



**Universidad de Cienfuegos “Carlos Rafael Rodríguez”
Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales
Departamento de Ingeniería Industrial**

TRABAJO DE DIPLOMA

**TÍTULO: DISEÑO DE UN INSTRUMENTO PARA
LA MEDICIÓN DE LA CALIDAD PERCIBIDA DEL
SERVICIO QUIRÚRGICO AMBULATORIO DEL
CENTRO ESPECIALIZADO AMBULATORIO DE
CIENFUEGOS**

Autor: Alfredo Fajardo Serpa

Tutora: MSc. Ing. Dainelis Curbelo Martínez

MSc. Dra. Arelys Falcón Hernández

**Cienfuegos
2013**





Pensamiento

***“¿En qué se puede mejorar indefinidamente,
ilimitadamente?
En la Calidad de los Servicios Médicos.”***

***Fidel Castro Ruz
23 de Marzo de 1979***



Dedicatoria

Dedicatoria

A mi mamá, mi papá, mi hermana, a Rafe y a mis sobrinos, a mi familia de Cienfuegos y Ciego de Ávila, todos personas especiales en mi vida que me han acompañado y motivado para cada paso.



Agradecimientos

Agradecimientos

A mi mamá por darme siempre la fuerza para seguir adelante y su amor incondicional.

A mi papá por aconsejarme y enseñarme a mantener la calma cuando las cosas no salen como se esperan.

A mi hermana por darme seguridad y ánimos de seguir.

A mi cuñado Rafe por el apoyo que me ha brindado.

A mis primas Dainelis y Maidelis por ayudarme tanto, por su tiempo y sus enseñanzas.

A Gregorio por su apoyo incondicional, por enseñarme tantos valores.

A todos los profesores que tuvieron que ver con mi formación.

A todos los que de una forma u otra han estado al tanto de mis estudios, de mi vida y me han brindado su amistad.

Gracias



Resumen

Resumen

El trabajo que se presenta se efectúa durante los meses de diciembre de 2012 y abril de 2013, el mismo está encaminado a diseñar un instrumento para la medición de la calidad percibida del Servicio Quirúrgico Ambulatorio del Centro Especializado Ambulatorio de Cienfuegos. En el desarrollo de este, para el cumplimiento de dicho objetivo, se aplica el procedimiento metodológico de Curbelo (2010) que cuenta con siete etapas y dieciséis pasos. Las herramientas que se utilizan se especifican en la investigación y facilitan llegar desde la revisión de la literatura relacionada con el tema en estudio hasta el diseño y validación de un instrumento de medición de la calidad percibida. Los principales resultados alcanzados, además del anterior, son la identificación de criterios relevantes de los pacientes sobre el Servicio Quirúrgico Ambulatorio y la propuesta de un programa de acciones de mejora a las principales deficiencias detectadas.



Summary

Summary

The work presented is executed during the months from December 2012 to April 2013, it's aimed to design a perceived quality measurement instrument for the Ambulatory Surgical Service in the Ambulatory Specialized Center of Cienfuegos. Taking into account this objective is applied the methodological procedure of Curbelo (2010) to develop the investigation, that one has seven stages and sixteen steps. The tools used are specified in the research and they facilitate to move from the review of the literature related to the subject in study to the design and the validation of an instrument for measuring perceived quality. The previous is one of the main results achieved; other important result is the identification of relevant patient criteria about Ambulatory Surgical Service and finally the proposal of a program of improvement to major deficiencies.



Índice

Índice

Resumen

Summary

Introducción.....	8
Capítulo I: Marco Teórico Referencial	13
1.1- Concepciones generales relacionadas con la calidad de servicios.....	14
1.2- Modelos de calidad percibida de servicios	18
1.3- Calidad percibida de servicios de salud.....	22
1.3.1- Evaluación de la calidad percibida de servicios de salud	26
1.4- Sistema de Salud en Cuba. Particularidades.....	30
1.4.1- Sistema de Salud en Cienfuegos.....	31
1.5- Antecedentes en la evaluación de la calidad percibida en el Hospital Provincial y en el Centro Especializado Ambulatorio de Cienfuegos.....	35
1.6- Conclusiones del Capítulo I	38
Capítulo II: Diseño de un instrumento de medición de la calidad percibida para el Servicio Quirúrgico Ambulatorio del CEA de Cienfuegos	39
2.1- Procedimiento metodológico de Curbelo (2010) para el diseño de instrumentos de medición	39
2.2- Aplicación del procedimiento de Curbelo (2010) en el diseño de un instrumento para la medición de la calidad percibida en el Servicio Quirúrgico Ambulatorio del CEA (Etapas I- V)	52
2.3- Conclusiones del Capítulo II	64
Capítulo III: Validación del instrumento de medición de la calidad percibida en el Servicio Quirúrgico Ambulatorio del CEA de Cienfuegos	66
3.1- Aplicación del instrumento y evaluación de sus propiedades métricas (Etapa VI)	66
3.2- Análisis de los resultados (Etapa VII).....	81
3.3- Conclusiones del Capítulo III.....	86
Conclusiones generales	86
Recomendaciones	86
Anexos	



Introducción

Introducción

La calidad como concepto se aplica tanto a procesos productivos como de servicios y en los últimos años crece el interés por gestionarla para garantizar la satisfacción de los clientes que es uno de sus objetivos. A diferencia de los productos, en que la calidad puede ser fácilmente medida, la calidad de los servicios es un concepto intangible y abstracto que es difícil de definir y evaluar (Yesilada y Direktör, 2010).

En el sector de los servicios los administradores tienen una presión creciente por demostrar que están enfocados a sus clientes y que se desarrolla la mejora continua conociendo los criterios de estos (Shahin, 2006), por tanto sus percepciones de calidad o calidad percibida se tienen en cuenta todo el tiempo y esta debe ser medida para orientar las acciones a emprender por las organizaciones.

Entre los servicios en los que se ha medido la calidad percibida se encuentran: servicios de restaurantes (Andaleeb y Conway, 2006), deportivos (Gálvez, 2011), turísticos (Frías, 2005), a los que suman Díaz y Pons (2009) los servicios: bancarios, bibliotecarios, de líneas aéreas, de alojamiento, balnearios y de educación superior, por sólo mencionar algunos entre los que también se encuentran los servicios de salud, en que se centra la presente investigación.

SITUACIÓN PROBLÉMICA

Macroentorno general

En los servicios de asistencia médica, Landro (2012) señala la importancia de centrarse en el paciente y lo visualiza como el primero de diez caminos en los que se debe innovar en salud para el 2013. Especifica que los hospitales se están enfocando crecientemente en mantener a los pacientes complacidos y evalúan, en parte, a sus médicos y personal de enfermería por las percepciones que ellos tienen de los servicios recibidos.

En todo el mundo los hospitales y otras instituciones de salud tratan de certificar los Sistemas de Gestión de la Calidad con las ISO 9000 (Organización Internacional de Normalización, 2008), donde el enfoque al cliente es uno de los requisitos, este en salud tiene en cuenta al paciente como

cliente primario cuyos criterios deben considerarse para garantizar, desde la planificación, la mejora continua de los procesos (BSi Management Systems, 2002).

En Cuba se han alcanzado grandes logros en la salud como sector que destaca entre los priorizados. El Sistema Nacional de Salud trata de consolidar cada vez más la atención sistemática a la población, la respuesta a sus demandas en materia de asistencia médica en la atención primaria, secundaria y terciaria, en que se articula (Dirección Provincial de Salud de Cienfuegos, 2012). Lo anterior concuerda con lo que se declara en los Lineamientos aprobados en el VI Congreso del Partido Comunista de Cuba, específicamente en el 154, que para la salud evidencia la necesidad de: Elevar la calidad del servicio que se brinda, lograr la satisfacción de la población, así como el mejoramiento de las condiciones de trabajo y la atención al personal de la salud. Garantizar la utilización eficiente de los recursos, el ahorro y la eliminación de gastos innecesarios (Comité Central del Partido, 2011).

En aras de responder a las demandas dadas por las tendencias en el mundo en materia de gestión de la calidad y las necesidades declaradas para Cuba, resulta importante medir las percepciones de los pacientes. A ello se han encaminado las investigaciones de Mira et al. (1998), Civera (2008), Yesilada y Direktör (2010), y Romero (2011), entre las que destacan internacionalmente, en estas se evidencia el enfoque multicriterio al abordar la calidad percibida en servicios de asistencia en salud.

Entorno específico

Entre las organizaciones que en el país tienen en cuenta lo anterior como motivaciones de trabajo cotidiano se encuentra el Hospital Provincial de Cienfuegos “Dr. Gustavo Aldereguía Lima” (GAL) con 34 años de servicios. Este en materia de calidad está inmerso en el desarrollo del Programa de Gestión de la Calidad Hospitalaria desde el 2007, de Programas de Seguridad del Paciente y se tiene un Programa para Evaluar la Satisfacción (Fonseca et al., 2009), entre otras prácticas que le hacen ubicarse entre los mejores de su tipo en Cuba.

El Centro Especializado Ambulatorio “Héroes de Playa Girón” (CEA) surge en el año 2009 para dar respuesta a la necesidad de ampliación planteada por el Hospital GAL para satisfacer las

demandas quirúrgicas existentes, así el mayor número de pacientes que acuden a cirugías lo hacen al Servicio Quirúrgico Ambulatorio (Falcón et al., 2011), uno de los que en este se brindan.

Considerando la relevancia de centrarse en los clientes, también para servicios de salud, tanto en el CEA como en el Hospital GAL se realiza la medición de la satisfacción, la que en la literatura se registra como antecedente o consecuente de la calidad percibida, conceptos que en este ámbito se encuentran muy relacionados. Particularmente en el CEA en dicha medición actualmente se utilizan las autoencuestas que se aplican cada semana por servicios, estas consisten en una tira de papel donde los pacientes y familiares deben escribir sus criterios del servicio recibido. Luego quienes procesan la encuesta ubican los valores de satisfacción de acuerdo a la gravedad del planteamiento aportado por el paciente o sus familiares.

El método anteriormente explicado, dada la complejidad y multidimensionalidad en la definición de la calidad percibida, no está acorde a las prácticas actuales más utilizadas en materia de su medición para servicios de atención en salud, lo que dificulta además la mejora continua considerando esta una fuente de retroalimentación fundamental.

Todo lo descrito hace que se declare como **PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN:** ¿Cómo medir la calidad percibida del Servicio Quirúrgico Ambulatorio del Centro Especializado Ambulatorio de Cienfuegos?

Para dar respuesta a esta problemática se formulan los siguientes **OBJETIVOS:**

Objetivo general: Diseñar un instrumento con enfoque multicriterio para la medición de la calidad percibida del Servicio Quirúrgico Ambulatorio del Centro Especializado Ambulatorio de Cienfuegos que posibilite la identificación de las percepciones relevantes de los pacientes del mismo para la definición de alternativas de mejora en función de estas.

Objetivos específicos:

1. Diseñar un instrumento para la medición de la calidad percibida a partir de la aplicación de un procedimiento propio para estos casos.
2. Validar el instrumento diseñado en el Servicio Quirúrgico Ambulatorio del Centro Especializado de Cienfuegos.

3. Identificar criterios relevantes de los pacientes relacionados con sus percepciones sobre la calidad del Servicio Quirúrgico Ambulatorio.
4. Proponer un programa de mejoras a las principales deficiencias detectadas.

Se considera como **HIPÓTESIS:**

El diseño y validación de un instrumento para la medición de la calidad percibida del Servicio Quirúrgico Ambulatorio del Centro Especializado Ambulatorio de Cienfuegos permite identificar los criterios relevantes que poseen pacientes del mismo y proponer un programa de mejoras a las principales problemáticas existentes.

Por tanto, las **VARIABLES EN LA INVESTIGACIÓN** son:

Variable independiente:

- Instrumento de medición de la calidad percibida.

Conceptualización: Es una herramienta que permite monitorear la calidad del servicio teniendo en cuenta las percepciones de los pacientes.

Operacionalización: El instrumento está compuesto de un conjunto de variables agrupadas en cuatro listas: atención de médicos, de enfermeros, del personal de servicios e infraestructura. El mismo es concebido considerando el procedimiento metodológico para el diseño de instrumentos de medición de Curbelo (2010), compuesto por siete (VII) etapas y dieciséis (16) pasos.

Variables dependientes:

- Criterios relevantes de los pacientes.

Conceptualización: Juicios de los pacientes sobre el servicio que reciben, una evaluación de la calidad desde la percepción de los evaluadores (Duque et al., 2006).

Operacionalización: Los juicios de los pacientes se conocen a partir de análisis estadísticos que se efectúan teniendo en cuenta las variables del instrumento.

- Programa de mejoras.

Conceptualización: Acciones orientadas a la mejora que se proponen a la organización para que sean implementadas en función de mejorar la calidad percibida del servicio que se estudia.

Operacionalización: En la planificación para la mejora se utiliza como técnica el 5W y 1H.

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Exploratoria y descriptiva.

El desarrollo de la investigación queda estructurado en tres capítulos:

Capítulo I: Marco Teórico Referencial

Se presenta una fundamentación teórica sobre las principales concepciones relacionadas con la Calidad percibida, su modelación y medición en los servicios, y particularmente en servicios de salud. Además se describen el Sistema Nacional de Salud y el Sistema Provincial de Salud de Cienfuegos, el Centro Especializado Ambulatorio como parte del Hospital Provincial de Cienfuegos y se analizan los antecedentes en la medición de calidad percibida en estos dos últimos.

Capítulo II: Diseño de un instrumento de medición de la calidad percibida para el Servicio Quirúrgico Ambulatorio del CEA de Cienfuegos

En este Capítulo se presenta el procedimiento de Curbelo (2010) que se emplea para el diseño del instrumento de medición de la calidad percibida y diseña uno propio para el caso del Servicio Quirúrgico Ambulatorio, objeto de estudio.

Capítulo III: Validación del instrumento de medición de la calidad percibida en el Servicio Quirúrgico Ambulatorio del CEA de Cienfuegos

En este capítulo se concluye la aplicación del procedimiento iniciado en el Capítulo II y se analizan los criterios relevantes de los pacientes llegándose a proyectar un programa de mejoras.

Finalmente se presentan las conclusiones y recomendaciones derivadas de la investigación realizada, así como la bibliografía utilizada y los anexos correspondientes.



Capítulo I

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

Introducción

El Marco Teórico Referencial permite el análisis de diversas concepciones relacionadas con la calidad percibida de servicios y los servicios de salud, donde se estudian criterios de diferentes autores sobre el tema, haciéndose especial énfasis en la medición de esta. El sustento conceptual de la investigación que queda construido se representa en el hilo conductor que se muestra en la Figura 1.1.

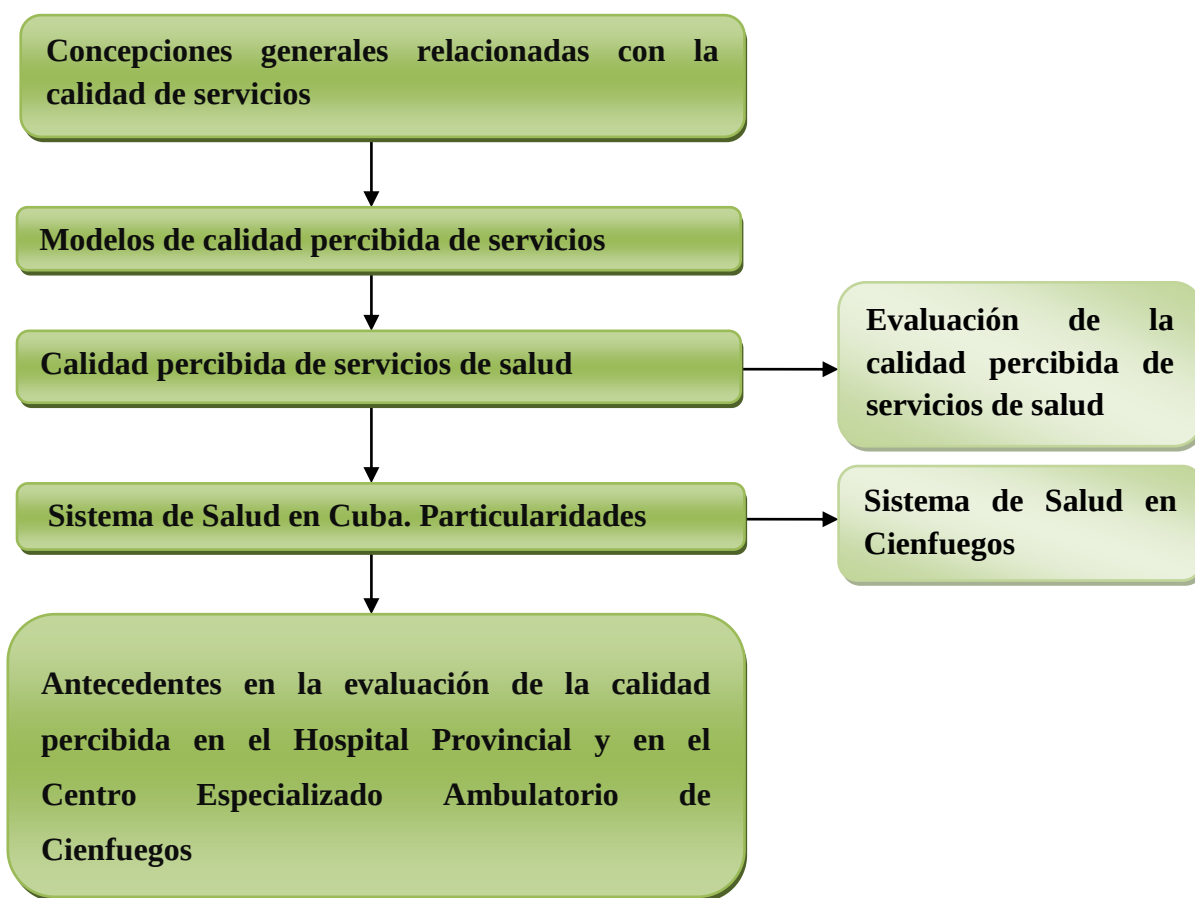


Figura 1.1: Hilo conductor de la investigación

Fuente: Elaboración propia

En los epígrafes que siguen se desarrollan los aspectos considerados en el hilo conductor de la investigación antes presentado.

