = 1.78$; $p = 0.07$), pero si existen diferencias entre hombres y mujeres en la percepción de la calidad de atención en los servicios de salud pública, en especial en la dimensión de proceso-resultado ($t_{1,068} = 2.16$; $p = 0.03$) y en la escala total ($t_{1,015} = 2.06$; $p = 0.04$); la prueba no paramétrica U Mann Whitney lo confirma, en estructura ($Z = -1.33$; $p = 0.184$), en proceso-resultado ($Z = -2.031$; $p = 0.042$), en accesibilidad ($Z = -1.705$; $p = 0.088$) y en la escala total ($Z = -2.098$; $p = 0.036$). Indicando lo anterior, que las mujeres poseen una actitud más favorable que los hombres en relación con los procesos, resultados y en la calidad total de los servicios de salud.

El ANOVA de un factor no demuestra diferencias significativas en la calidad de atención en salud pública en función del estado civil de la muestra ($F_{4,1030} = 2.008$; $p = 0.091$), ni en relación con el grado de estudio de los participantes ($F_{4,1019} = 1.312$; $p = 0.26$), tampoco por los ingresos económicos familiares ($F_{6,985} = 0.473$; $p = 0.71$). Por otra parte, al contrastarse la percepción de los costos de la salud en El Salvador, en función del género se encontró ($t_{1,166} = 1.886$; $p = 0.059$) una tendencia en las mujeres a

considerar más cara la atención en salud que los hombres, confirmándose lo anterior con la prueba no paramétrica de U Mann Whitney ($Z = -2.007$; $p = 0.045$). No existe correlación significativa entre la edad de la muestra y las dimensiones de la escala: estructura ($r = 0.001$; $p = 0.960$), proceso-resultado ($r = 0.040$; $p = 0.184$), en accesibilidad ($r = -0.034$; $p = 0.246$), en la escala total ($r = 0.023$; $p = 0.471$); sin embargo, se encontraron correlaciones significativas que van desde intermedias hasta altas entre las escalas que conforman la prueba para evaluar la calidad de atención en los servicios de salud pública. Y estas se describen de la forma siguiente: entre estructura y proceso-resultado ($r = 0.743$; $p = 0.000$), entre estructura y accesibilidad ($r = 0.492$; $p = 0.000$), estructura y escala total ($r = 0.858$; $p = 0.000$); entre proceso-resultado y accesibilidad ($r = 0.599$; $p = 0.000$), entre proceso-resultado y escala total ($r = 0.965$; $p = 0.000$); entre accesibilidad y escala total ($r = 0.715$; $p = 0.000$).

Discusión

Al modelo trifactorial (*estructura, proceso y resultado*) planteado por Donabedian (1966) para evaluar la calidad de atención en los servicios de salud, se incorpora la dimensión de *accesibilidad*, sugerida por Frenk (1985), dimensión o factor que tiene relación con la *estructura* y que fue incluida al modelo de tres dimensiones de Donabedian, surgiendo la existencia de un modelo de cuatro dimensiones. Este último modelo se sometió al análisis empírico mediante el Análisis Factorial Exploratorio (AFE), confirmándose la existencia de cuatro factores. Tras la operacionalización de la teoría del autor se diseñó, construyó, administró y se hicieron los análisis de consistencias interna (alfa de Cronbach) y su validación tanto de contenido como de constructo de la *escala (ECASS) de calidad de atención en los servicios de salud pública*. Aplicándose los criterios estandarizados en el contexto internacional (Carretero y Pérez, 1997), se procedió a repetir el Análisis Factorial prefijando tres factores. Tanto el análisis Kaiser-Mayer-Olkin ($KMO = 0.96$) como la prueba de esfericidad de Bartlett ($X^2_{406} = 16600$; $p = 0.000$) indicaron la adecuación de los datos para este tipo de análisis. Siguiendo el procedimiento de tres factores con rotación *Varimax*, resultando una solución de tres factores que explican el 54.36% de la varianza total (*proceso-resultado, estructura y accesibilidad*).

El instrumento quedó construido con las escalas: *proceso-resultado* ($\alpha = 0.94$), *estructura* ($\alpha = 0.88$) y *accesibilidad* ($\alpha = 0.78$) y la escala total ($\alpha = 0.94$). Estos criterios estadísticos nos indican que el ECASS es un instrumento que posee las suficientes garantías psicométricas para evaluar la calidad de atención en los servicios de salud en El Salvador.

En el análisis descriptivo, se tienen datos e indicadores llamativos relacionados con la calidad de atención médica que reciben los salvadoreños en el sistema de salud público; entre sus resultados, se tienen variables que pueden ser calificadas como desfavorables o negativa (*malas*). Dentro de los hallazgos que presentan connotaciones negativas se mencionan los porcentajes más sobresalientes, y estos son: la atención que recibe de la enfermera(o), el 57.2% expresa que es mala; los procesos administrativos como sacar una cita, solicitar una constancia médica, el 59.8% dice que son muy lentos; en la atención que reciben del sistema de salud público salvadoreño, el 63.4% de los evaluados manifiestan que es inadecuada; los tiempos de espera entre una cita y otra, el 70.8% expresa que son muy largos; cuando se presenta a consulta médica el tiempo de espera para que lo vea el médico, el 69.0% manifestó que son muchas horas; en el sistema de salud pública, el acceso al médico especialista, el 68.4% piensa que es difícil. Los criterios antes mencionados están en sintonía con lo planteado por Dueñas (2008), quien hace énfasis en las tres dimensiones de la calidad en los servicios de salud: la *dimensión técnico científica* con la cual se pretende garantizar servicios seguros a los usuarios dentro de la balanza riesgo-beneficio, la *dimensión administrativa* referida a las relaciones prestadores-consumidores que se relacionan con los proceso de atención de que dispone la organización, y se hace un especial énfasis en la *dimensión humana* tradicionalmente desconocida y poco tratada cuando se habla de calidad, siendo la parte fundamental de la atención en salud, ya que la razón de ser del servicio de salud es el ser humano, como un ser biopsicosocial. De igual forma, Christofides, Jewkes, Webster, Kekana, Abrahams y Martín (2005) encontraron (en tres provincias de Sur África) que el sistema de salud era profundamente defectuoso con problemas de inaccesibilidad, con prejuicio y con falta de entrenamiento en todos los niveles (Human Rights Watch 1997). Se encontró a menudo largas esperas para recibir los servicios de salud, de uno a cinco pacientes esperando más de cinco horas para que lo viera un cirujano del distrito (Swart, Gilchrist, Butchard, Seedat y Martín, 1999).

En un segundo momento, tenemos algunos indicadores sobresalientes considerados como favorables (buenos) en el sistema de salud pública. Entre estos se tienen: el centro de salud está limpio y ordenado, el 64.3% dice que es adecuado; la evaluación diagnóstica y el tratamiento médico recibido, el 57.8% expresan que fue bueno; ha sentido mejoría de su estado de salud después de iniciado el tratamiento, el 63.9% manifiesta que sí; el tratamiento médico recibido lo percibe como efectivo en curar la enfermedad, el 59.7% considera que es bueno; la explicación del médico sobre su enfermedad fue con claridad, el 57.1% expresa que fue buena; al preguntarles sobre la accesibilidad (por distancia) a un centro de salud el 54.7% dice que es accesible. Al comparar, de forma muy general, los porcentajes favorables (*buenos*) con los desfavorables (*malos*), los datos reflejan una clara superioridad de los porcentajes negativos sobre los positivos. Hay que matizar que si bien existen muchas áreas que reflejan una aceptable calidad de atención en los servicios de salud pública, las percepciones negativas de la atención en salud son más elevadas que las positivas. Es importante abundar que estos últimos resultados (favorables) referidos en este informe son *parcialmente altos*, mientras su contraparte (en las mismas variables) son *parcialmente bajos*. En este mismo sentido, recientemente fue aceptado que la calidad de la atención sea evaluada desde la perspectiva de los pacientes, constituyendo así un importante elemento en el desarrollo de los servicios de salud (Ramírez, Nájera, Nigenda, 1998; Rahmqvist, 2001; Drain, 2001). El planteamiento de Donabedian (1993) pone en duda los hallazgos positivos antes mencionados, cuando afirma: "Nunca he estado convencido de que la competencia técnica científica por sí sola pueda mejorar la eficiencia o la eficacia de la atención y ni siquiera de que pueda reducir el costo de la atención. Creo que la comercialización de la atención es un gran error. La salud es una misión sagrada. Es una empresa moral y una empresa científica, pero no una empresa comercial"