1.1- Concepciones generales relacionadas con la calidad de servicios

En materia de servicios, en plena década de los 80', las definiciones conceptuales reflejan cierta autonomía y preponderancia sobre el producto, así aparece la proposición de Lehtinen (1983) donde plantea que los servicios son actividades de naturaleza intangible en los que participa un proveedor y un cliente, generando satisfacción para este último.

Luego aparecen otras definiciones como la de Grönroos (1994), quien entiende el servicio como una actividad o una serie de actividades de naturaleza más o menos intangible que por regla general, aunque no necesariamente, se generan en la interacción que se produce entre el cliente y los empleados de servicios y/o los recursos o bienes físicos y/o los sistemas del proveedor de servicios, que se proporcionan como soluciones a los problemas del cliente (Grönroos, 1994).

En las normas ISO 9000: 2000 se precisa al servicio como el resultado generado por actividades en la interfaz entre el proveedor y el cliente, y generalmente es intangible (Organización Internacional de Normalización, 2000). Mientras Cantú (2001) especifica que un servicio es una actividad o conjunto de actividades de naturaleza casi siempre intangible, que se realiza mediante la interacción entre el cliente y el empleado y/o instalaciones físicas y de servicio, con el objeto de satisfacerle un deseo o necesidad.

En los conceptos abordados se destaca la intangibilidad del servicio, una de las características que le hacen diferente de los productos tangibles que pueden ofrecerse en las organizaciones, pero también se dan otras como la inseparabilidad o simultaneidad entre producción y consumo y la heterogeneidad que abordan autores como Parasuraman, Zeithaml, y Berry (1985), Grönroos (1994), Frías (2005), Civera (2008) y Gálvez (2011).

Sobre el tema Grönroos (1994) enuncia las particularidades ya mencionadas y adiciona: valor esencial producido en la interacción comprador- vendedor, mayor participación del cliente, se logra una actividad o proceso, no se pueden almacenar y no hay transferencia de la propiedad. Con estas dos últimas concuerda Gálvez (2011), quien al realizar un estudio al respecto señala que autores como Varo (1993), Martínez-Tur *et al.* (2001) y Salvador (2008), las identifican nombrándolas: caducidad o carácter perecedero y propiedad temporal e intransferible. Todo ello

se resume en la Figura 1.2 y se detalla en el Anexo 1, considerando además los criterios dados por Frías (2005).

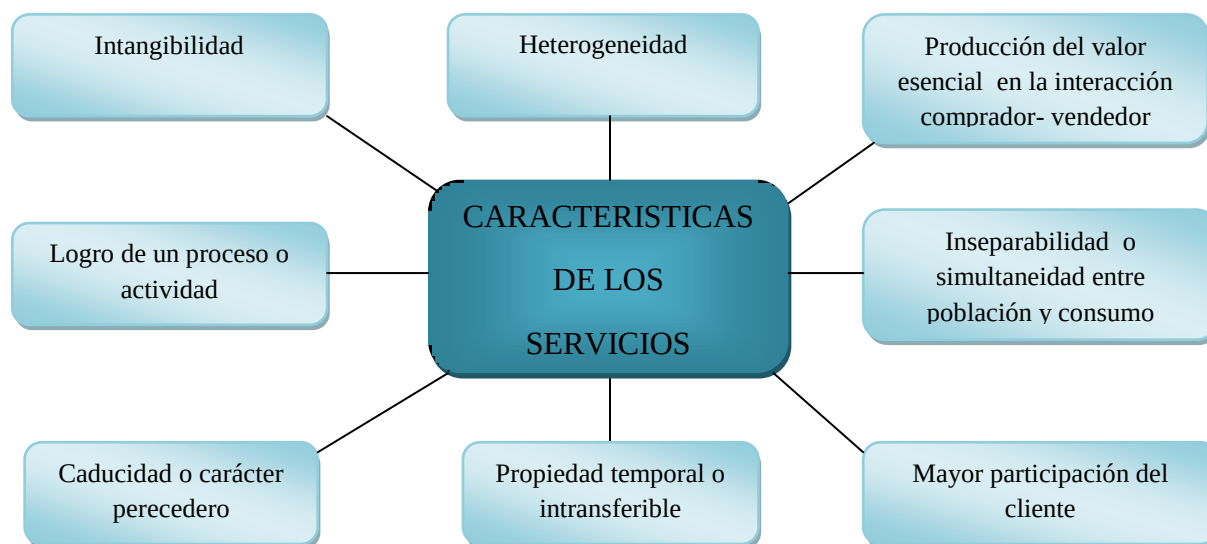


Figura 1.2: Características de los servicios

Fuente: Elaboración propia

Vale resaltar entonces que las **organizaciones de servicios** son aquellas en que la actividad fundamental no es la producción de bienes sino de servicios. Se entiende como tal a organizaciones en que una parte del servicio se presta mientras este es usado (Martínez-Tur *et al.*, 2001). Entre las organizaciones de servicios más conocidas se encuentran las de: salud, bancos, educación, hotelería, restaurantes, transporte, servicios públicos, entre otros de los que usualmente las personas tienden a emitir criterios, juicios, a dar sus percepciones en relación con el resultado y proceso de servicio.

La **calidad de los servicios** ha sido objeto de estudio de investigadores como Oliver (1977, 1980, 1981, 1985, 1988, 1989) quienes la definen como una actitud, mientras Lewis y Booms (1983) plantean que es una medida de cómo el nivel de servicio desarrollado iguala las expectativas de los clientes con una base consistente, una mirada con la que coinciden los criterios de Bolton y Drew (1991). Así mismo, Holbrook y Corfman (1985) destacan que es un fenómeno altamente relativo que difiere entre distintas valoraciones, a lo que adicionan Cronin y Taylor (1993) que es lo que el cliente percibe del nivel de desempeño del servicio prestado. Por su parte, Horovitz

(1993) especifica que la calidad de servicios es un nivel de excelencia que la empresa ha escogido alcanzar para satisfacer a su clientela clave (Rangel, 2005).

Parasuraman, Zeithaml y Berry (1988) definen la calidad de servicios como la valoración que hace el consumidor de la excelencia o superioridad del servicio; es una modalidad de actitud, relacionada, pero no equivalente a satisfacción, que resulta de la comparación entre las expectativas y las percepciones del desempeño del servicio; toda calidad es percibida por alguien. Criterio anterior relacionado con el de Grönroos (1982, 1984) al especificar que en la evaluación de la calidad del servicio los consumidores comparan el servicio que esperan con las percepciones del servicio que ellos reciben.

Otras definiciones sobre calidad de servicio aseveran que la calidad como satisfacción de las expectativas del cliente comparte las ideas previas de Deming, la calidad se define y mide en términos de percepción de calidad por el consumidor y no por la empresa, asumiendo así que la calidad reside en los ojos de quien la contempla (Denton, 1991).

Un análisis de dichas definiciones permite establecer que la calidad del servicio está relacionada con la **calidad percibida** por lo que puede entenderse de manera general como *una evaluación de la calidad desde la percepción de los evaluadores* tal cual plantean Duque, Cervera, y Rodríguez (2006), criterio con el que se coincide.

Para la calidad de servicios percibida Denton (1991) establece como elementos esenciales los que se presentan a continuación siguiendo una lógica que va desde el deseo inicial de los clientes hasta su evaluación del servicio y la mejora por parte de las organizaciones que los brindan:

1. Servicio esperado: Conocer lo que los clientes esperan con relación a los varios atributos del servicio es posiblemente la etapa más crítica para la prestación de servicios de alta calidad. Muchas empresas subestiman la necesidad de entender por completo las expectativas de sus clientes. A pesar de que ellas tienen un genuino interés en proveer servicios de calidad, piensan de adentro hacia fuera, en vez de un abordaje de afuera hacia dentro. Cuando esto sucede, las empresas suministran servicios que no atienden las expectativas de los clientes.
2. Factor de influencia: Varios factores están constantemente influenciando y moldeando las expectativas de los clientes en relación con el servicio. Son estos: las comunicaciones de

boca a boca, las necesidades personales, las experiencias pasadas con un mismo proveedor y/o con otros proveedores (concurrentes), y las comunicaciones externas, que incluyen una variedad de mensajes directos e indirectos, emitidos por las empresas a sus clientes actuales o futuros compradores.

3. Servicio percibido: Este elemento es el resultante del contacto del cliente con el proveedor del servicio.
4. Calidad del servicio prestado: La percepción general que los clientes tienen sobre la calidad de una determinada empresa de servicios está basada en diversos atributos que los clientes consideran importantes.
5. Atributos: Comprenden variables tanto objetivas como subjetivas que caracterizan el servicio. Se relaciona con las dimensiones que permiten caracterizarlo, por ejemplo Parasuraman et al. (1988) consideran: elementos tangibles, fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía, de lo que se abordará más adelante.
6. Nivel de satisfacción: Es la diferencia que hay entre lo que el cliente espera recibir del servicio y el servicio real que recibe.
7. Nuevas actitudes: Son los cambios que introducen las empresas en sus procesos de prestación de los servicios dirigidos a mejorar la satisfacción de sus clientes.
8. Nuevo comportamiento: Es el comportamiento dirigido a lograr un aumento de la utilización de los productos o servicios, un aumento de la intención de realizar nuevos negocios y la divulgación entre otras personas sobre los aspectos positivos de la experiencia.

Al definir calidad percibida es primordial el criterio de quien recibe el servicio, del **cliente**, entendido como una organización o persona que recibe un producto o servicio (Organización Internacional de Normalización, 2000). Es una parte esencial de los negocios, es un ser humano con sentimientos y emociones similares a los de quienes intercambian con él y que merece un trato respetuoso. Un cliente no es una interrupción del trabajo, es un objetivo (Sangüesa, 2006).

Los clientes, según la Organización Internacional de Normalización (2000) en su Norma ISO 9000, se pueden clasificar en: internos (el que recibe o es el beneficiario de las salidas o resultados de los esfuerzos del trabajo de los procesos internos de la organización) o externos (el que recibe o es beneficiario del servicio o comprador de los productos de una empresa).

El nivel de satisfacción, elemento de la calidad del servicio ya mencionado, se puede definir como evaluación post-consumo y/o post-uso, susceptible de cambio en cada transacción, fuente de desarrollo y cambio de actitudes de consumo y/o uso, resultado de procesos psicosociales de carácter cognitivo y afectivo (Civera, 2008).

En esta investigación se considera la satisfacción directamente proporcional a la calidad que percibe el cliente, en la medida en que la calidad percibida se incremente esta también aumentará, o sea, se entiende a la satisfacción como consecuente de la calidad percibida.

El logro de una percepción de calidad acorde a los servicios que se ofrecen y de la satisfacción de los clientes debe estar entre los principios de gestión en organizaciones de esta naturaleza. La gestión de la calidad aplicada a los servicios se ha convertido en una estrategia prioritaria y cada vez son más los que tratan de definirla y medirla para finalmente mejorarla (Grönroos, 1994).

En materia de definición y medición de la calidad percibida se han desarrollado modelos explicativos que se presentan en el apartado siguiente.

1.2- Modelos de calidad percibida de servicios

Al describir la calidad del servicio percibida se han desarrollado dos grandes escuelas: la Escuela Nórdica de Marketing de servicios (Tradición europea) y la Escuela Norteamericana o Instituto de Ciencias del Marketing. En la primera de estas se inscriben los criterios de Grönroos (1982, 1984) quien concluye que la calidad del servicio percibida es el resultado de una comparación entre el servicio percibido y el esperado, donde el cliente compara sus expectativas con su percepción del servicio recibido, y presenta dos dimensiones: la técnica o de resultado (lo que se da al cliente cuando el proceso productivo y las interacciones comprador-vendedor han concluido) y la funcional o relacionada con el proceso (modo en que el cliente experimenta el proceso simultáneo de producción y consumo) asociadas a la calidad técnica (qué) y la funcional (cómo), dimensiones a que luego adiciona la imagen (Gálvez, 2011).

En la segunda, siguiendo la idea de Grönroos (1984) se destacan los trabajos de Parasuraman et al. (1988) quienes visualizan la calidad de servicios percibida como una forma de actitud resultante del contraste entre percepciones y expectativas en relación con un determinado rango de atributos o dimensiones.

En resumen, la Escuela Norteamericana ha favorecido el desarrollo de la parte intangible del modelo Europeo pero sin embargo ha desfavorecido la parte tangible que hace referencia a la calidad técnica (Martínez-Tur, Peiró, y Ramos, 2001). Por otro lado, las dos tradiciones tienen un mismo punto de partida al definir la calidad del servicio como discrepancia entre expectativas y percepciones lo que responde al denominado “paradigma de la disconformidad”.

En el sector de servicios al paradigma anterior se suma el “paradigma de la percepción del desempeño” en que sólo se consideran como variables de entrada los valores de percepción del cliente sobre el desempeño del servicio prestado. El primero de estos paradigmas es representativo de las Escuelas Nórdica y Norteamericana, pero el de la percepción del desempeño únicamente es considerado en esta última (Rodríguez, 2007).

En la Figura 1.3 aparecen **modelos** que responden a cada uno de los paradigmas explicados, son estos los mencionados reiteradamente en la literatura consultada, los mismos se precisan en el Anexo 2.

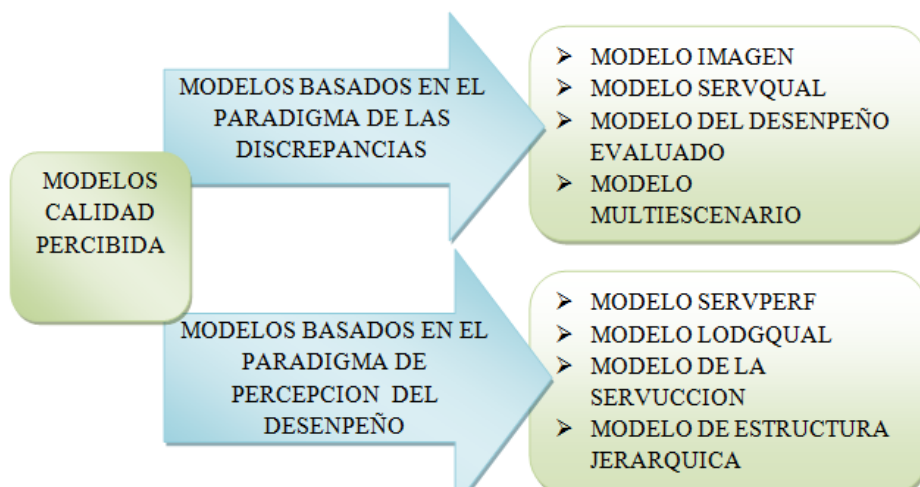


Figura 1.3: Modelos de calidad en los servicios

Fuente: Elaboración propia

Entre los modelos explicados, resulta sin dudas, uno de los más utilizados el SERVQUAL, afirmación que se sustenta en los criterios de diferentes autores en la última década, algunos de estos son:

- SERVQUAL es el modelo de investigación más usado para medir la calidad en la industria de servicios. La diversidad de su aplicación ha permitido su revisión y

validación como instrumento de medición de calidad del servicio, incorporando constantes mejoras (Castillo, 2005).

- La aportación que ha suscitado más interés en la literatura en la calidad en el terciario ha sido la descrita por Parasuraman, Zeithaml y Berry (1985, 1988) en su modelo (Civera, 2008).
- Para medir la calidad de servicio percibida hay que integrar las dos formas más utilizadas de operacionalización de esta variable SERVPERF y SERVQUAL. Los autores de la escala de medida SERVQUAL revisado indican que conviene proceder a una adaptación apropiada cuando se trate de estudiar una categoría única de servicio. No obstante a ello se sigue utilizando en multitud de servicios (Díaz y Pons, 2009).
- Los trabajos de Parasuraman, Zeithaml y Berry (1985, 1988) son los que han adquirido mayor trascendencia en la literatura científica gracias a la adaptación de la Escala SERVQUAL en servicios de muy diversa tipología (Gálvez, 2011).
- En la Escuela Norteamericana destaca el proyecto de investigación de Parasuraman, Zeithaml y Berry (1985, 1988) que dio origen a la conocida herramienta de medida SERVQUAL. Desde que a mediados de la década de los ochenta estos investigadores plantearon su modelo sobre la calidad de servicio su desarrollo ha sido excelente generándose múltiples investigaciones a pesar de sus críticas. Es un modelo de gran pragmatismo, tanto es así, que en ocasiones se asocia la calidad del servicio con este modelo sin tener en cuenta otras perspectivas (Romero, 2011).

En el Anexo 3 se especifican las particularidades de este modelo y su escala de medición que se ha ido perfeccionando cada vez para brindar una evaluación de la calidad percibida de servicios más fiable y válida. Vale destacar que también es el SERVPERF muy utilizado, como aplicación propia de esta escala SERVQUAL, pero con centro sólo en las percepciones (Martínez, 2006; Díaz y Pons, 2009).

Considerando la multidimensionalidad de la escala SERVQUAL, esta ha sido adaptada teniendo en cuenta las características propias de diferentes servicios, otra muestra de que su aplicación es amplia para evaluar la calidad percibida, lo que se detalla en el Anexo 4. Díaz y Pons (2009) sugieren que es imprescindible adaptar, modificar o crear una nueva escala a entornos específicos que se investiguen, porque las necesidades, deseos y expectativas son diferentes en los múltiples

servicios y para cada país. Además, es importante encontrar la escala de medida fiable y válida para, a continuación, medir la calidad de servicio percibida, conocer la situación actual de la empresa y las posibles áreas de mejoras.

Entre los autores que exponen criterios sobre modelos de calidad percibida en Cuba se encuentran Díaz y Pons (2009), estos investigadores proponen un modelo propio para empresas del país a partir de su experiencia en diferentes servicios y de las consideraciones antes descritas sobre los modelos difundidos internacionalmente, este se explica en el Anexo 5.

La propuesta de Díaz y Pons (2009) es aplicable a cualquiera de las empresas que intenten alcanzar altos niveles de calidad y permite llegar a identificar las deficiencias incidentes en la percepción de los clientes sobre los servicios, particularmente esta idea sigue los criterios de Parasuraman, Zeithaml, y Berry (1985), pero para el caso cubano se consideran las deficiencias de comunicación hacia los clientes, de ejecución y de planificación.

En resumen, existen varios modelos para la evaluación de la calidad percibida de servicios, pero de estos el que posee mayor aplicación es el SERVQUAL que cuenta con una escala multidimensional que se ha utilizado como punto de partida para análisis de esta naturaleza en diferentes tipos de servicios. Dicha escala se ha puesto en práctica considerando los preceptos del paradigma de las discrepancias en que se produce y de la percepción del desempeño (SERVPERF), aportando criterios que posibilitan a las organizaciones revisar sus prácticas en materia de servicios para alcanzar la calidad adecuada que garantice la satisfacción de los clientes.

Así han sido resultado de investigaciones otros cuestionarios que intentan dar una visión general de la calidad percibida en diferentes servicios, de los revisados en la última década se encuentran: el cuestionario de Valls, Vigil, Yera, y Romero (2002) y el de Frías (2005) para servicios de hotelería y turismo; el de Gutiérrez (2006) para la calidad y satisfacción en servicios públicos; el de Civera (2008) para hospitales; el de Moreno (2010) para servicios informáticos de desarrollo de software; el de Gálvez (2011) para servicios deportivos; y el de Garrido, Shih, y Martínez-Molina (2012) para servicios de bibliotecas y archivos, por sólo mencionar algunos. Lo anterior confirma que las organizaciones necesitan una evaluación periódica o en un momento dado de la calidad percibida y que una de las alternativas más utilizadas son los cuestionarios.

En el apartado que sigue se aborda la calidad percibida pero desde la mirada de la atención en salud, un sector que tiene especificidades que le hacen diferente del resto en materia de servicios.

1.3- Calidad percibida de servicios de salud

La preocupación por la calidad en la asistencia sanitaria es tan antigua como el propio ejercicio médico y en cuanto a su gestión vale resaltar que Abraham Flexner en 1910 puso en evidencia la mala calidad en la formación médica de los Estados Unidos, una primera muestra del control de la calidad en los servicios médicos. En 1916, Codman estableció las bases sobre la importancia de la certificación de los médicos y la acreditación de hospitales, como resultado, en 1918 se creó el Programa de Estandarización de Hospitales, el cual solamente aprobó a 90 de 692 instituciones (Borel y Sivanto, 2008). En esa época la efectividad de las intervenciones quirúrgicas era el interés fundamental de Codman, siendo junto a Nightingale, los precursores más cercanos de la calidad asistencial como característica intrínseca de la práctica clínica (Herrera, 2007; Borel y Sivanto, 2008).

En la década del 1930, la calidad en medicina fue definida por los ocho artículos de fe expuestos por Lee y Jones que destacan González, Fernández, y Jiménez (2010): Práctica de una medicina racional basada en las ciencias médicas, enfatiza la prevención, requiere la cooperación entre el público lego y los profesionales de la medicina, trata al individuo como un todo, mantiene una relación personal y continua entre el médico y el paciente, está coordinada con el trabajo y la asistencia social, coordina a todos los tipos de servicio médico e implica la aplicación de todas las herramientas de la medicina científica moderna a las necesidades de toda la gente.

En el terreno de la salud el concepto de calidad de la asistencia sanitaria empezó a ser aplicado hacia los años cincuenta en los Estados Unidos, con la fundación de la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), el cual esbozó los planteamientos de parámetros de calidad en su publicación del año 1953 con el manual de estándares para la acreditación de hospitales (Herrera, 2007).

Al analizar definiciones de **calidad en la asistencia sanitaria**, en la literatura tienen un fuerte impacto las aportaciones de Donabedian (1980) quien la conceptualiza como aquella que se espera maximice una medida comprensible del bienestar del paciente después de tener en cuenta

el balance de las ganancias y las pérdidas esperadas que concurren en el proceso de atención en todas sus partes.

Por su parte, Varo (1994) al hablar de calidad se refiere a la capacidad que, con distinto grado, puede tener una organización o un acto concreto de asistencia sanitaria para satisfacer las necesidades de los consumidores de salud. Mientras Ramos (2004) considera que existe calidad de la atención de salud cuando los resultados o efectos de este proceso satisfacen los requisitos de los pacientes (usuarios, clientes), de los trabajadores y, además se cumplen las normas, procedimientos y reglamentos institucionales y del sistema.

Para Herrera (2007) la calidad radica precisamente en el servicio que recibe el paciente y mucho más importante en la percepción subjetiva que experimente el paciente sobre la asistencia que ha recibido, por lo que considera dos aspectos básicos:

- Calidad técnica o intrínseca: Características técnicas de un bien o servicio que, medidas y comparadas con las de otros productos, permiten establecer un juicio objetivo al respecto.
- Calidad percibida: Impresión que los usuarios tienen sobre la idoneidad de un producto para satisfacer sus expectativas. Ejemplos: Tiempos de espera, la escasa información que se le proporciona sobre su padecimiento al paciente, entre otros.

Considerando ello, Herrera (2007) expone que los profesionales sanitarios prefieren definir la calidad en términos de componentes y resultados de la atención ofrecida, es decir la calidad técnica en sus dos dimensiones: que la atención prestada sea la apropiada y que esta sea realizada correctamente. La autora afirma que este enfoque limita el problema de las organizaciones sanitarias, cuya atención radica hoy en el enfermo como sujeto activo en la interacción con el profesional sanitario, cuya opinión en cuanto a la atención por recibir y los resultados obtenidos, debe ser buscada y respetada.

La óptica del paciente o modo de entender la calidad desde su punto de vista está consolidándose actualmente como un factor esencial. De este modo, en los últimos años se asiste a un cambio de actitud fundamental en los sistemas sanitarios en general, de manera que el paciente pasa a ser el centro de la atención, y la calidad sólo se mejora cuando los procesos están diseñados sobre la premisa de satisfacer sus necesidades y expectativas (Mira y Aranaz, 2000).

Al respecto Mira y Aranaz (2000) precisan que la **calidad percibida** es la apreciación que hace el paciente de la adecuación, resultados y beneficios del conjunto de actuaciones en el marco de la atención sanitaria. En concordancia con lo anterior, Correia y Miranda (2010) afirman que ningún estudio de calidad será completo si no se analizan las diferencias entre las expectativas de los ciudadanos y la percepción real del servicio.

Con estos últimos criterios se concuerda totalmente, si al hablar de calidad el cliente es el principal evaluador y el deseo mayor es cumplir con sus demandas, al traducirlo en salud es necesario considerar a los pacientes de los servicios de cualquier especialidad, y además de estos clientes, según el Instituto Argentino de Normalización (IRAM, 2003), también pueden serlo: los familiares del paciente, organizaciones que contratan la provisión de servicios de salud, otro profesional de la salud y la comunidad o una parte de ella.

Relacionado con esto, Aranaz (1994) precisa que la calidad asistencial es definida por la comunidad científica, por el profesional, el paciente y la sociedad, y los objetivos que considera aparecen en la Figura 1.4.

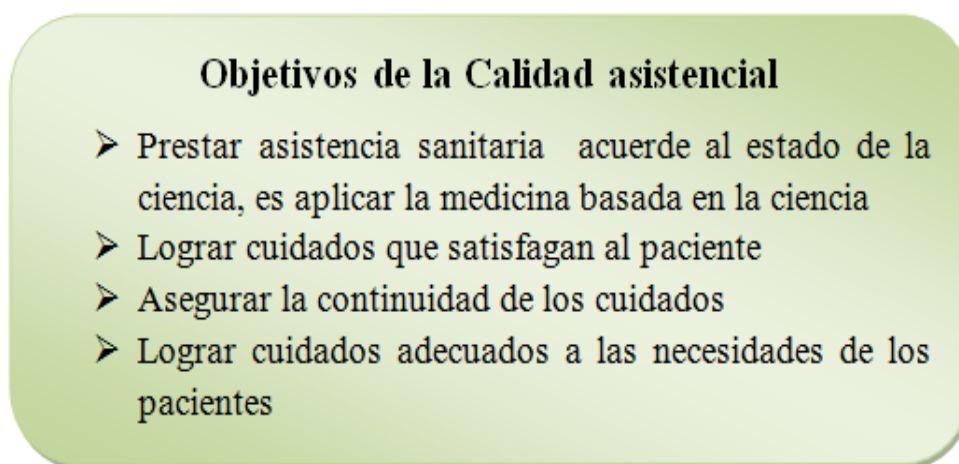


Figura 1.4: Objetivos de la calidad asistencial

Fuente: Elaboración propia

Vale destacar que en lo adelante se hace referencia solamente a la calidad percibida por ser esta la dimensión a que se dirige el desarrollo de la presente investigación dada la relevancia del tratamiento del tema.

En materia de percepción de calidad la identificación de los requisitos de los clientes no es sencilla, no sólo por la diversidad de clientes que puede tener una organización de salud, sino también por la complejidad del servicio en sí, donde se pone en juego algo tan valioso como la propia salud del cliente/paciente. Más aún, en muchos casos los clientes podrán decir si están satisfechos una vez transcurrido un tiempo importante luego de haber recibido el servicio (Instituto Argentino de Normalización IRAM, 2003).

En el sector de la salud debe quedar clara la diferencia entre necesidades básicas por las que acudir y extras que también inciden en la satisfacción, al respecto abordan Phillips, Carson, y Roe (1998) haciendo referencia a Tenner y De Toro (1992), quienes dividen las necesidades y las asocian con las expectativas de la forma que aparece en la Figura 1.5.

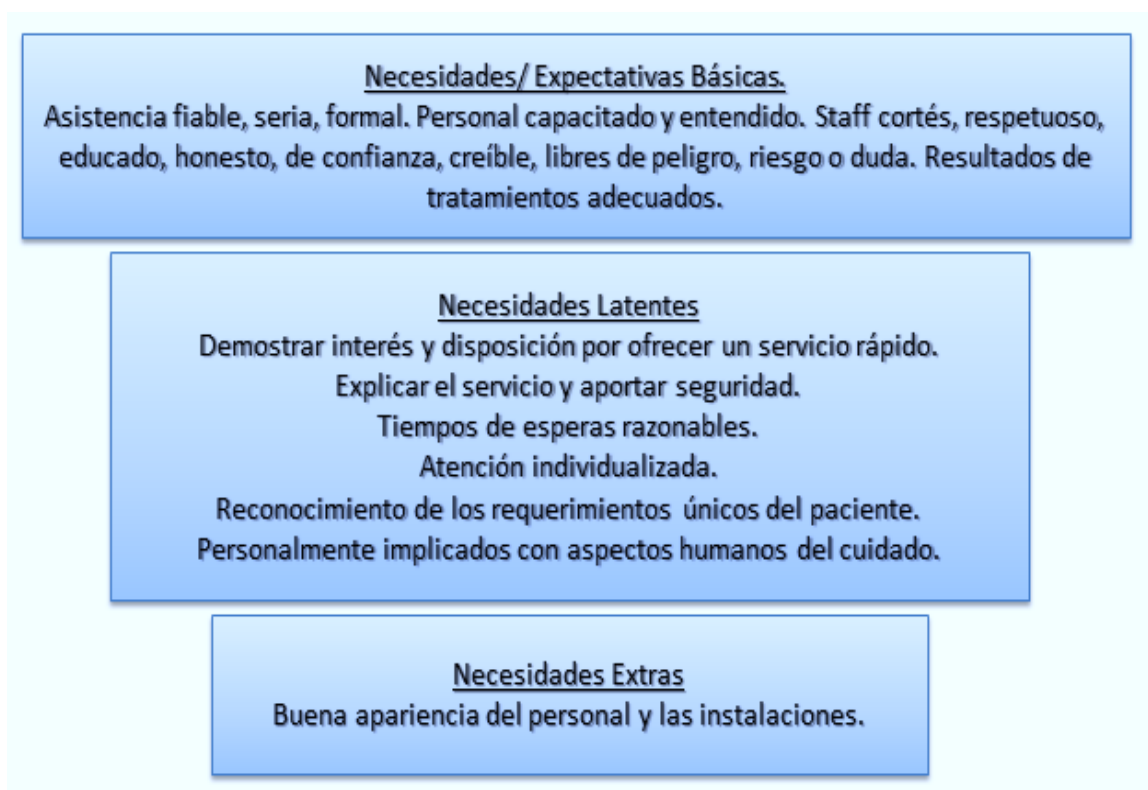


Figura 1.5: Niveles en las necesidades/expectativas de los pacientes

Fuente: (Phillips *et al.*, 1998)

Se especifica en esta figura que, como mínimo, los pacientes esperan fiabilidad, competencia, cortesía, credibilidad, seguridad y respuesta positiva a los tratamientos. Cumplir con estas expectativas evita el descontento o la no satisfacción del paciente, pero el logro de las mismas no provoca totalmente la satisfacción, pues estos aspectos del servicio son considerados parte

integral del mismo (Phillips et al., 1998). Por tanto, es también necesario satisfacer las necesidades latentes y las extras en que se incluyen elementos como los que se especifican, es importante resaltar que estos dos últimos niveles no deben ser descuidados.

Para garantizar la satisfacción de estas necesidades y expectativas los principios y filosofías de gestión de la calidad están cada vez más presentes en el sector de la salud. Como señalan Mira, Lorenzo, Rodríguez-Marín, Aranaz, y Sitges (1998), la definición de una atención de calidad de acuerdo con los nuevos principios de la mejora continua de la calidad incluye como elemento indispensable, además del criterio del profesional acerca de las necesidades del paciente, el punto de vista del propio paciente en la prestación sanitaria.

En relación con ello, también destacan Tejero, Gutiérrez, Rubio, Hernández, y Serrano (2010) que la satisfacción del paciente es una importante fuente de información para detectar problemas y oportunidades de mejora en el funcionamiento de los servicios en la atención sanitaria. A propósito se aborda en el apartado siguiente la evaluación de la calidad percibida en servicios de atención en salud teniendo en cuenta que es esta la que posibilita en gran medida la recopilación de información precisa para proyectar mejoras.

1.3.1- Evaluación de la calidad percibida de servicios de salud

En los intentos por evaluar la calidad percibida del servicio Mira et al. (1998) validan un cuestionario para el caso de la atención hospitalaria. En este consideran como punto de partida los estudios de Parasuraman, Zeithaml, y Berry (1988, 1985) ya mencionados, diseñan el cuestionario teniendo en cuenta 19 ítems de los 22 del SERVQUAL y en la escala combinan expectativas y percepciones, una medida compatible con el paradigma de las discrepancias, al asignar los significados siguientes:

- 1- Mucho peor de lo que esperaba
- 2- Peor de lo que esperaba
- 3- Como me lo esperaba
- 4- Mejor de lo que esperaba
- 5- Mucho mejor de lo que esperaba

Este se envía por correo en el período de posthospitalización a 1424 pacientes de los que responden 470. Al realizar el análisis factorial llegan a definir dos factores que nombran: calidad subjetiva y objetiva, estos incluyen los ítems que se muestran en la Tabla a continuación.

Tabla 1.1: Dimensiones e ítems considerados para la evaluación de la calidad percibida

Fuente: (Mira et al., 1998)

Calidad subjetiva	Calidad objetiva
Disposición para la ayuda	Información a familiares
Amabilidad del personal	Tiempo de espera
Interés del personal de enfermería	Señalización intrahospitalaria
Trato personalizado	Puntualidad de consultas
Confianza y seguridad	Información que da el médico
Comprensión de necesidades	Apariencia del personal
Rapidez de respuesta	Tecnología biomédica
Preparación del personal	Comodidad de las habitaciones
Interés por solucionar problemas	Señalización extrahospitalaria
Interés por cumplir promesas	

Los autores precisan que el primer factor es denominado calidad subjetiva, dado que los ítems que lo integran hacen todos referencia a aspectos totalmente subjetivos, difíciles de evaluar externamente y que sólo se basan en la mera opinión del paciente. El segundo factor, calidad objetiva, contiene ítems que hacen referencia, en cambio, a aspectos que pueden ser susceptibles de comprobación, como el estado de conservación o limpieza de las habitaciones, la uniformidad del personal, la puntualidad en las consultas o la información que se facilita al paciente o sus familiares (Mira et al., 1998).

En relación con la medición de la calidad percibida y la satisfacción, Jiménez (2004) destaca que recientemente se han comenzado a desarrollar programas de evaluación de resultados, que incluyen la satisfacción del paciente y la mejoría subjetiva de los síntomas, tres de los más conocidos son: el Cuestionario de Satisfacción del Cliente (Client Satisfaction Questionnaire, CSQ-8), el Inventario Breve de Síntomas (Brief Symptom Inventory, BSI) y la Encuesta Corta de Salud MOS 36 (MOS 36- Item Short Form Health Survey, SF-36).

- El primero (CSQ-8) se basa en 8 preguntas que deben responder los pacientes al final de su estadía en el hospital sobre la base de una escala análogo-visual. Cada pregunta se evalúa entre 0 y 4 puntos y la satisfacción está directamente relacionada con el número de

puntos, de modo que la suma da lugar a una variable semicuantitativa que toma valores entre 8 y 32 puntos.

- El segundo (BSI) ha sido concebido para servicios psiquiátricos, está formado por 32 preguntas que versan sobre la capacidad para realizar determinadas actividades. Para cada pregunta el paciente deberá contestar con una de 5 posibilidades que van desde “ninguna dificultad” (0 puntos) hasta “con dificultad extrema” (4 puntos).
- El tercero (SF-36) es similar al anterior pero está concebido para servicios generales (no psiquiátricos). Tanto el BSI como el SF-36 deben ser contestados por el paciente al ingreso y al egreso de manera que se pueda evaluar el cambio (supuestamente mejoría) como una diferencia en el estado de salud percibido por el paciente.