Al comparar la calidad de la atención en los servicios de salud pública de San Salvador, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las instituciones de salud del Estado (Hospitales públicos, unidades de salud, ISSS) y las clínicas y hospitales privados, en las diferentes dimensiones (*Proceso-resultado, estructura, accesibilidad*) de la escala de calidad de atención en salud pública (ECASS) (ver tabla 7),

significando que la calidad de los servicios de salud en las clínicas y hospitales privados son de mayor calidad que los públicos. Lo anterior esta en sintonía con lo expresado en el Informe sobre salud en el Mundo (OMS 2008), donde la doctora Chan manifiesta mucha preocupación e invita a los países miembros a revisar sus sistemas de salud y propone cuatro conjuntos de reformas que reflejan la convergencia de los valores de la atención primaria, las expectativas de los ciudadanos y algunos retos comunes de naturaleza transversal para el desempeño de los sistemas de salud; se sugieren las reformas siguientes: a) *reformas en pro de la cobertura universal*, b) *reformas de la prestación de servicios* que reorganicen los servicios de salud en función de las necesidades y expectativas de la población, c) *reformas de las políticas públicas*, y d) *reformas del liderazgo*.

No se encontraron diferencias significativas entre los diferentes centros públicos de salud, es decir, entre hospitales públicos y unidades de salud y de estas con los centros del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS); indicando que los servicios de salud en los centros del Estado son similares, significando que las deficiencias en *estructura, proceso-resultado y accesibilidad* son idénticas. Tampoco hay diferencias significativas en los centros de salud en función del estado civil, ni en función del grado de estudio, ni de los ingresos económicos familiares. Existe diferencia significativa entre hombres y mujeres en función de los costos económicos de curarse en San Salvador; son los hombres los que tienen una percepción de que la salud es más costosa económicamente en comparación con las mujeres. Se encontró una correlación significativa de moderada hasta alta entre las dimensiones de la escala para evaluar la calidad de la atención en los servicios públicos de salud. Los hombres tienen una actitud más negativa sobre la calidad de atención en los servicios de salud que las mujeres.

Conclusiones

Se construyó, diseñó, fiabilizó y validó empíricamente, bajo los estándares internacionales, un instrumento (ECASS) para evaluar la calidad de atención en los servicios de salud pública desde la perspectiva del usuario, que podrá ser aplicado de forma parcial o total para medir criterios relacionados con la infraestructura del centro de salud, como: el ordenamiento, mantenimiento y comodidades del paciente, los procesos administrativos y médicos, la evaluación y resultados del tratamiento médico recibido, el seguimiento y evolución de la enfermedad, la atención recibida tanto del médico como de la enfermera; también, se podrá medir variables de accesibilidad a los centros de salud, a los médicos generales, al especialista y los tiempos de espera entre una cita y otra, y al momento de la consulta. Igualmente, se pueden medir criterios como los costos de la salud, la agilidad en los exámenes y sus resultados.