Programas e instrumentos que tienen como objetivo evaluar el desempeño de servicios, hospitales u otras instituciones de los sistemas de salud a partir de la opinión y satisfacción de los pacientes continúan desarrollándose, precisa Jiménez (2004): Salomon y otros (1999) describen la construcción de una escala para medir la opinión de pacientes hospitalizados sobre la calidad de la atención que reciben; Nathorst-Böös y otros (2001) proponen dos modelos para evaluar la satisfacción de los pacientes: “Calidad desde la perspectiva del paciente” y “Calidad, satisfacción, desempeño”, con el primero el paciente juzga los diferentes dominios en dos dimensiones: la realidad percibida y la importancia subjetiva, y el segundo modelo utiliza análisis multivariado para captar las prioridades del paciente; y Hendriks y otros (2002) evalúan la validez y confiabilidad de un instrumento llamado “Cuestionario de satisfacción de la atención hospitalaria”.

Por su parte, Civera (2008) realiza un análisis entre calidad y satisfacción en el ámbito hospitalario, el estudio es validado considerando los criterios de 399 pacientes de servicios de hospitalización y consulta externa de oftalmología y traumatología de tres tipos de hospitales en Valencia, España: Hospital de Sagunto, Hospital 9 de Octubre y el Hospital de La Ribera; el primero de estos público, el segundo privado y el tercero que combina ambas pues es público pero lo gestiona una empresa privada.

El cuestionario que desarrolla surge de la investigación cualitativa con especialistas y de la revisión de la literatura. Considera 12 dimensiones, cada una de estas con variables para su

evaluación en una escala de Likert de cinco puntos, a las que acompañan tres ítems más: satisfacción con el tratamiento de médicos, personal de enfermería y global.

Luego del análisis de dimensionalidad, fiabilidad y validez, las dimensiones resultantes del estudio son: profesionalidad del personal, confianza que inspira el personal del hospital, empatía, capacidad de respuesta, conocimiento del paciente, trato recibido, información que da el personal del hospital, equipamiento disponible del hospital, coordinación del personal del hospital, dedicación del personal, comodidad de las salas de espera y consultas, e instalaciones del interior del servicio. Concluye Civera (2008) con la determinación de las condicionantes de la satisfacción. Toda la investigación se centra en determinar diferencias entre los tres hospitales y también entre las labores de médicos y personal de enfermería, ello permite enfocar la atención a debilidades identificadas. Los ítems por cada una de estas dimensiones se muestran en el Anexo 6.

Otro de los recientes estudios es el de Romero (2011), el mismo está dirigido a la evaluación de la calidad percibida en la atención infantil temprana en Málaga, España, y considera correcto en la concepción del cuestionario que valida compensar los criterios de las dos escuelas de calidad del servicio ya mencionadas. Así finalmente estructura un instrumento que cuenta con 6 escalas o dimensiones y 48 ítems, las escalas son: relativa a las instalaciones, relativa a las salas de tratamiento y material, relativa a la atención del usuario, relativa al personal especializado, relativa a la información general y a la información técnica. En este cuestionario las respuestas se categorizan en una escala de tipo Likert donde 1 significa nada de acuerdo y 5 indica muy de acuerdo.

De manera general, en el sector de la salud se emplean para la medición de la calidad percibida cuestionarios creados sobre la base de los modelos ya presentados. Se hace referencia a estos trabajos por no sólo ser de aplicación sino por los aportes que muestran posibilidades de generalización en las actividades en que han sido validados.

Los modelos más empleados son el SERVQUAL y el SERVPERF también en este sector, al considerar las diferencias entre expectativas y percepciones, y la percepción después de recibido el servicio, respectivamente. Cada uno de estos toma características particulares en los servicios en que se aplican, lo que es válido nuevamente resaltar.

1.4- Sistema de Salud en Cuba. Particularidades

Cada uno de los países posee características distintivas en materia de servicios de salud, entre las particularidades del Sistema Nacional de Salud (SNS) destacan una concepción de salud vinculada con todos los aspectos de la vida humana y el acceso universal a adecuados servicios de salud. El modelo cubano tiene como principios (Dirección Provincial de Salud de Cienfuegos, 2012):

- Carácter estatal y social de la medicina.
- Accesibilidad y gratuidad de los servicios.
- Orientación profiláctica.
- Aplicación adecuada de los adelantos de ciencia y técnica.
- Participación comunitaria e intersectorialidad.
- Centralización normativa y descentralización ejecutiva.
- Colaboración internacional.

El SNS responde, cumpliendo con los mismos, a la realización de: atención médica preventiva curativa y de rehabilitación; asistencia a ancianos, impedidos físicos y mentales y otros minusválidos; control higiénico-epidemiológico; formación, especialización y educación continuada de profesionales y técnicos, además de investigación y desarrollo de las ciencias médicas. Todo ello acompañado de análisis de estadísticas de salud, información científico-técnica, promoción de salud, aseguramiento de suministros no médicos y mantenimiento del Sistema, aseguramiento tecnológico, médico y de electromedicina, y la producción, distribución y comercialización de medicamentos y equipos médicos (Dirección Provincial de Salud de Cienfuegos, 2012).

El SNS, considerando la descentralización ejecutiva que le caracteriza, se estructura en tres niveles administrativos, en correspondencia con la división política del país, y tres niveles de atención, lo que se describe en el Anexo 7.

Para el año en curso (2013) el Ministerio de Salud Pública (MINSAP), teniendo en cuenta lo anteriormente abordado y considerando los Lineamientos para la actualización del Modelo Económico y Social Cubano que también involucran al sector de la Salud, ha declarado como objetivos de trabajo (Ministerio de Salud Pública, 2013):

- 1- Incrementar el estado de salud de la población y su satisfacción con los servicios.

- 2- Fortalecer las acciones de higiene, epidemiología y microbiología.
- 3- Ejercer la regulación sanitaria.
- 4- Consolidar las estrategias de formación, capacitación e investigación.
- 5- Cumplir con las diferentes modalidades de la cooperación Internacional del Sistema de Salud Cubano.
- 6- Incrementar la racionalidad y la eficiencia económica en el sector.

Nótese que la satisfacción de la población con los servicios tiene una importancia destacada para el MINSAP desde sus principios y proyección, por tanto en cada uno de los niveles del SNS debe gestionarse la calidad del servicio que se brinda para la orientación a la excelencia traducida en niveles de calidad superiores, un camino emprendido por las organizaciones en este sector para lo que corresponde a las instituciones hospitalarias realizar investigaciones que complementen la información disponible relacionada con las desviaciones identificadas y que producen resultados no deseados en la calidad de los servicios.

La provincia de Cienfuegos con su Dirección Provincial se inserta en el nivel secundario y también es esta encargada del nivel primario, algunas generalidades del Sistema Provincial de Salud se presentan en lo adelante.

1.4.1- Sistema de Salud en Cienfuegos

El Sistema Provincial de Salud (SPS) en Cienfuegos, como parte del SNS cumple con los principios componentes que rigen el mismo y se encamina a alcanzar los objetivos propuestos. El mismo cuenta al cierre del primer semestre del 2012 con las unidades que se presentan en la Tabla 1.2.

Tabla 1.2: Estructura física del SPS

Fuente: Elaboración propia a partir de (Dirección Provincial de Salud, 2012)

Instituciones del SPS	Cantidad
Hospitales	3
Policlínicos	20
Consultorios médicos	388
Hogares maternos	7
Hogares de ancianos	3
Casas de abuelos	27
Clínicas estomatológicas	5
Unidades de Higiene y Epidemiología	9
Salas de rehabilitación	22
Centros de salud mental	3

En estas instituciones laboran un total de 16 489 trabajadores, distribuidos por funciones como se muestra en la Figura 1.6, además de 1 606 cumpliendo misión internacionalista en 33 países. Se da la correlación de 198 habitantes por médico y 128 habitantes por enfermera, considerando una población de 407 457 habitantes, dato del cierre del 2010. De estos se tienen 18 Doctores en Ciencias, 253 Especialistas de Segundo grado, y 1 065 Máster en Ciencias (Dirección Provincial de Salud, 2012).

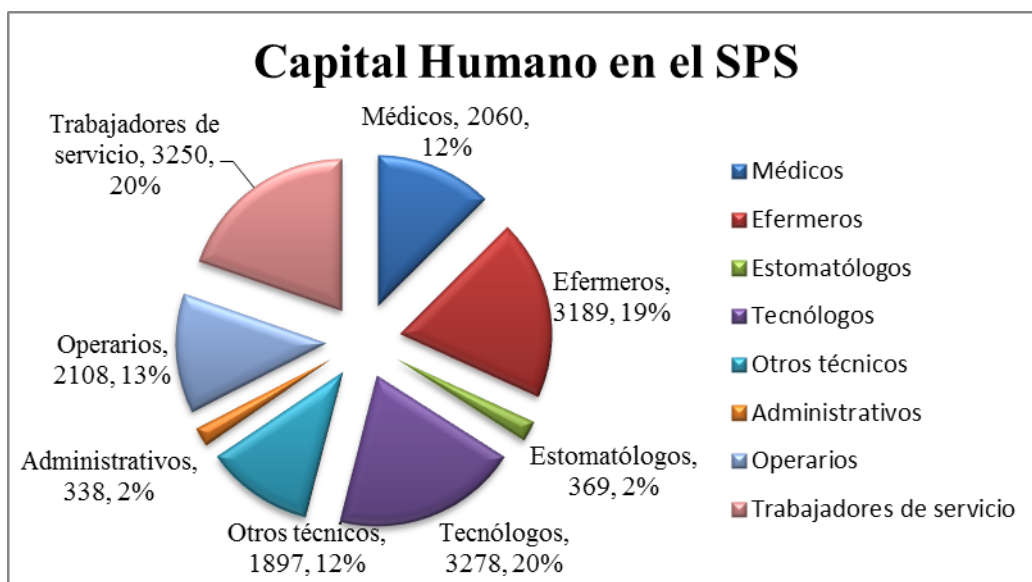


Figura 1.6: Capital Humano por funciones en el SPS

Fuente: Elaboración propia a partir de (Dirección Provincial de Salud, 2012)

En cuanto a la calidad percibida y como resultado la satisfacción, la Dirección Provincial de Salud (DPS) monitorea las quejas y reclamaciones de los clientes (pacientes, familiares, otros servicios de salud) a través de su Oficina de Atención a la Población (OAP), la misma se encuentra habilitada en las diferentes instituciones de salud. Además, estas organizaciones evalúan la satisfacción utilizando entrevistas y cuestionarios que se aplican en el nivel secundario de los cuales se infieren criterios indicativos del estado de la misma.

En relación con calidad percibida y otros temas de calidad en el sector de la salud, en el año 2007 el MINSAP reconoce la necesidad de revisar las prácticas existentes aplicando métodos científicos que orienten y faciliten la gestión (Ministerio de Salud Pública, 2007), en lo que siguen encaminadas las organizaciones del mismo, a lo que contribuye esta investigación.

Entre los tres hospitales que conforman el Sistema Provincial de Salud en Cienfuegos se encuentra el Hospital Clínico Quirúrgico Docente “Dr. Gustavo Aldereguía Lima” (GAL) inaugurado en 1979 por el Comandante en Jefe Fidel Castro Ruz para atender una población adulta de 324 290 habitantes. En su primera etapa llegó a tener una dotación de 742 camas las que luego, entre 1979 y 2007, disminuyen a 640 (Falcón, 2012).

Por otra parte, en el año 2000 se cierra totalmente, por un grave deterioro, el inmueble que ocupaba el Hospital Materno de Cienfuegos, antiguo Hospital Civil y en funcionamiento desde 1958, centro que llegó a tener 350 camas dedicadas a la atención ginecobstétrica y neonatal. Los servicios que brindaba pasan al Hospital GAL, para lo que en este se destinan 30 de su totalidad de camas.

El Hospital GAL muestra innegables signos de sobrecarga asistencial lo que genera mayor deterioro del ya añejo edificio, hacinamiento de ciertas áreas e inobservancia de determinadas reglas higiénicas y epidemiológicas. Adicionalmente, limitación de espacio para crecer en nuevos servicios y prestaciones, incluidas las nuevas tecnologías y sobre todo, una limitada capacidad quirúrgica para dar respuesta a las crecientes y complejas demandas. Por ejemplo, en 1989 el hospital hacía 6 000 cirugías mayores electivas y en el 2010 la cifra es de 15 000 cirugías de ese mismo tipo, el 75 % de las cuales se realizan de manera ambulatoria (Falcón, 2012).

Todo lo anterior hace que en ocasión del 25 aniversario del Hospital GAL se presente al Comandante en Jefe la idea de recuperar el inmueble cerrado con el objetivo de hacer un Centro Especializado Ambulatorio que permitiría ampliar y diversificar las prestaciones del Hospital General. El Comandante en Jefe aprueba e indica la recuperación del antiguo Hospital Materno el 24 de marzo del 2004 y de manera paralela el mantenimiento capital del inmueble principal del Hospital GAL y su modernización tecnológica. El Centro Especializado Ambulatorio “Héroes de Playa Girón” (CEA) anexo al Hospital General Universitario GAL, se inaugura en el 2009. En el CEA se desarrollan procesos claves del Hospital General GAL.

El Centro Especializado Ambulatorio en su planeación estratégica tiene declaradas como:

- Misión: El Centro Especializado Ambulatorio “Héroes de Playa Girón” es un centro anexo al Hospital General Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima" de Cienfuegos cuya misión principal es la cirugía ambulatoria y que además ofrece otras prestaciones como son la

quimioterapia y la rehabilitación de pacientes con enfermedades subagudas, donde se integran armónicamente la asistencia médica, la educación continuada y la investigación científica en un ambiente de compromiso, solidaridad y pleno respeto para pacientes y trabajadores.

- **Visión:** Somos un centro de Excelencia en el país, considerado altamente productivo, que brinda atenciones quirúrgicas, servicios de quimioterapia y rehabilitación de alta calidad, realizando las prestaciones necesarias que requiere la población, optimizando los recursos disponibles y con capital humano competente que lo garantiza.

Para ello cuenta con capital humano especializado del centro y compartido con el Hospital GAL, una novedad con optimización de la plantilla, sobre todo desde la concepción de sus planes de trabajo acordes a esta necesidad.

El CEA desde su apertura ha ido incrementando los servicios que brinda de acuerdo a su capacidad instalada de nueve salones, a la vez que apoya al servicio de Consulta Externa de diferentes especialidades. En estos momentos la representatividad de los servicios quirúrgicos que brinda el CEA en relación con los que brinda el GAL es alta, afirmación que se sustenta en los resultados que muestra la Figura 1.7 al cierre del 2012 para algunas de las especialidades.

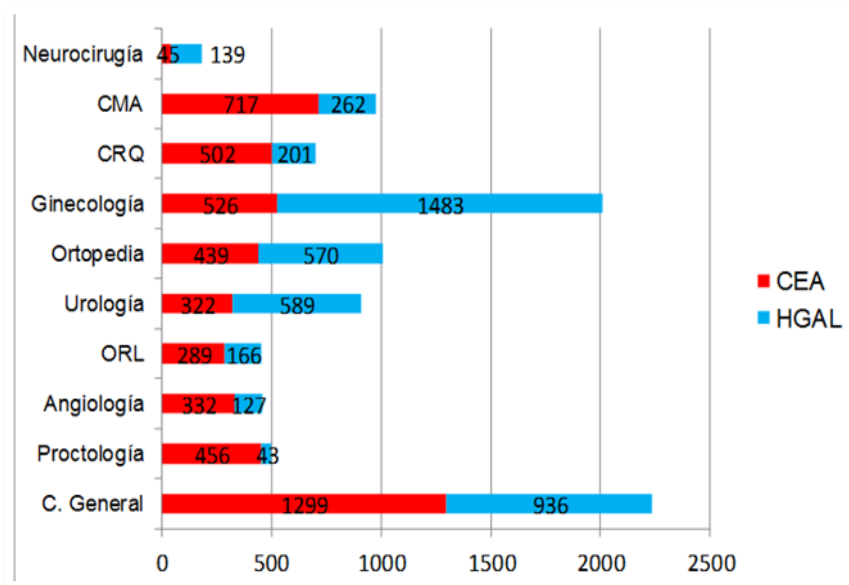


Figura 1.7: Pacientes atendidos en Servicio Quirúrgico del CEA-GAL 2012

Fuente: (Falcón, 2012)

Dada su relevancia en el territorio y como parte del Hospital GAL, es que se decide tomarlo como referencia para el desarrollo de este estudio. En el epígrafe que sigue se realiza un análisis de los antecedentes existentes en materia de evaluación de la calidad percibida tanto en el CEA como en el GAL.

1.5- Antecedentes en la evaluación de la calidad percibida en el Hospital Provincial y en el Centro Especializado Ambulatorio de Cienfuegos

En materia de calidad percibida el Hospital GAL cuenta con un Programa de Gestión de la Calidad Hospitalaria desde el 2007 que tiene entre sus principios: Asegurar la evaluación integral de la calidad técnica y la calidad percibida. Para ello se declara como uno de los objetivos específicos: Evaluar el estado de opinión y la satisfacción de los pacientes, familiares, trabajadores y otras partes interesadas relacionadas con la actividad hospitalaria (Colectivo de autores, 2007).

En el mismo documento se especifica que la evaluación de la satisfacción la realizará la Oficina de Atención de la Población de cada institución hospitalaria (Colectivo de autores, 2007). En el Hospital GAL esta es el área encargada de atender las quejas, denuncias, solicitudes, reclamaciones, planteamientos, sugerencias y recomendaciones de los pacientes, familiares y trabajadores, de acompañar a los familiares y realizar los trámites para los pacientes que fallecen en la sala de hospitalización, de vigilar y monitorear las satisfacción de los pacientes y familiares con los servicios que se les brinda y de los clientes internos con sus prestadores. También se encarga de establecer relaciones con organismos e instituciones provinciales y nacionales para promover la imagen del Hospital en la comunidad (Fonseca, 2007).

Dicha Oficina de Atención a la Población cuenta con su Manual de Organización y Procedimientos donde se especifica la existencia de una plaza de enfermera encuestadora que luego es reducida y cuya responsabilidad de realizar encuestas sistemáticamente en diferentes áreas del Hospital es asumida por funcionarios de la misma y enfermeros que laboran en los diferentes servicios de la institución. En este documento se establecen las rutinas que aparecen en el Anexo 8 para la vigilancia de la satisfacción, estas deben ser seguidas tal cual se exponen y son: vigilancia de la satisfacción mediante autoencuestas y vigilancia de la satisfacción en áreas críticas (Fonseca, 2007).

Considerando las rutinas, la vigilancia de la satisfacción mediante autoencuestas tiene como antesala en la última década el trabajo realizado por Santos, Ordúñez, Bécquer, y Rocha (2003) quienes proponen un Sistema de Vigilancia de la Satisfacción para determinar la calidad percibida de pacientes, acompañantes y usuarios de los servicios del hospital que consiste en la evaluación de la satisfacción mediante una encuesta que tiene como pregunta capital: ¿Cuál es su opinión de la atención que le han brindado en el Hospital GAL?, esta se codifica en muy bien, bien, regular, mal y muy mal. La misma se acompaña de los criterios de los pacientes que inciden en su evaluación y así se conocen las principales insatisfacciones.

Este trabajo es sistematizado por Fonseca et al. (2009) vinculándose a un análisis de la imagen del Hospital GAL, en esta aplicación se reafirma que la propuesta a pesar de tener la limitante de utilizar una sola pregunta permite dar una idea general de la opinión de los pacientes y sus familiares sobre los servicios que reciben. Los resultados de estas encuestas revelan diferencias entre las áreas del Hospital GAL, atendiendo a sus particularidades, lo que refuerza el planteamiento de la necesidad de contextualizar y ajustar los instrumentos a la realidad investigada (Fonseca et al., 2007), y esto a su vez destaca la subjetividad que acompaña a la evaluación de la satisfacción, sólo aplacada si se sigue un enfoque multicriterio.

En la actualidad en el Hospital GAL se aplican semanalmente encuestas a los pacientes de diferentes servicios, las autoencuestas son utilizadas como vía de monitoreo permanente. De acuerdo a los resultados de las autoencuestas se establecen acciones encaminadas al tratamiento de las insatisfacciones. En el Anexo 9 aparecen los resultados de la evaluación de la satisfacción en el Hospital GAL durante el 2012 donde más del 85% de los pacientes ha evaluado de muy bien (MB) y bien (B).

Otra variante de rutina es la vigilancia de la satisfacción en áreas críticas que si se realiza mediante encuestas con diferentes ítems elaboradas en la organización. Como antecedente al respecto se tiene el estudio para pacientes atendidos en el servicio de urgencias médicas y posteriormente hospitalizados que efectúan Iraola et al. (2004) llegando a reflexiones a partir de los resultados alcanzados de manera descriptiva. Así mismo la investigación de Iraola et al. (2005) quienes utilizando como método el informe de usuarios construyen un cuestionario que está en función de las obligaciones de los puestos de trabajo que participan en el proceso de atención evaluando la adherencia a las mismas, todas las respuestas se codifican utilizando una

escala dicotómica (Si/No), esta modalidad permite conocer datos objetivos sobre el servicio recibido. Ambas encuestas se muestran en el Anexo 10.

En el Hospital GAL se han efectuado además estudios de expectativas para diferentes servicios, entre estos el de urgencias, con el objetivo de identificar las expectativas más frecuentes de los pacientes y cuál es su valor, utilizando como técnica el cuestionario que se presenta en el Anexo 11 (Fonseca, Sardiñas, Lorenzo, Alejo, y Alfonso, 2007). En este trabajo se identifican brechas entre lo que el paciente espera y recibe pero no se llega a definir un indicador de calidad percibida.

Ya en los últimos años, considerando los avances de los programas de seguridad del paciente y esta propiamente como un indicador de calidad en servicios de atención en salud, se ha diseñado una encuesta para verificar el cumplimiento del Programa de Derechos del Paciente. Fonseca, Arias, y Barletta (2012) realizan el análisis periódico del mismo, ello también tributa a la satisfacción, se supone que si se cumplen sus derechos la satisfacción se incremente lo que no llega a corroborarse. Esta encuesta se muestra en el Anexo 12.

En resumen, en el Hospital GAL se han realizado investigaciones que tributan a reflexiones puntuales de temáticas que condicionan la satisfacción, por ejemplo el cumplimiento de las obligaciones de los involucrados en el proceso de servicios, estudios de expectativas y los relacionados con los derechos del paciente (Iraola et al., 2004; Iraola et al., 2005; Fonseca et al., 2007; Fonseca et al., 2012), pero no se ha efectuado un análisis multicriterio que logre involucrar estos elementos y otros que se incluyen en los estudios que a nivel internacional tienen lugar relacionados con el tratamiento del tema calidad percibida.

El CEA como centro adjunto al Hospital GAL asume los principios del Programa de Gestión de la Calidad Hospitalaria, existe una preocupación constante por la satisfacción de los pacientes. En el CEA el monitoreo de la satisfacción se realiza empleando únicamente como vía las autoencuestas y el principio del Sistema de Vigilancia de la Satisfacción de Santos et al. (2003). Este es efectuado por enfermeras y los resultados son procesados por la directora del centro encargada de socializarlos con la Oficina de Atención a la Población del Hospital GAL para que sea incluido en las informaciones que se entregan a la Dirección Provincial de Salud. En el Anexo

13 se muestran resultados del monitoreo de la satisfacción en el año 2012 y las principales insatisfacciones.

Puede afirmarse luego de la revisión realizada que el método que con mayor frecuencia se utiliza para el monitoreo de la satisfacción en el CEA (autoencuestas) responde totalmente a la subjetividad y no tiene en cuenta el carácter multicriterio que define las percepciones de calidad de los pacientes, a lo que tributa el desarrollo de esta investigación en lo adelante.

1.6- Conclusiones del Capítulo I

Al término de este Capítulo se concluye que:

- 1- En los procesos de servicios es esencial el criterio de los pacientes dadas las características propias de estos que los diferencian de procesos productivos. Las percepciones del servicio recibido son una fuente de retroalimentación importante en materia de calidad para garantizar la mejora continua partiendo del enfoque al cliente. Teniendo en cuenta ello se han desarrollado diferentes modelos entre los que destacan el SERVQUAL y el SERVPERF.
- 2- A la calidad percibida en el sector de la salud se presta especial interés y se desarrollan diferentes análisis relacionados con el tema, como resultado de estos han surgido cuestionarios que tributan a su medición que han sido validados en servicios u hospitales específicos.
- 3- El Sistema de Salud en Cuba, estructurado en tres niveles, tiene entre sus prioridades la satisfacción de la población y trabaja por mejorar la calidad de los servicios de atención como parte de este también se encaminan a ello las instituciones del Sistema Provincial de Salud de Cienfuegos, entre estas el Hospital GAL y anexo al mismo el CEA. Para ello se identifica la necesidad de aplicar métodos científicos.
- 4- En el Hospital GAL se han efectuado estudios puntuales relacionados con la satisfacción de los pacientes, pero es la autoencuesta el método más utilizado para su monitoreo periódicamente, lo que también sucede en el CEA; es esta una alternativa que apunta a la subjetividad en la medición que nunca se ha realizado siguiendo los criterios relacionados con la calidad percibida.



Capítulo II

CAPÍTULO II: DISEÑO DE UN INSTRUMENTO DE MEDICIÓN DE LA CALIDAD PERCIBIDA PARA EL SERVICIO QUIRÚRGICO AMBULATORIO DEL CEA DE CIENFUEGOS

Introducción

En este Capítulo se presenta el procedimiento de Curbelo (2010) que se emplea para el diseño del instrumento de medición de la calidad percibida y se inicia su aplicación para el caso del Servicio Quirúrgico Ambulatorio, lo que se desarrolla hasta el V paso del mismo.

2.1- Procedimiento metodológico de Curbelo (2010) para el diseño de instrumentos de medición

La medición es definida como el proceso de vincular conceptos abstractos con indicadores empíricos, proceso que se realiza mediante un plan explícito y organizado para clarificar los datos disponibles en términos del concepto que el investigador tiene en mente. En tal proceso el instrumento de medición o de recolección de datos juega un papel decisivo (Hernández, Fernández, y Baptista, 1998).

En el diseño de instrumentos de medición algunas propuestas como las de Hernández et al. (1998), Malhotra (1999) según Martínez y Ruiz (2007), Frías (2005), y Días (2006), son revisadas por Curbelo (2010) al concebir su procedimiento que se ha elegido para el desarrollo de esta investigación. Dicha selección se basa en la correcta explicación que la autora del mismo brinda en relación con cada una de las etapas, pasos y herramientas que hacen que se cumpla el objetivo de diseño.

La propuesta de Curbelo (2010) se presenta en la Figura 2.1, donde además se incluyen las herramientas que facilitan su aplicación (Curbelo, Pérez, y Varela, 2011), seguidamente se explican cada una de las etapas y pasos a seguir en el diseño del instrumento teniendo en cuenta esta.

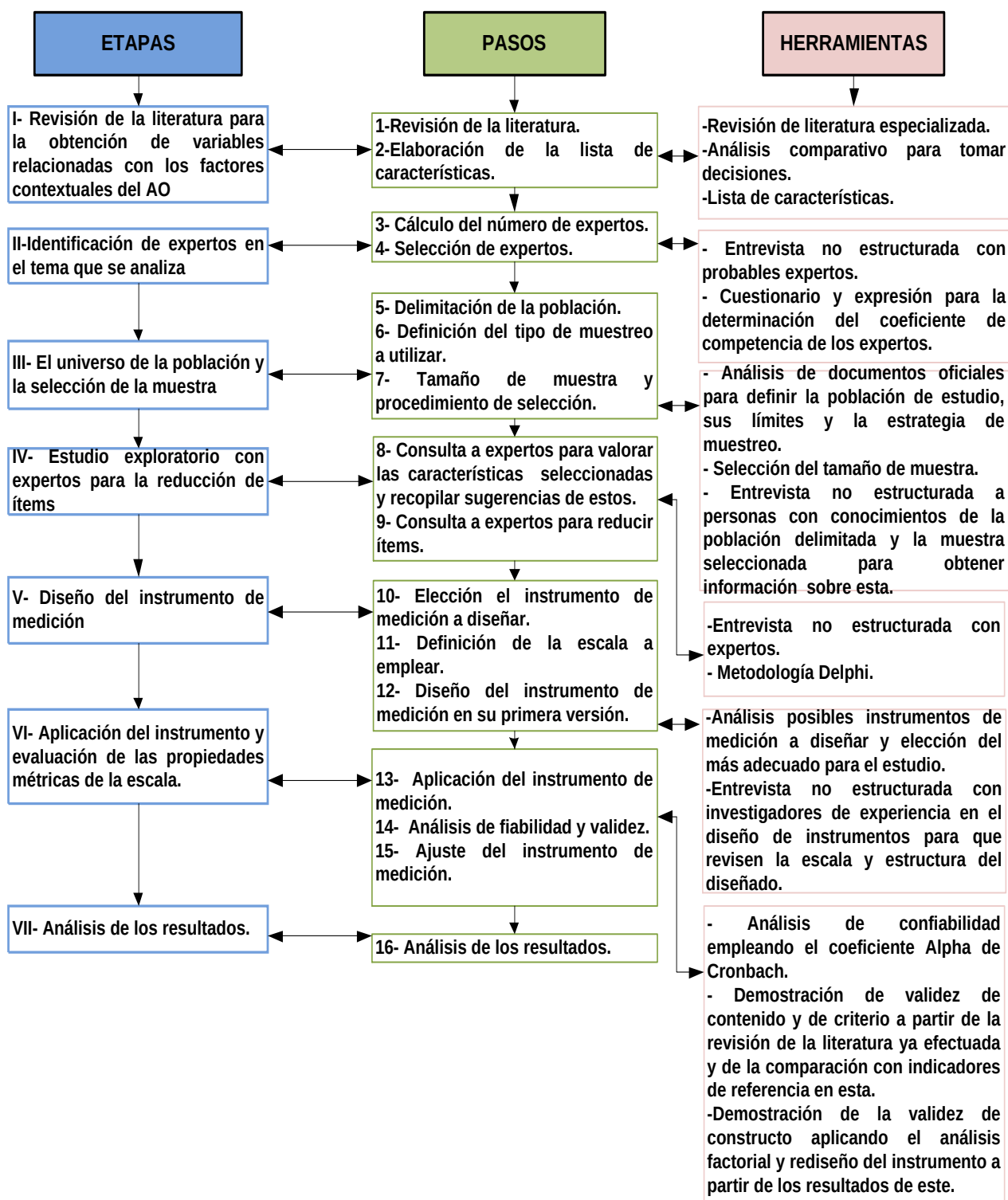


Figura 2.1: Procedimiento metodológico para el diseño de instrumentos de medición

Fuente: (Curbelo, Pérez, y Varela, 2011)

Etapas I- Revisión de la literatura para la obtención de características relacionadas con los factores contextuales del AO

Paso 1- Revisión de la literatura

En este paso los objetivos son:

- Detectar, obtener y consultar la bibliografía y otros materiales útiles para la profundización en el tema de la investigación.
- Extraer y recopilar la información relevante y necesaria para los propósitos del estudio que se realiza.

Paso 2- Elaboración de la lista de características que han tenido en cuenta diferentes autores en sus investigaciones

En este paso, se elabora una lista con las características o las variables que han sido tenidas en cuenta en estudios relacionados con el tema en cuestión, según los autores consultados, y se agregan otras de acuerdo al criterio de los investigadores y su conocimiento del tema.

Etapas II- Identificación de expertos en el tema que se analiza

Esta etapa es muy importante, pues se seleccionan los expertos en el tema que se estudia quienes serán consultados cada vez que se considere necesario.

Paso 3: Cálculo del número de expertos

Se recomienda que el número de expertos varíe entre 7 y 15. La expresión que se utiliza para realizar el cálculo es:

$$n = \frac{p(1-p)k}{i^2} \quad \text{Ecuación 1}$$

Donde:

p- Proporción de error que se comete al hacer estimaciones con n expertos.

k- Constante que depende del nivel de significación estadístico, los más utilizados se muestran en la Tabla 2.1

i-Precisión del experimento ($i \leq 12\%$).

Tabla 2.1 Valores de K de acuerdo con el nivel de significación estadística

Fuente: (Covas, 2009)

NC(1- α)	k
99%	6,6564
95%	3,8416
90%	2,6896

Paso 4: Selección de expertos

El coeficiente de competencia de los expertos (K_{comp}), según exponen Cortés e Iglesias (2005), se calcula a partir de la aplicación del cuestionario general que se muestra en el Anexo 14 y la fórmula siguiente:

$$K_{comp} = \frac{1}{2} (K_c + K_a) \quad \text{Ecuación 2}$$

Donde:

K_c: Coeficiente de Conocimiento: Se obtiene multiplicando la autovaloración del propio experto sobre sus conocimientos del tema en una escala del 0 al 10, por 0.1.

K_a: Coeficiente de Argumentación: Es la suma de los valores del grado de influencia de cada una de las fuentes de argumentación con respecto a una tabla patrón, se emplea en esta investigación la Tabla 2.2.

Tabla 2.2 Tabla patrón para el cálculo de Ka

Fuente: (Cortés e Iglesias, 2005)

Fuentes de Argumentación	Alto	Medio	Bajo
Análisis Teóricos realizados por usted	0.3	0.2	0.1
Experiencia obtenida	0.5	0.4	0.2
Trabajos de autores nacionales que conoce	0.05	0.04	0.03
Trabajos de autores extranjeros que conoce	0.05	0.04	0.03
Conocimientos propios sobre el estado del tema	0.05	0.04	0.03
Su intuición	0.05	0.04	0.03

Dados los coeficientes K_c y K_a se calcula para cada experto el valor del coeficiente de competencia K_{comp} siguiendo los criterios siguientes:

La competencia del experto es ALTA	si	$K_{comp} > 0.8$
La competencia del experto es MEDIA	si	$0.5 < K_{comp} \leq 0.8$
La competencia del experto es BAJA	si	$K_{comp} \leq 0.5$

Se eligen los expertos evaluados de alta competencia. Los expertos seleccionados no deben conocer a los restantes que fueron escogidos, todo debe ser hecho en forma individual, el método mantiene el anonimato lo que permite conocer las valoraciones personales de cada uno sin ser intercambiadas o consultadas con los otros.

Etapas III- El universo de la población y la selección de la muestra

Una determinación importante en el diseño de instrumentos de medición es definir quiénes van a ser medidos, o sea, los sujetos de estudio. Para esta etapa es necesario tener claros los conceptos de:

Población: Es el conjunto de todos los elementos que concuerdan con una serie de especificaciones, según Selltiz (1974) a quien referencian Hernández, Fernández, y Baptista (1998), y que poseen la característica que se está estudiando (Cortés e Iglesias, 2005).

Muestra: Es definida como un subgrupo de la población, según Sudman (1976) referenciado por Hernández *et al.* (1998), seleccionado por algún método de muestreo.

Elementos, individuos, sujetos o unidades de análisis: Personas, acontecimientos u objetos que componen la muestra y de los se obtiene la información.

Paso 5: Delimitación de la población

En este paso se define la población que será asumida en el estudio que se aplica aclarando los límites de la misma teniendo en cuenta los objetivos del estudio que se pretende efectuar y las razones prácticas asociadas. Las poblaciones deben situarse claramente en torno a sus características de contenido, lugar y en el tiempo (Hernández *et al.*, 1998).