Hay diferencias significativas en las tres dimensiones del instrumento (*resultado-proceso, estructura y accesibilidad*) entre los centros de salud del Estado: hospitales públicos, unidades de salud, centros de salud del ISSS y las clínicas y hospitales privados. Indicando lo anterior que las condiciones de comodidad del paciente, la distribución física de los departamentos de la institución, los procedimientos de rutina (exámenes, Rx, expedientes), la atención que recibe de las enfermeras, la evaluación del médico, el tratamiento, los tiempos de espera, la accesibilidad a los centros de salud, el acceso al médico general o especialista, entre otros indicadores, son de mejor calidad en las clínicas y hospitales privados que en los centros públicos de salud. No existen diferencias en estos criterios entre los diferentes centros de salud del Estado, sugiriendo que las condiciones o características en la calidad de atención en salud son deficientes y, en la mayoría de casos, no satisfacen las expectativas de los usuarios.

Se encontraron diferencias importantes entre hombres y mujeres en relación con la percepción de los costos económicos de enfermarse y curarse en San Salvador, indicando que los hombres tienen una visión más negativa que las mujeres. Así mismo, las actitudes hacia el sistema de salud son más positivas en las mujeres que en los hombres. No se observaron diferencias en los diferentes centros de salud en función del estado familiar, del

grado de estudio, ni de los ingresos económicos familiares. Según estos últimos datos, estas variables no están asociadas a la calidad de atención en los centros de salud de San Salvador.

Recomendaciones

- Diseñar un programa de evaluación anual de la calidad de la atención en los servicios de salud, incluyéndose muestras preferentemente de usuarios y también prestadores de los servicios de salud.
- Gestionar un mayor presupuesto para cubrir la deuda de recursos humanos de salud y materiales médicos, incluyendo más y mejor infraestructura en el sistema nacional de salud.
- Revisar y aplicar el protocolo de atención al usuario por los diferentes profesionales de salud pública, con la finalidad de lograr índices satisfactorios de calidad en la atención en salud.
- Implementar mecanismos o estrategias para agilizar los tiempos de espera entre consultas, así como el día de la cita, siendo aplicable tanto para médicos generales como para especialistas.
- Abastecer del cuadro básico necesario de medicamentos, material y equipo médico a los diferentes centros de salud del sistema, debido a que existe la percepción desfavorable de que no se cuenta con los recursos médicos necesarios para una atención adecuada en salud.
- Utilizar la Escala de Calidad de Atención en los Servicios de Salud Pública (ECASS) para evaluar y medir el desempeño de los profesionales en salud, desde la percepción del usuario. De esta manera, conocer la satisfacción del usuario sobre el servicio de salud prestado y orientar estrategias de solución.
- Preocuparse por mejorar la calidad de la atención en los diferentes centros de salud pública, debido a que existe una percepción bastante generalizada de que es inadecuada o mala.
- Formar, capacitar y especializar a los profesionales en salud, tanto en el área técnica científica como administrativa y de atención al usuario para lograr una atención de calidad en el sistema nacional de salud.

- Revisar y mejorar la organización funcional del sistema de salud para agilizar la toma de decisiones.
- Darle seguimiento y continuidad a la evolución de la enfermedad del paciente por parte del medico, para garantizar una recuperación pronta del enfermo.
- Supervisar que la atención que recibe el usuario por parte de la enfermera sea de mejor calidad y respetando los protocolos ya establecidos.
- Procurar que los procesos administrativos, como sacar una cita o el expediente clínico, sean más ágiles.
- Mejorar el acceso a la atención médica, tanto general como especializada, debido a que la mayoría de la población está insatisfecha con el acceso al médico.