Paso 6: Definición del tipo de muestreo a utilizar

Las muestras pueden ser categorizadas en dos grandes ramas: muestras probabilísticas y no probabilísticas, y de cada una de estas existen varias modalidades. Según criterio de Hernández et al. (1998), Cortés e Iglesias (2005), y Zapata (2004), entre las muestras probabilísticas se encuentran la muestra aleatoria simple, la estratificada y la muestra por racimos, mientras entre las no probabilísticas se consideran el muestreo casual, el intencional, el muestreo por cuotas y el muestreo por método bola de nieve.

En el caso del muestreo probabilístico, todas las modalidades dependen del tamaño de la muestra (n) y del procedimiento de selección de esta (Sampieri, 1998; Cortés e Iglesias, 2005).

Paso 7- Determinación del tamaño de muestra y el procedimiento de selección de esta en caso del muestreo probabilístico

Tamaño de la muestra: El tamaño de la muestra es el número mínimo de unidades de análisis que se necesita para conformar la muestra que asegure un error estándar fijado por los investigadores (Hernández et al., 1998).

Para este cálculo se parte de dos categorías: tamaño y varianza de la población conocidas o desconocidas. En el caso de que la población es finita y la varianza es desconocida, la fórmula que se emplea es (Cortés & Iglesias, 2005):

$$n = \frac{NPq}{\frac{(N-1)B^2}{z^2} + Pq} \quad \text{Ecuación 3}$$

Donde:

n = tamaño de la muestra.

N = tamaño de la población.

P = proporción muestral o su estimado.

q = 1 - P

B = error permisible.

z = valor de z para un nivel de significación dado.

Procedimiento de selección de las muestras: Según Hernández et al. (1998) para la elección aleatoria de las unidades de análisis o elementos muestrales pueden usarse tres procedimientos:

- **Tómbola:** Consiste en numerar todos los elementos muestrales y confeccionar fichas con tal identificación, luego se revolverlas en una caja e ir sacando estas hasta completar el tamaño de la muestra.
- **Números random o números aleatorios:** Se emplean para la selección de las unidades de análisis las tablas de números aleatorios. Se numeran las unidades de análisis y a partir de la tabla, trabajando con parte de los dígitos de los números random, se van seleccionando cuáles formarán parte de la muestra.
- **Selección sistemática de elementos muestrales:** El comienzo de la selección sistemática es al azar y luego se elige una unidad de análisis cada un intervalo $K=N/n$.

Etapa IV- Estudio exploratorio con expertos

En esta etapa se produce el primer acercamiento formalizado a los expertos identificados en la etapa 2 con el objetivo de analizar las características recogidas en la lista elaborada en el paso 2, agregar algunas que no se hayan incluido y no deben faltar, según el criterio de los especialistas, y finalmente reducir las que no tienen importancia significativa en el estudio que se realiza.

Paso 8: Consulta a expertos para valorar los ítems propuestos en la versión inicial del instrumento y recopilar sugerencias

En este momento de la investigación se procede a mostrar por primera vez la lista de características, posibles ítems del cuestionario que se pretende diseñar, a los expertos para que analicen, de acuerdo a su experiencia y conocimientos, si es necesario agregar algún ítem y/o variar la manera en que estos se presentan.

Estos análisis que se les solicitan permiten recopilar recomendaciones en cuanto a las variables listadas y realizar los cambios pertinentes.

Paso 9: Consulta a expertos para reducir ítems

Luego de analizadas y aplicadas las sugerencias de los expertos se les presenta un cuestionario para analizar el nivel de importancia de los ítems que se incluirán en el cuestionario a diseñar, los resultados de este análisis se procesan luego para llegar a eliminar ítems que no consideran de influencia en el tema y así reducir el número de características a evaluar.

Etapas V- Diseño del instrumento de medición

En esta etapa se selecciona el instrumento de medición adecuado para el estudio que se desea efectuar a la población delimitada, se indica la escala que se empleará y se elabora el instrumento de medición en su primera versión.

Paso 10- Selección del instrumento de medición adecuado para el estudio

Las técnicas más utilizadas de recogida de datos y que luego posibilitan su medición son: las observaciones, las discusiones grupales, la entrevista, los análisis de contenido, la revisión de documentos, el análisis de documentos oficiales, las sesiones en profundidad, las pruebas de inventarios estandarizados, las escalas de actitud y las encuestas o cuestionarios, estos pueden emplearse conjuntamente en las investigaciones para proporcionar mejores resultados (Hernández et al., 1998; Cortés e Iglesias, 2005; Pons y Villa, 2005).

En la presente investigación el instrumento que se elige es la encuesta, particularmente en su tipología de cuestionario, y por la relevancia en estos de las escalas de medición se analizan a continuación.

Paso 11: Definición de la escala a emplear en el instrumento de medición

Las escalas de medida se refieren al sistema de medida que el investigador aplica a las variables, es decir, la forma en que estas serán caracterizadas a través del instrumento. En orden de precisión creciente, las cuatro escalas o niveles de medida son: la nominal, la ordinal, la de intervalos y la de razón (Hernández et al., 1998).

- Nivel de medición nominal: En este nivel se tienen dos o más categorías del ítem o variable. Las categorías no tienen orden o jerarquía, los números que se utilicen en este nivel son sólo clasificatorios, no pueden ser manipulados aritméticamente. Este tipo de variables pueden incluir dos categorías
 - Dicotómicas: Ofrecen dos alternativas de respuesta que no tienen orden o jerarquía.
 - De respuestas múltiples o categóricas: Se ofrecen más de dos opciones de respuesta pero que no tienen orden o jerarquía.
- Nivel de medición ordinal: En este nivel se tienen varias categorías pero que tienen un orden o jerarquía. Permite realizar las operaciones mayor que (>) y menor que (<), además de la equivalencia (=).

- Escalas de actitud de tipo Likert: El encuestado debe seleccionar una de las afirmaciones que se proponen para responder a la pregunta, a estas afirmaciones se asignan valores numéricos (codificación), que permiten luego evaluar la posición de los respondientes. En este tipo de escala se tienen varias categorías propuestas por el investigador con un orden o jerarquía que se indica.
- Escala semántica diferencial: Consiste en una escala escrita entre dos palabras bipolares y el respondiente selecciona el punto en que se encuentra su respuesta, que es codificada para el análisis.
- Nivel de medición de intervalo: Permite medir los objetos o individuos indicando si son superiores o no a otros con respecto a una característica y, además, calcular la distancia entre ellos mediante las operaciones aritméticas básicas.
- Nivel de medición de razón: Son escalas que añaden a las de intervalo la existencia del cero absoluto lo que implica que hay un punto en la escala donde no existe la propiedad o característica a medir.

Paso 12: Diseño del instrumento de medición en su primera versión

Definido el tipo de pregunta a efectuar para cumplir con los objetivos de los estudios que se efectúen y la escala en que las respuestas se codificarán para la medición, se procede a la elaboración de la primera versión del instrumento a partir de la lista de características obtenida en el paso 2.

Etapas VI- Aplicación del instrumento y evaluación de sus propiedades métricas

En esta etapa se aplica el instrumento diseñado a una muestra piloto, muestra o población seleccionada para evaluar su confiabilidad y validez, como requisitos esenciales que deben cumplir.

Paso 13- Aplicación del instrumento de medición

La aplicación del instrumento de medición para la evaluación de sus propiedades métricas puede hacerse a una muestra piloto, a la muestra calculada o a la población, en dependencia del tamaño y la accesibilidad a cada una de las unidades de esta. Deben tenerse en cuenta para ello las precisiones de los análisis que se realizan para la fiabilidad y validez en cuanto a la cantidad de sujetos involucrados, para que ello no afecte la calidad de los resultados.

Paso 14- Análisis de confiabilidad y validez

Confiabilidad: La confiabilidad de un instrumento de medición se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo sujeto u objeto produce iguales resultados (Hernández et al., 1998).

Según Hernández et al. (1998), existen diversos procedimientos para comprobar la confiabilidad de un instrumento de medición, todos utilizan fórmulas que produce coeficientes de confiabilidad que oscilan entre 0 (nula confiabilidad) y 1 (máximo de confiabilidad). Entre más se acerque el coeficiente a 0 el error de medición es mayor.

Validez: Se refiere al grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir (Hernández et al., 1998).

Para que un instrumento de medición sea válido debe comprobarse la existencia de tres tipos de evidencia: relacionada con el contenido, con el criterio y con el constructo, las que se explican a continuación.

- Validez de contenido: Se refiere al grado en que el instrumento de medición representa el concepto medido (Hernández et al., 1998), por lo que indica el grado de coherencia con el marco conceptual del que se deriva este.
- Validez de criterio: Se establece la validez del instrumento de medición comparándola con algún criterio externo (Hernández et al., 1998).
- Validez de constructo o de concepto: Este enfoque busca conocer si la medición a través de la escala es coherente con los resultados que propone la teoría (Díaz, 2006).

La validez de constructo se suele determinar mediante un procedimiento denominado análisis factorial, según Hernández et al. (1998) y Frías (2005), por sólo mencionar dos de los autores que lo consideran. Al realizar un análisis factorial debe tenerse en cuenta, considerando los criterios de Hair et al. (1999), los elementos siguientes:

1- La comprobación de los supuestos de este:

- Tamaño muestral: Debe ser 100 o más grande, por lo general el mínimo es tener por lo menos un número de observaciones cinco veces mayor que el número de variables a ser analizadas, siendo el tamaño aceptable un ratio de diez a uno.

- Medida de suficiencia de muestreo (MSA): Una medida para cuantificar el grado de intercorrelaciones entre las variables y la conveniencia del análisis factorial. Este índice se extiende de 0 a 1, llegando a 1 cuando cada variable es perfectamente predicha sin error por las otras variables. La medida puede ser interpretada con las siguientes directrices: 0,80 o superior, sobresaliente; 0,70 o superior, regular; 0,60 o superior, mediocre; 0,50 o superior, despreciable; por debajo de 0,50, inaceptable. Se deben examinar primero los valores MSA para cada variable y excluir aquellos que caen en la gama de inaceptables
- Prueba de esfericidad de Bartlett: Es una estadística que se utiliza para estudiar la presencia de correlaciones entre las variables, contrastándose dos hipótesis:

Ho: Las variables no están correlacionadas en la población, la matriz de correlaciones es una matriz identidad.

H₁: Existe correlación entre las variables.

Para que el análisis factorial se apropiado debe rechazarse la hipótesis nula.

- Medida de adecuación de la muestra de Kaiser- Meyer-Olkin (KMO): Explica el grado de adecuación muestral a partir de una comparación de los coeficientes de correlación observados con los coeficientes de correlación parciales, indicando la fuerza de esas relaciones entre variables. Este índice puede estar entre 0 y 1 considerándose como aceptable, a efectos del factorial, un KMO > 0,5.

Las estadísticas mencionadas son las más significativas para asegurar que el análisis factorial es adecuado para el estudio que se realiza, en caso de que no suceda así deben realizarse transformaciones para lograrlo o cambiar la técnica de análisis. Por ejemplo, cuando el KMO < 0,5 se debe revisar la diagonal principal de la matriz de correlaciones antimagen que contiene los valores de la medida de adecuación muestral (MSA) para cada una de las variables y eliminar las de MSA < 0,5 consideradas inaceptables, lo que evidenciará un aumento del KMO (Hair et al., 1999).

2- El criterio que se empleará para el cálculo de la cantidad de factores a ser extraídos

En este sentido existen varios criterios:

- Criterio de raíz latente (con base en valores específicos): Sólo se consideran los factores que tienen raíces latentes o autovalores mayores que uno, es decir que explican al menos una variable. Los factores con autovalores menores que uno no son significativos y por tanto se

desestiman a la hora de incorporarlos en la interpretación. El uso del autovalor para establecer un corte es más fiable cuando el número de variables está entre 20 y 50.

- Criterio a priori: El investigador establece el número de factores.
- Criterio de porcentaje de varianza: Se basa en obtener un porcentaje acumulado especificado de la varianza total extraída. Tal porcentaje depende del tipo de investigación que se realiza pero, generalmente, se establece un porcentaje de varianza explicada mayor o igual que el 60%.

Estos son tres de los criterios más utilizados, aunque también se emplean: criterio del contraste de caída y heterogeneidad de la muestra, entre otros.

3- Método de rotación de factores

En la rotación de factores se distinguen varios métodos clasificados en dos categorías:

- Rotación ortogonal: Rotación de factores en la que los ejes se mantienen formando ángulos de 90°, se incluyen en esta los métodos: Quartimax, Equimax y Varimax, este último reduce el número de variables con cargas elevadas en un factor.
- Rotación oblicua: Rotación de factores cuando los ejes no se conservan en ángulo recto, entre estos métodos se señalan: Oblimin, Promax, Ortoblique, entre otros.

La elección del método depende del criterio del investigador.

4- Criterio para la significación de las cargas factoriales

La definición del criterio para seleccionar las cargas significativas es una de las consideraciones más importantes al desarrollar un análisis factorial porque de acuerdo a este se procede a la interpretación final de los factores.

Generalmente se evidencia en la literatura la utilización de cargas superiores a 0.5 pero Hair et al. (1999) detallan la relación entre tamaño muestral y significatividad de las cargas tal cual se muestra en la Tabla 2.3.

Tales aclaraciones son indispensables para la organización y resumen de datos mediante el análisis factorial, lo que permite demostrar la existencia de validez de constructo y a su vez, rediseñar el instrumento de evaluación para que este tenga mejores propiedades métricas.

Tabla 2.3: Directrices para la identificación de cargas factoriales mínimas significativas basadas en el tamaño muestral

Fuente: (Hair *et al.*, 1999)

Carga Factorial	Tamaño muestral necesario para la significación
0.30	350
0.35	250
0.40	200
0.45	150
0.50	120
0.55	100
0.60	85
0.65	70
0.70	60
0.75	50

La validez total de un instrumento se basa en la presencia de las evidencias anteriormente explicadas.

Paso 15: Ajuste del instrumento de medición

Luego de evaluadas las métricas fiabilidad y validez del instrumento de medición, se realiza la segunda depuración de ítems, buscando que queden en este los más significativos, es decir, los que verdaderamente definen y miden el constructo que se analiza.

En este paso se ajusta el instrumento de medición teniendo en cuenta la segunda depuración de ítems a partir del análisis de validez y fiabilidad, se condiciona este para una futura aplicación al resto de la población o a poblaciones con características similares a la seleccionada.

Etapas VII- Análisis de los resultados

Paso 16: Análisis de los resultados

Se razonan los resultados alcanzados en la aplicación del instrumento empleando descriptivos como moda, mediana, media, varianza y frecuencia. En este paso puede llegar a definirse un

indicador para evaluar el constructo que mide el instrumento lo que no se realiza en la presente investigación.

En este paso se suma el análisis de causas raíces empleando como herramienta los 5 Por Qué y se proyectan alternativas de mejora utilizando el 5 W y 1 H, importante definición si de calidad se trata.

En el epígrafe que sigue se desarrolla la aplicación de dicho procedimiento al diseñar el instrumento para la medición de la calidad percibida en uno de los servicios de atención en salud que se brindan en el Centro Especializado Ambulatorio (CEA) anexo al Hospital Provincial de Cienfuegos.

2.2- Aplicación del procedimiento de Curbelo (2010) en el diseño de un instrumento para la medición de la calidad percibida en el Servicio Quirúrgico Ambulatorio del CEA (Etapas I-V)

Etapas I: Revisión de la literatura para la obtención de variables relacionadas con la calidad percibida de servicios de atención en salud

Paso 1- Revisión de la literatura

En este paso se realiza una amplia revisión de la literatura que permite identificar las variables que se asocian a la calidad percibida de servicios y de los de asistencia médica en específico. Lo anterior se desarrolla en el Capítulo I de la presente investigación.

Paso 2- Elaboración de la lista de características que han tenido en cuenta diferentes autores en sus investigaciones

Luego de la revisión de la literatura, se elabora una lista que incluye 100 ítems teniendo en cuenta los criterios que abordan autores como Phillips et al. (1998), Mira et al. (1998), Iraola et al. (2004), Civera (2008), y Fonseca, Arias, y Barletta (2012). En el Anexo 15 aparece la contribución de cada uno de estos a la lista elaborada. Dichos ítems, considerando el criterio del autor de la presente y el estudio que sustenta teóricamente esta investigación, son concentrados en 4 posibles grupos de análisis para médicos, enfermeros y personal de apoyo, a lo que se suma la infraestructura.

Lo anterior se especifica en la Tabla 2.4 y se presenta en el Anexo 16.

Tabla 2.4: Cantidad de ítems en la lista inicial de características

Fuente: Elaboración propia

Grupos de características	Médicos	Enfermeros	Personal de apoyo
Preparación del Capital Humano	5	4	2
Actitud del Capital Humano	7	7	5
Tiempo de atención	5	4	4
Comunicación	9	7	4
Total de ítems por prestadores de atención	26	22	15
Infraestructura	37		
TOTAL DE ÍTEMS	100		

Etapas II: Identificación de expertos en el tema que se analiza

Paso 3: Cálculo del número de expertos

El número de expertos calculados es 9, a partir de la Ecuación 1 antes presentada, considerándose $p=0.01$, un nivel de confianza del 99% por lo que $k=6,6564$ y una precisión del 9%.

Paso 4: Selección de expertos

Inicialmente se acude a los posibles expertos a considerar a partir de una entrevista con la directora del Centro Especializado Ambulatorio con dos décadas de experiencia en el sector. Luego se aplica el cuestionario que aparece en el Anexo 14 y se determina el coeficiente de competencia tal cual se ha explicado anteriormente. Los expertos localizados aparecen en la Tabla 2.5 a continuación.