Referencias

- Amaya, C. (2006) La calidad de la salud, Un compromiso de todos, *Revista de Ciencia y Tecnología para la salud visual y ocular*, No. 007.
- Beaulieu, J; Scutchfield, F.D; y Kelly, A.V. (2003) Content and criterion validity evaluation of National Public Health Performance Standards measurement instruments. *Public Health Rep*;118: 508-17.
- Beaulieu, J; y Scutchfield, F.D. (2002) Assessment of validity of the national public health performance standards: the local public health performance assessment instrument. *Public Health Rep*;117: 28-36.
- Barón, E.O; Dushenat, M; y Friedman, N. (2001) Evaluation of the consumer model: Relationship between patients expectations, perceptions and satisfaction with care. *Int J Quality Health Care*;13(4): 317-323
- Bronfman-Pertzovsky, M.N; López-Moreno, S; Magis-Rodríguez, C; Moreno-Altamirano, A; y Rutstein, R. (2003) Atención prenatal en el primer nivel de atención: características de los proveedores que influyen en la satisfacción de las usuarias. *Salud pública de México / Vol. 45*, no. 6.
- Carretero-Dios, H; y Pérez C. (2007) Standards for the development and review of instrumental studies: Considerations about test selection in psychological research; *International Journal of Clinical and Health Psychology*, Vol. 7, pp. 863-882
- Centre Català de la Qualitat. ISO 9001:2000 (2005) Guia de la Qualitat. Barcelona: CIDEM; 2001. 331 Guix Oliver J. Calidad en salud pública *Gac Sanit. 19 (4)*.

- Comisión de Derechos Humanos de El Salvador. (2007) *Análisis de las condiciones de salud en El Salvador*. (Recuperado el 3 de febrero de 2009) de <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd53/dersal/cap6.pdf>
- Consultora en Marketing, Recursos Humanos y Servicios en Informática, Capacitación Laboral y Empresarial, (2008). *Estrategia Magazine*, (Recuperado el 20/04/2009). Disponible <http://www.gestiopolis.com/administracion-estrategia/estrategia/calidad-en-la-atencion-al-cliente-1.htm>
- Chan, M. (2008) Informe sobre salud en el mundo. Directora General, Organización Mundial de la Salud.
- Cebrián, S. (1995) Glosario de economía de la salud, paltex. Organización Panamericana de la Salud. España.
- Consultora en Marketing, Recursos Humanos y Servicios en Informática, Capacitación Laboral y Empresarial, (2008). *Estrategia Magazine*, (Recuperado el 20/04/2009). Disponible <http://www.gestiopolis.com/administracion-estrategia/estrategia/calidad-en-la-atencion-al-cliente-1.htm>
- Drain M. (2001) Quality improvement in primary care and the importance of patients perceptions. *J Ambulatory Care Manag*;24(2): 30-46.
- Draper, M; Cohen, P; y Buchan, H. (2001) Seeking consumer views: What use results of hospital patient satisfaction surveys? *Int J Quality Health Care*;13(6): 463-468.
- Duff, D.L; Camping, D.L; y Ahmed, L.B. (2001) Evaluating satisfaction with maternity care in women from minority ethnic communities: Development and validation of a Sylheti questionnaire. *Int J Quality Health Care*;13(3): 215-230.
- Donabedian A. (1993) Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad. Conferencia magistral. *Salud Publica Mex*;35(3): 238-247.
- Donabedian, A. (1966) Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44: 166-203
- Donabedian A. (1984) Quality, cost, and cost containment. *Nurs Outlook* ;32: 142-145.
- Dellana, S.A; y Glascoff, D.W. (2001) The impact of health insurance plan type on satisfaction with health care. *Health Care Manag Rev*;26 (2): 33-46.
- Hernández, S.R; Fernández, C.C; y Baptista, L.P. (2006) Metodología de la investigación, 4ª edición, editorial Mc Graw Hill, México.
- EFQM. Directrices para el sector público (1996). Salud. Madrid: *Club Gestión de Calidad*.

- Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería (2001) (FEPPEN) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS 2001). *Calidad de los servicios de salud en América Latina y el Caribe: desafíos para la enfermería.*
- Gutiérrez, J.R. (2009) La salud mental, una deuda histórica en El Salvador, *La Palabra Universitaria*, Universidad Tecnológica de El Salvador, San Salvador.
- González-Garza, M.G. (2006) La administración de la calidad en la atención de la salud. Hospitalidad- *ESDAI*.
- Gómez, D.O; Garrido, L.F; Tirado, G; Ramírez, D; y Macías, C. (2001) Abastecimiento de medicamentos en unidades de salud.
- Human Rights Watch. (1997) South African violence against women and the medico-legal system. New York: *Human Rights Watch*.
- Handler, A; Issel, M; y Turnok, B. (2001) A conceptual framework to measure performance of the public health system. *Am J Public Health*; 91: 1235-9.
- Joint Commission (1998). Estándares de acreditación de hospitales. Barcelona: FAD.
- Kennedy, V.C. (2003) A study of local public health performance in Texas. *J Public Health Manag Pract*; 9: 183-7.
- Lorenzo, S; Arcelay, A; Bacigalupe, M; Mira, J.J; Palácio, F; Ignácio, E; *et al.* (2001) Autoevaluación de centros sanitarios. Madrid: MSD.
- Landrum, L.B; y Baker, S.L.(2004) Managing complex systems: performance management in public health. *J Public Health Manag Pract*; 10: 13-8.
- Montero, I; y León, O.G. (2007) A guide for naming research studies in Psychology; *International Journal of Clinical and Health Psychology*; Vol. 7, pp. 847-862
- Mauer, B.J; Mason M; y Brown, B. (2004) Application of quality measurement and performance standards to public health systems: Washington State's Approach. *J Public Health Manag Pract*;10: 330-7.
- Mays, G.P; y Halverson, P.K. (2000) Conceptual and methodological issues in public health performance measurement: results from a computer-assisted expert panel process. *J Public Health Manag Pract*; 6: 59-65
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2008) *Variables e indicadores del MSPAS (2008)*. (Recuperado 3 de febrero de 2009), disponible en: http://www.mspas.gob.sv/pdf/indicadores_inst/indicadores2008.pdf.

- Mause, F. L. (2008) Calidad de atención obstétrica en los servicios de salud reproductiva en las provincias de Cabo Delgado, Inhambane y Zambezia: Mozambique: *Rev Per Obst Enf. Vol. 4*, No. 1, pp.7-16. ISSN 1816-7713.
- National Public Health (2009). Performance Standards Program (consultado 17 de marzo 2009). Disponible en: <http://www.phppo.cdc.gov/nphsp/SampleReportLinks.asp>
- Novaes, H.M; y Paganini, J.M. (1994) Estándares e indicadores para la acreditación de hospitales en América Latina y el Caribe. Washington: *OPS/OMS,109p*.
- Nicola, J; Christofides, L; Rachel, K; Jewkes, L; Naomi Webster, L; Loveday, Penn-Kekana; Abrahams, N; y Martin, L.J. (2005) “Other patients are really in need of medical attention” the quality of health services for rape survivors in South Africa. *Bulletin of the World Health Organization*; 83: 495-502.
- Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud (1998). Subcomité de planificación y del Comité Ejecutivo. *Programa de garantía de calidad de atención de salud*, 17p.
- Ramírez, S.T; Nájera, A.P; y Nigenda, L.G. (1998) Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. *Salud Publica Mex*; 40: 3 12.
- Rahmqvist, M. (2001) Patient satisfaction in relation to age, health status and other background factors: A model for comparisons of care units. *Int J Quality Health Care*;13(5):385-390.
- Reid, W.M; Beitsch, L.M; Brooks, R.G; y Mason, K.P. (2001) Mescia ND, Webb S. National public health performance standards: workforce for development and agency effectiveness in Florida. *J Public Health Manag Pract*; 7: 67-73
- Suñol, R; y Foz, G. (1982) Sobre la qualitat de l'assistència. Monografies Mèdiques. Barcelona: *Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears*.
- Spain, C; Eastmen, E; y Kizer, K.W. (1989). Model standards impact on local health department performance in California. *Am J Public Health*, 79: 969-74.
- Swart, L; Gilchrist, A; Butchard, A; Seedat, M; y Martin L. (1999) Rape surveillance through district surgeons' offices in Johannesburg, 1996-1998: evaluation and prevention implications. Pretoria: *Institute of Social and Health Sciences, University of South Africa*.
- Segura, A; Larizgoitia, I; García-Benavides, F; y Gómez, L. (2004) La profesión de salud pública y el debate de las competencias profesionales. *Gac Sanit*;17 Supl 3: 23-34