Tabla 2.5: Expertos localizados para la investigación

Fuente: Elaboración propia

Expertos	Lugar de labor	Categoría docente	Categoría científica	Años de experiencia en investigaciones en el sector de la salud
1	Hospital GAL	Profesor auxiliar	MSc.	33
2	Hospital GAL	Profesor titular	Dra.	28
3	Hospital GAL	Profesor asistente	MSc.	18
4	CEA	Profesor auxiliar	MSc.	20
5	CEA	Profesor asistente	-	26
6	Consultores Asociados SA	-	MSc.	6
7	Universidad de Cienfuegos	Profesor auxiliar	MSc.	9
8	Doctor en Ciencias- Especialista en Calidad			
9	Máster en Ciencias – Especialista en Calidad			

En la Tabla 2.6 se realiza el cálculo de su coeficiente de competencia (K_{comp}). Nótese que todos los expertos son de alta competencia.

Tabla 2.6: Determinación del coeficiente de competencia de los expertos

Fuente: Elaboración propia

Expertos	Coeficiente de conocimiento (K_c)	Coeficiente de argumentación (K_a)	Coeficiente de competencia ($K_{comp} = \frac{K_c + K_a}{2}$)	Clasificación de la competencia
1	0,9	$0,5+0,2+0,05+3(0,04)=0,87$	$0,89 \approx 0,9$	Alta
2	0,8	$0,5+0,2+0,05+0,04+2(0,03)=0,85$	$0,83 \approx 0,8$	Alta
3	0,9	$0,5+0,3+3(0,05)+0,04=0,99$	$0,95 \approx 1$	Alta
4	0,8	$0,4+0,3+3(0,05)+0,04=0,89$	$0,85 \approx 0,9$	Alta
5	0,8	$0,5+0,2+3(0,04)+0,03=0,85$	$0,83 \approx 0,8$	Alta
6	0,9	$0,2+0,5+4(0,04)=0,76$	$0,86 \approx 0,9$	Alta
7	0,9	$0,5+0,3+4(0,05)=1$	$0,95 \approx 1$	Alta
8	1	$0,5+0,3+4(0,05)=1$	1	Alta
9	1	$0,5+0,2+4(0,05)=0,9$	$0,95 \approx 1$	Alta

Etapa III: El universo de la población y la selección de la muestra

Paso 5: Delimitación de la población

En el Centro Especializado Ambulatorio de Cienfuegos se ha incrementado, desde su creación, la cantidad de servicios al igual que la cantidad de pacientes atendidos en la mayoría de estos. La afirmación anterior se sustenta en la Figura 2.2 en que se presenta la cantidad de pacientes por servicios que ofrece el CEA desde su apertura.

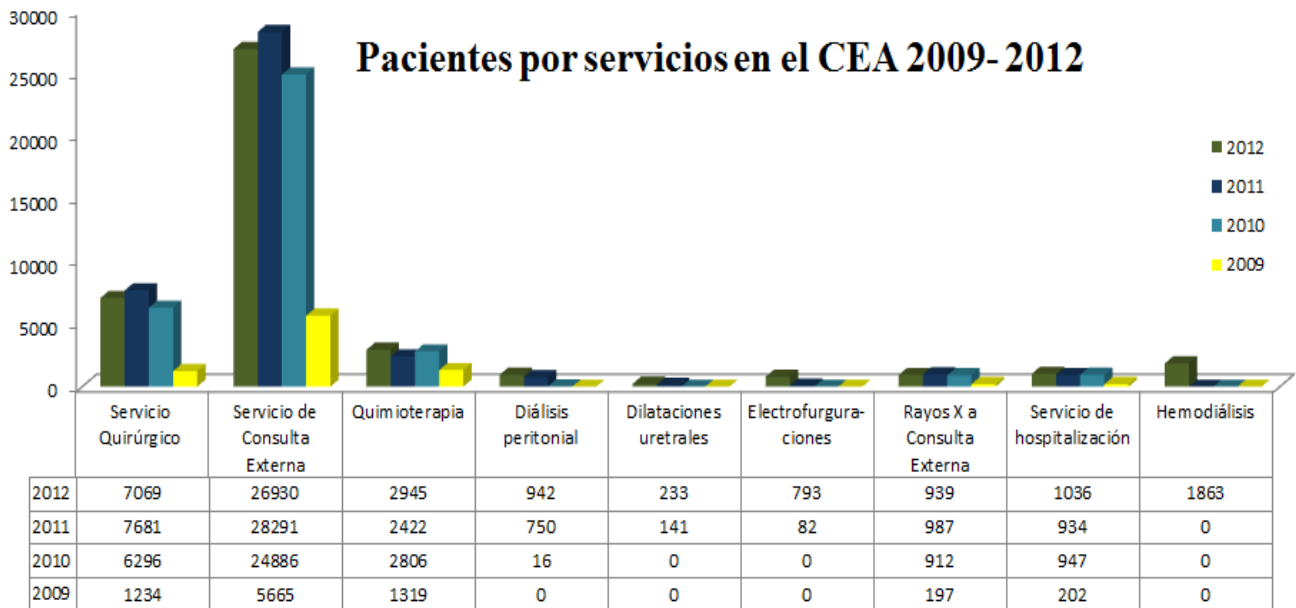


Figura 2.2: Pacientes por servicios que ofrece el CEA 2009-2012

Fuente: Elaboración propia

Para el año 2012 aparece esta información porcentualmente en la Figura 2.3 a continuación.

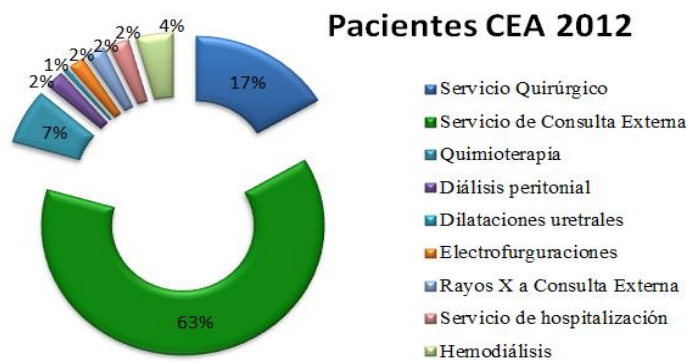


Figura 2.3: Pacientes atendidos por servicios en el CEA 2012

Fuente: Elaboración propia

Teniendo en cuenta los gráficos anteriores el servicio al que acude un mayor número de pacientes es el de Consulta Externa, seguido del Quirúrgico y de la Quimioterapia. Para el Servicio Quirúrgico directamente relacionado con la misión del centro y los objetivos desde su creación, se tienen dos variantes: ambulatorio y de corta estadía. En la Figura 2.4 se ilustra la cantidad de pacientes operados en general y para la variante ambulatoria.

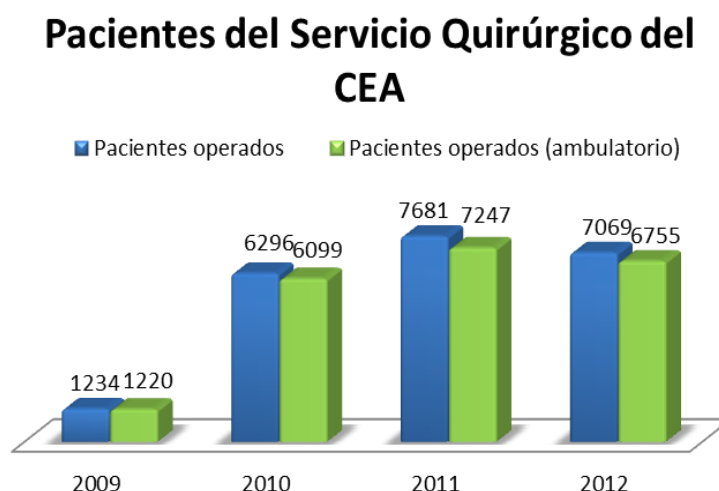


Figura 2.4: Pacientes atendidos Servicio Quirúrgico del CEA 2012

Fuente: Elaboración propia

De los servicios se decide estudiar el Servicio Quirúrgico Ambulatorio (SQA) por ser el que mayor representatividad tiene en el Servicio Quirúrgico.

Considerando lo anterior se define como **población**: Cantidad de pacientes operados en el Servicio Quirúrgico Ambulatorio del CEA de Cienfuegos en el año 2012.

Paso 6: Definición del tipo de muestreo a utilizar

Como **tipo de muestreo** a utilizar se selecciona el muestreo aleatorio simple, se encuestarán aleatoriamente pacientes que reciban el Servicio Quirúrgico Ambulatorio en diferentes especialidades durante el mes de Enero.

Paso 7- Determinación del tamaño de muestra y el procedimiento de selección de esta

Se calcula el **tamaño de muestra** considerando que la población es 6755, los valores utilizados para p y q son el 50% respectivamente, se fija un error permisible (B) del 10%, y un nivel de

confianza del 95% por lo que z es 1.96, utilizando la Ecuación 3. Se obtiene un tamaño muestral de 95 pacientes.

Etapas IV: Estudio exploratorio con expertos

En esta etapa se realiza la consulta a expertos para recopilar sugerencias y reducir ítems, aplicando como herramientas la entrevista y la metodología Delphi respectivamente.

Paso 8: Consulta a expertos para valorar los ítems propuestos en la versión inicial del instrumento y recopilar sugerencias

Primeramente se entrevista a cada uno de los expertos definidos para la investigación con el objetivo de recopilar sugerencias en cuanto al enfoque de los ítems que se han considerado, de la misma se derivan las siguientes acotaciones tenidas en cuenta en la investigación.

- Adecuado el enfoque de recopilar criterios por separado para médicos, enfermeros y personal de apoyo, para lo que sugieren ubicar *de servicio* e infraestructura.
- Correcta posible agrupación de ítems en las posibles dimensiones.
- Los expertos realizan sugerencias en cuanto al enfoque dado a algunas afirmaciones de las contenidas en las listas que seguidamente se especifican.

Preparación del Capital Humano:

- En el ítem: Los médicos solucionan los problemas por los que he acudido a su atención, los expertos recomiendan ubicar: Los médicos se preocupan por tratar de solucionar los problemas por los que he acudido a su atención.
- Para el ítem: Los médicos demuestran seguridad al establecer sus intercambios: al emitir un diagnóstico y realizar un procedimiento, los expertos recomiendan: Los médicos demuestran su conocimiento de mi enfermedad al intercambiar conmigo con seguridad y cuidado.
- En el ítem: El personal de enfermería realiza su trabajo de manera consciente, se recomienda: El personal de enfermería demuestra sus conocimientos y habilidades en la realización de su trabajo con disposición.
- Para el ítem: Los enfermeros conocen mi historia clínica, se recomienda: Los enfermeros conocen mi enfermedad y los datos de mi historia clínica.

- En relación con la privacidad del paciente, elemento que en todo proceso de asistencia debe ser respetado, los expertos recomiendan que pase de Actitud del Capital Humano a esta dimensión.

Actitud del Capital Humano:

- Los expertos recomiendan en cuanto a la disposición a la ayuda y el entendimiento a pacientes y familiares, enfocarlo para médicos, enfermeros y personal de servicio de la forma siguiente:
 - Los médicos son comprensivos, se interesan por mis preocupaciones, malestares y estado de ánimo.
 - La comprensión, apoyo y dedicación de los enfermeros ante los procedimientos de atención, es adecuada.
 - El personal de servicio se preocupa y está presto a la ayuda en la institución.
- Para el ítem: El trato fluye con respeto, recomiendan: Los médicos son respetuosos en el trato conmigo y mis familiares.
- En el ítem: Confío en los cuidados que brindan los médicos, recomiendan: Los médicos me hacen sentir confianza en los conocimientos y cuidados que brindan en el proceso de atención.

Comunicación:

- Para el ítem: Las relaciones comunicativas entre médicos, enfermeros y otro personal se hacen evidentes en la ejecución de los procedimientos, se recomienda: El equipo de salud mantiene relaciones adecuadas que se hacen evidentes en el proceso de atención.

Infraestructura:

- En cuanto a la accesibilidad del servicio, esta no debe incluirse pues en el caso del Sistema Nacional de Salud es este un principio rector en cualquiera de los niveles, lo que se explica en el epígrafe 1.4 del Capítulo I.
- En su mayoría consideran que no debe incluirse el estado de los equipos e instrumental, este sólo lo conocen los pacientes si es que obstruye la realización de los procedimientos médicos, pero si se buscan alternativas no necesariamente tienen que saberlo, para el caso en estudio el enfoque debe ser orientado a que el estado de los equipos e instrumental no limita la realización del servicio.

- En cuanto al estado de los locales a los que se accede, hay elementos que pueden valorarse a partir de la inspección entonces debe variarse la forma en que se presenta la información haciendo preguntas más generales y dejando a marcar los elementos no adecuados según la percepción de los pacientes.
 - Además se analiza como una sugerencia reiterada la inclusión en infraestructura del avituallamiento de vestuario para la realización de operaciones y estancia en el hospital.
- En relación a la interrogante de satisfacción de expectativas, los expertos sugieren no incluirla de esta forma sino como una evaluación de la satisfacción para médicos, enfermeros, personal de servicios e infraestructura.

Luego de ajustados los ítems en función de las entrevistas efectuadas se realiza la consulta para valorar la concordancia entre los criterios de los expertos y reducir ítems.

Paso 9: Consulta a expertos para reducir ítems

La consulta para reducir ítems tal cual se efectúa aparece en el Anexo 17 con un total de 65 ítems. Los resultados de esta consulta a expertos se procesan en el software SPSS Versión 19 para valorar si existe comunidad de criterios entre los expertos, se trata de aplicar la Metodología Delphi y como parte de esta realizar la prueba no paramétrica utilizando como estadígrafo el Chi-cuadrado por ser el número de características mayor que 7, considerando el coeficiente W de Kendall, siendo las hipótesis a contrastar:

Ho: El juicio de los expertos no es consistente. (No comunidad de preferencia)

H1: El juicio de los expertos es consistente. (Comunidad de preferencia)

A partir del Anexo 18 se puede concluir que el juicio de los expertos es consistente y que existe comunidad de preferencia entre estos con un coeficiente de W de Kendall de 0.544.

Se procede a realizar un análisis descriptivo de los resultados considerando los rangos promedio, la mediana y la frecuencia de marcado para suprimir ítems, así se eliminan 8 que se especifican en el mismo Anexo 18.

Tomando como referencia todo lo anterior resultan 57 características que se detallan en las tablas a continuación para médicos, enfermeros, personal de servicios, infraestructura y en general, además de que se presenta la codificación utilizada en los análisis.

Tabla 2.7: Lista de ítems relacionados con la calidad de atención médica

Fuente: Elaboración propia

Ítems para médicos	
Los médicos se preocupan por tratar de solucionar los problemas por los que he acudido a su atención.	M1
Los médicos se interesan por conocer mi historia clínica y entienden claramente mis necesidades médicas.	M2
Los médicos demuestran su conocimiento de mi enfermedad al intercambiar conmigo con seguridad y cuidado.	M3
Los médicos se interesan en dar seguimiento a mi caso.	M4
El proceso de atención se realiza con una adecuada privacidad.	M5
Los médicos son respetuosos en el trato conmigo y mis familiares.	M6
Los médicos son amables en el trato conmigo y mis familiares.	M7
Los médicos son comprensivos, se interesan por mis preocupaciones, malestares y estado de ánimo.	M8
Los médicos me hacen sentir confianza en los conocimientos y cuidados que brindan en el proceso de atención.	M9
Los médicos llegan en el horario fijado para el proceso de atención médica.	M10
Los médicos me informan sobre mi estado de salud, consecuencias y resultados clínicos, incluyendo aquellos que han tenido eventos no esperados, lo mismo a mis familiares.	M11
Los médicos están a la escucha de cualquier inquietud, duda o reclamación.	M12
Los médicos dedican el tiempo necesario para satisfacer todas mis dudas y las de mis familiares, para mi atención.	M13
Los médicos responden a mis preguntas.	M14
Los médicos explican sobre los medicamentos: horarios, efectos, alternativas de tratamiento.	M15
Los médicos se comunican con otros especialistas a los que debo recurrir para mantenerse al tanto.	M16
El equipo de salud mantiene relaciones adecuadas que se hacen evidentes en el proceso de atención.	M17

Los médicos se expresan de manera adecuada al intercambiar conmigo y mis familiares.	M18
Los médicos tienen una apariencia adecuada al presentarse ante mí y mis familiares.	M19

Para el caso de los médicos se han identificado 19 variables relacionadas con su preparación actitud, el tiempo y comunicación en el proceso de atención.

Tabla 2.8: Lista de ítems relacionados con la calidad de atención de enfermería

Fuente: Elaboración propia

Ítems para enfermeros	
El personal de enfermería demuestra sus conocimientos y habilidades en la realización de su trabajo con disposición.	E1
Los enfermeros se expresan de manera adecuada.	E2
El personal de enfermería respeta la privacidad del paciente.	E3
Los enfermeros apoyan en la solución de mis problemas de salud cumpliendo con lo que han establecido los especialistas, preocupados por cada caso.	E4
Los enfermeros están presentes cuando necesito su atención.	E5
Los enfermeros son amables conmigo y mis familiares.	E6
La comprensión, apoyo y dedicación de los enfermeros ante los procedimientos de atención, es adecuada.	E7
El cuidado y trabajo de los enfermeros me ofrece confianza.	E8
Los enfermeros conocen mi enfermedad y los datos de mi historia clínica.	E9
Los enfermeros dedican el tiempo necesario para mi atención.	E10
Los enfermeros están a la escucha de cualquier inquietud o reclamación.	E11
Los enfermeros me informan sobre mi estado de salud en caso de ser necesario, lo mismo a mis familiares.	E12
Los enfermeros responden a mis preguntas, dudas, necesidad de aclaraciones.	E13
Los enfermeros explican al aplicar los medicamentos en los horarios precisados por los especialistas, conocen las alternativas de tratamiento, todo ello en caso de que lo requiera tanto yo como mis familiares.	E14
El trato de los enfermeros es respetuoso.	E15
Los enfermeros tienen una apariencia adecuada.	E16

En cuanto a la atención de enfermería se identifican 16 variables igualmente relacionadas con la preparación actitud, el tiempo y comunicación en el proceso de atención.