- Sánchez, P.J; Ochoa, D.H; García, G.M; y Martín, M.M. (1997) Bienestar social y servicios de salud en la Región Fraylesca de Chiapas: el uso de servicios de atención prenatal. *Salud Pública Mex*; 39: 530-538.
- Sánchez, P.J; Ochoa, D.H; Navarro, I.A; y Martín, M.M. (1998) La atención del parto en Chiapas, México: ¿dónde y quién los atiende? *Salud Publica Mex*; 40: 494-502.
- Turnock, B.J. y Handler, A. (1996) Is public health ready for reform? The case for accrediting local health departments. *J Public Health Manag Pract*; 2: 41-5.
- The Faculty of Public Health Medicine (consultado el 5 de marzo de 2009). Disponible en: <http://www.fphm.or.uk>
- Oliver, J.G. (2005) Calidad en salud pública. Unidad de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad Rovira i Virgili, Reus, Tarragona, España; Agencia de Salut Pública de Barcelona, Barcelona, España. *Gac Sanit*; 19 (4):325-32
- OPS/OMS (2007) Perfil de los sistemas de salud de El Salvador. *Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma*.
- OPS/OMS. (2001) Funciones esenciales de salud pública. Documento, CD 42/15 XLII Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud. LII Reunión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud. Washington, DC: OPS/SMS.
- Organización Mundial de la Salud (2006), Sistema de Información Estadística (recuperado el 07 de junio de 2009), disponible en Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2005) *Programa Nacional de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud en El Salvador*. Disponible en http://www.mspas.gob.sv/pdf/prog_nac_serv_calidad/documento.pdf
- Otero, J.M. y Otero, I.(2002) *Avedis Donabedian y la calidad de la atención de salud*, (recuperado el 21 de agosto de 2009), disponible en. Calidad en Salud-Avedis Donabedian y la calidad de la atención en salud.htm
- Pyron, T.S; Cline, G; Tews, D.S; y Parker, M.D.(2003) The Michigan Local Public Health Accreditation Program: many partners: one vision. *J Public Health Manag Pract*; 9: 228-31.
- Varo, J. (1994) Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Díaz de Santos, S. A. España: disponible en: www.netsalud.sa.cr/ms/ministe/reform.htm
- Primer nivel de atención de la Secretaría de Salud de México (2003) *Salud Publica Mex*; 43: 224-232.

Apéndice

ESCALA DE CALIDAD DE ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA. (ECASS)

Indicaciones: El presente estudio tiene como propósito evaluar la percepción de la población sobre **la calidad de los servicios de salud pública en San Salvador**. Para ello, estamos solicitando su colaboración respondiendo cada una de las preguntas que se le hacen. Se pide que responda una sola vez en cada pregunta, colocando una equis (X) en la casilla del número que aparecen a la derecha de cada pregunta, según la escala de medida que aparece arriba de los ítems. Favor responda de acuerdo con las vivencias, experiencias personales u observaciones en **el Centro de Salud que regularmente asiste**. La información facilitada será tratada confidencialmente. MUCHAS GRACIAS.

DATOS GENERALES

1. Institución de Salud que regularmente visita:

1. Hospital público 2. Unidad de salud 3. Seguro Social
4. Clínica y hospital privado

2. Genero: 1 Femenino 2. Masculino

3. Edad: años

4. Estado Civil:

1. Casado(a)
2. Acompañado(a)
3. Divorciado(a)
4. Soltero(a)
5. Viudo(a)

5. Escolaridad:

1. De 1er. a 3er. Grado
2. De 4to.a 6to. Grado.
3. De 7mo. a 9o. Grado
4. De 1er. a 3er. de Bachillerato
5. Estudios superiores

6. Número de miembros en su hogar:

1. De 1 a 3 miembros 2. De 4 a 5 miembros 3. De 6 a 7 miembros
4. Más de 8 miembros

7. Ingresos económicos familiares por mes?

1. De \$200.00 a \$499.00 2. De \$500.00 a \$799.00 De \$800.00 a 1,099.00
De \$1,100.00 a \$1,399.00 5. De \$1,400.00 a \$1,699.00 De \$1,700.00 a más

Forma de responder:

4 = Muy buena(o)

3 = Buena(o)

2 = Regular

1 = Mala(o)

No.	Estructura				
1	Las condiciones de comodidad del paciente en el centro de salud, (hospital, clínica), ya sea que esté ingresado o de consulta externa es	4	3	2	1
2	Las instalaciones físicas del centro de salud es	4	3	2	1
3	La distribución física de los departamentos y unidades del centro de salud es	4	3	2	1
4	La organización operacional y funcional del centro de salud es (toma de decisiones)	4	3	2	1
5	El centro de salud está limpio y ordenado	4	3	2	1
6	La conservación y mantenimiento del centro de salud es	4	3	2	1
7	La dirección y administración del centro de salud es	4	3	2	1
	Proceso-resultado				
8	Los procedimientos de rutina como elaborar el expediente clínico y entrega de medicamentos son	4	3	2	1
9	Los procesos de toma de exámenes clínicos (laboratorio y rayos X) y entrega de resultados son	4	3	2	1
10	La continuidad y seguimiento de la evolución de su enfermedad por el médico es	4	3	2	1
11	La atención que recibe de la enfermera(o) es	4	3	2	1
12	La evaluación diagnóstica y el tratamiento médico recibido es	4	3	2	1
13	En la evaluación y tratamiento, ¿el médico es diligente para resolver su problema de salud?	4	3	2	1
14	Los procesos administrativos como sacar una cita, solicitar una constancia médica son	4	3	2	1
15	Las medicinas indicadas por el médico son (por sus efectos)	4	3	2	1
16	¿Ha sentido mejoría de su estado de salud después de iniciado el tratamiento?	4	3	2	1
17	El tratamiento médico recibido, ¿lo percibe como efectivo en curar la enfermedad?	4	3	2	1
18	Su impresión general (percepción) de la atención médica recibida es	4	3	2	1
19	La atención en el sistema de salud público salvadoreño es (hospitales, clínicas, unidades de salud)	4	3	2	1
20	La atención o los cuidados de las(os) profesionales de enfermería es	4	3	2	1
21	¿La explicación del médico sobre su enfermedad fue con claridad?	4	3	2	1
22	¿La enfermera(o) le orienta sobre el proceso que debe cumplir en su tratamiento?	4	3	2	1
	Accesibilidad				
23	Los tiempos de espera entre una cita y otra es	4	3	2	1
24	Cuando se presenta a consulta médica el tiempo de espera para que lo vea el médico es	4	3	2	1
25*	¿Es usted de las personas que piensa que enfermarse y curarse en El Salvador es: 4 = Muy Caro, 3 = Caro, 2 = Regular y 1 = Barato?.	4	3	2	1
26	Los horarios de atención médica (consulta y emergencias) en El Salvador son	4	3	2	1
27	La accesibilidad (por distancia) a un centro de salud es	4	3	2	1
28	En el sistema de salud público, el acceso al médico general es	4	3	2	1
29	En el sistema de salud público, el acceso al médico especialista es	4	3	2	1

* Se sugiere que este reactivo se incluya en las variables sociodemográficas.