Tabla 2.9: Lista de ítems relacionados con el personal de servicios

Fuente: Elaboración propia

Ítems para personal de servicios	
El personal de servicio realiza su trabajo de manera que no se afectan las labores de médicos y enfermeros, mostrando dominio del mismo.	PS1
El trato del personal de servicio es respetuoso.	PS2
El personal de servicio es amable conmigo y mis familiares.	PS3
El personal de servicio se preocupa y está presto a la ayuda en la institución.	PS4
El personal de servicio dedica el tiempo requerido a cada paciente y sus familiares.	PS5
El personal de servicio se encuentra en el momento en que debe estar para la realización de su trabajo.	PS6
El personal de apoyo se expresa de manera adecuada.	PS7
El personal de apoyo tiene una apariencia adecuada.	PS8

Tabla 2.10: Lista de ítems relacionados con la infraestructura

Fuente: Elaboración propia

Ítems para infraestructura	
El hospital cuenta con la señalización intrahospitalaria adecuada.	I1
El hospital tiene una señalización extra hospitalaria adecuada.	I2
El sistema de información en el hospital se ajusta a las necesidades de los usuarios.	I3
En el proceso de asistencia se dispone de los equipos para atenderme o se buscan alternativas para hacerlo de manera segura.	I4
En el proceso de asistencia se tiene el instrumental o se buscan alternativas para atenderme.	I5
Los locales de espera en el hospital tienen adecuadas condiciones.	I6
Las consultas tienen adecuadas condiciones.	I7
Las salas tienen adecuadas condiciones.	I8
Los salones de operación tienen adecuadas condiciones.	I9

En el hospital me brindan ropa de cama limpia para mi estancia en el mismo.	I10
El vestuario que debo utilizar para determinados procedimientos médicos está limpio.	I11
La alimentación es acorde a la dieta que debo seguir.	-
Los alimentos están bien elaborados.	-
Los alimentos se sirven en recipientes limpios y con cuidados.	-

De manera general resultan los ítems que se especifican en la Tabla 2.11.

Tabla 2.11: Cantidad de ítems en la lista de características luego de la consulta a expertos

Fuente: Elaboración propia

Grupos de características	Médicos	Enfermeros	Personal de servicio
Preparación del Capital Humano	5	4	1
Actitud del Capital Humano	4	4	3
Tiempo de atención	2	2	2
Comunicación	8	6	2
Total de ítems por prestadores de atención	19	16	8
Infraestructura	14		
TOTAL DE ÍTEMS	57		

Vale resaltar que estas listas pueden servir como punto de partida para cualquier tipo de servicio de atención en salud en que se pretenda evaluar la calidad percibida, lo que resulta un aporte de la investigación que se desarrolla. Los ítems dedicados a la alimentación (3), todos los expertos los consideran correctos pero no concretamente para el caso que se estudia por tratarse de cirugía ambulatoria.

Etapa V: Diseño del instrumento de medición

Paso 10- Selección del instrumento de medición adecuado para el estudio

Como instrumento de medición adecuado para el estudio se elige el cuestionario dada la posibilidad que brinda de intercambiar con los pacientes de una forma estructurada para la obtención de resultados relacionados con los ítems que se ha validado con los expertos condicionan la calidad percibida.

Paso 11: Definición de la escala a emplear en el instrumento de medición

La escala que se emplea en el instrumento es de tipo Likert donde: 1-Totalmente en desacuerdo, 2- En desacuerdo, 3-Ni de acuerdo, ni en desacuerdo, 4- De acuerdo, 5- Totalmente de acuerdo. Todas las proposiciones que se encuentran en el cuestionario están orientadas a elementos positivos en relación con la calidad del servicio, falta probar que estos se encuentran presentes en el Servicio Quirúrgico Ambulatorio desde la percepción de los pacientes.

Paso 12: Diseño del instrumento de medición en su primera versión

El cuestionario que se diseña se presenta en el Anexo 19, el mismo tiene tres apartados acompañados de las instrucciones para responderlo: datos generales, evaluación de la calidad de atención y sugerencias. En cada uno de los apartados se incluye además una pregunta orientada a medir la satisfacción.

Una vez se tiene el instrumento diseñado se encuentran todas las condiciones creadas para que este sea aplicado a la muestra definida teniendo en cuenta el tipo de muestreo detallado, todo lo que se realiza y cuyos resultados se analizan en Capítulo que sigue.

2.3- Conclusiones del Capítulo II

Al término de este Capítulo se arriba a las siguientes conclusiones:

- 1- La revisión de la literatura permite elaborar una lista de ítems que debe ser considerada como fuente de consulta al medir la calidad percibida en servicios de atención en salud, la misma se valida y reduce teniendo en cuenta el criterio de expertos con alto nivel de competencia.

- 2- El Servicio Quirúrgico Ambulatorio del CEA es vital en esta organización de salud y en el territorio de Cienfuegos, es por ello que se selecciona este para que se realice el estudio de calidad percibida.
- 3- La aplicación de los primeros V pasos del procedimiento metodológico de Curbelo (2010) permite diseñar un instrumento de medición a ser aplicado para su validación en el Servicio Quirúrgico Ambulatorio del CEA de Cienfuegos.



Capítulo III

CAPÍTULO III: VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN DE LA CALIDAD PERCIBIDA EN EL SERVICIO QUIRÚRGICO AMBULATORIO DEL CEA DE CIENFUEGOS

Introducción

En este Capítulo se aplica el instrumento de medición diseñado, se evalúan sus propiedades métricas y se ajusta en función de los resultados alcanzados, a la vez que se analizan los criterios relevantes que poseen los pacientes del Servicio Quirúrgico Ambulatorio.

3.1- Aplicación del instrumento y evaluación de sus propiedades métricas (Etapa VI)

En esta etapa se aplica el instrumento diseñado y se evalúan sus propiedades métricas, luego se ajusta el mismo. Lo anterior responde a los pasos 13, 14 y 15 del procedimiento metodológico para el diseño de instrumentos de medición de Curbelo (2010).

Paso 13- Aplicación del instrumento de medición

Como se precisó en el Capítulo II la muestra calculada es de 95 pacientes y como tipo de muestreo se ha elegido el aleatorio. Vale resaltar que antes de acudir a estos 95 pacientes se realizan entrevistas a pacientes que asisten durante una semana a recibir el Servicio Quirúrgico Ambulatorio, para un total de 35 pacientes entrevistados con los que se dialoga de la pertinencia del instrumento y sobre todo para analizar el momento del servicio en que debe de medirse la calidad percibida, detectándose que la mejor alternativa es en la consulta postoperatoria. En la aplicación del instrumento la muestra se caracteriza como aparece en las Figuras 3.1-3.4 a continuación.

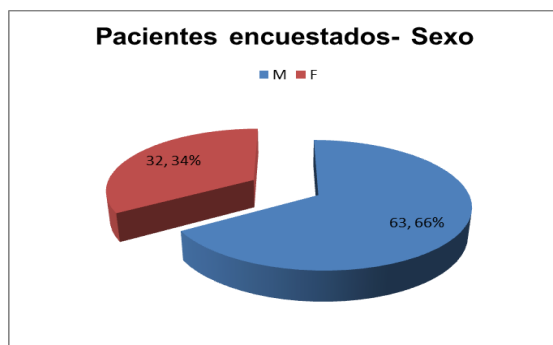


Figura 3.1: Sexo de los pacientes encuestados

Fuente: Elaboración propia

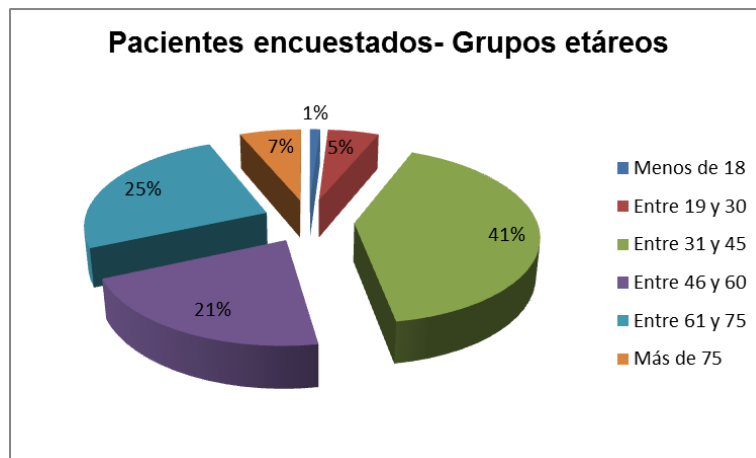


Figura 3.2: Grupos etáreos de los pacientes encuestados

Fuente: Elaboración propia

Nótese a partir las figuras anteriores que la mayoría de los pacientes encuestados son hombres y predominan los que tienen a partir de 31 años de edad. En las figuras a continuación se caracteriza la muestra teniendo en cuenta el nivel de escolaridad vencido y las especialidades en que son atendidos los pacientes encuestados.

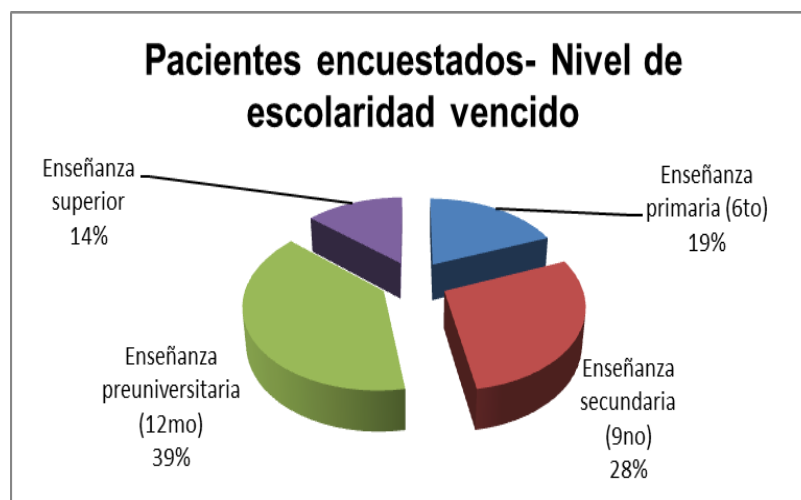


Figura 3.3: Nivel de escolaridad de los pacientes encuestados

Fuente: Elaboración propia

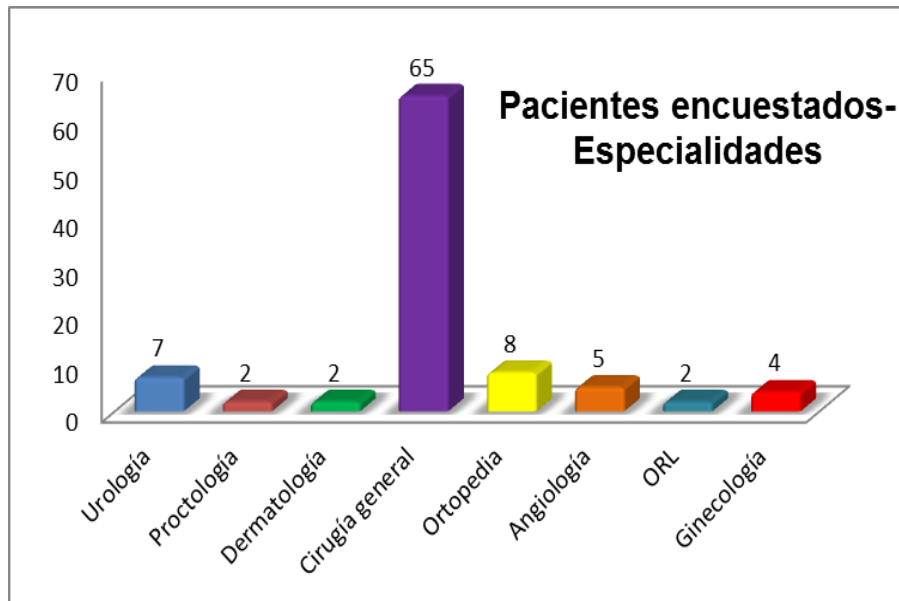


Figura 3.4: Pacientes encuestados por especialidades

Fuente: Elaboración propia

El nivel de formación es bajo y destaca la cirugía general como especialidad en que han sido atendidos los pacientes encuestados.

Paso 14- Análisis de confiabilidad y validez

En la evaluación de las propiedades métricas se tienen en cuenta:

- Análisis de fiabilidad: Se utiliza el Alpha de Cronbach que debe ser mayor que 0.7 para considerarse aceptable.
- Demostración de validez de contenido: La validez de contenido queda demostrada en la etapa IV del procedimiento para el diseño de instrumentos de medición en que se realiza la consulta a expertos siguiendo la metodología Delphi.
- Demostración de la validez de constructo: Se realiza mediante un análisis factorial de componentes principales y rotación Varimax, el mismo tiene fin exploratorio-confirmatorio porque inicialmente se explora la cantidad de factores de agrupación y luego se realiza en análisis donde se prefija la cantidad de factores aprobados por los expertos antes. Es importante resaltar que se tienen en cuenta como variables significativas las que carguen en más de 0.55 a un factor, dado el tamaño muestral (a partir de la Tabla 2.3).

Para aplicar el factorial se verifica el cumplimiento de los supuestos fundamentales ya explicados en el Capítulo II: determinante distinto de 0, tamaño muestral 5 veces mayor que la cantidad de variables incluidas, KMO superior a 0.5, existencia de correlaciones mediante la prueba de esfericidad de Bartlett, medida de adecuación muestral (MSA) superior a 0.5 y altas comunalidades.

Además vale destacar que se tomarán factores que expliquen más del 60% de la varianza total, criterio definido por el autor de la presente de la investigación.

- Demostración de la validez de criterio: La validez de criterio se demuestra comparando con resultados anteriores, ello se abordará luego de que se analicen los resultados en el epígrafe 3.2.

El análisis de fiabilidad y la demostración de la validez de constructo se especifican para cada una de las listas: médicos, enfermeros, personal de servicios e infraestructura, partiendo de un análisis descriptivo.

Médicos

En el Anexo 20 se presentan los estadísticos descriptivos para la lista dedicada a la calidad percibida de atención de los médicos. Una revisión de estos orienta a que la variable en que se localizan mayores dificultades es: los médicos llegan en el horario fijado para el proceso de atención.

En la Tabla 3.1 se compendian los resultados alcanzados a partir de análisis realizados considerando el Alpha de Cronbach como medida de la fiabilidad y los supuestos fundamentales del análisis factorial antes explicados.

Tabla 3.1: Propiedades métricas del instrumento para médicos

Fuente: Elaboración propia

Criterios/ Corridas del factorial	Inicial	1	2	3
Alpha de Cronbach	0.833	0.765	0.757	0.751
Tamaño muestral	95	95	95	95
Cantidad de variables	19	15	14	13
Variables a excluir- Criterio de exclusión	M1,M2,M15,M17- Cargas inferiores que 0.55	M13- Carga inferior que 0.55	M4- Carga inferior que 0.55	-

Cantidad de factores- Por ciento de varianza explicada	5-63.5%	5-68.14%	4 (Prefijado por tener factores con una sola variable)- 62.35%	4- 65.55%
Determinante	0.000	0.004	0.007	0.009
KMO	0.781	0.780	0.779	0.780
Significación asintótica de la prueba de Esfericidad de Bartlett	0.000	0.000	0.000	0.000

Los criterios que miden los ítems eliminados en el estudio pueden ser contenidos en otros ítems que han quedado en este, los mismos son: los médicos se preocupan por tratar de solucionar los problemas por los que he acudido a su atención (M1), los médicos se interesan por conocer mi historia clínica y entienden claramente mis necesidades médicas (M2), los médicos se interesan en dar seguimiento a mi caso (M4), los médicos dedican el tiempo necesario para satisfacer todas mis dudas y las de mis familiares, para mi atención (M13), los médicos explican sobre los medicamentos: horarios, efectos, alternativas de tratamiento (M15), y el equipo de salud mantiene relaciones adecuadas que se hacen evidentes en el proceso de atención (M17).

La significación asintótica menor que 0.05 indica que existen correlaciones entre las variables (H_1 de la prueba de hipótesis), los MSA llegan a ser todos mayores que 0.5 al igual que las comunalidades; se cumplen por tanto los supuestos del factorial. En el Anexo 21 se presentan los resultados de la última corrida.

Enfermeros

En Anexo 22 se muestran los estadísticos descriptivos para el personal de enfermería, todas las variables tienen igual mediana, la de mayor rango es: los enfermeros se expresan de manera adecuada (E2).

En la Tabla 3.2 se resumen los resultados de los análisis de fiabilidad y del factorial para el personal de enfermería y en el Anexo 23 se muestran estos detalladamente para la última corrida.

Tabla 3.2: Propiedades métricas del instrumento para enfermeros**Fuente:** Elaboración propia

Criterios/ Corridas del factorial	Inicial	1	2	3
Alpha de Cronbach	0.894	0.892	0.892	0.854
Tamaño muestral	95	95	95	95
Cantidad de variables	16	15	15	12
Variables a excluir- Criterio de exclusión	E6- Menor número de correlaciones no significativas	-	E8, E12, E13- Cargas inferiores que 0.55	-
Cantidad de factores- Por ciento de varianza explicada	3- 58,16%	3-58.47%	4- 64.88% (Número de factores prefijado)	4-68.19%
Determinante	0.000	0.001	0.001	0.009
KMO	0.827	0.859	0.859	0.796
Significación asintótica de la prueba de Esfericidad de Bartlett	0.000	0.000	0.000	0.000

Nótese que en el procesamiento inicial el determinante de la matriz de correlaciones es 0 por lo que en este caso se realiza un análisis de correlaciones considerando el coeficiente Rho de Spearman y el de Pearson. A partir de dicho análisis se decide eliminar el ítem: los enfermeros son amables en el trato conmigo y mis familiares (E6), variable con mayor número de correlaciones no significativas, lo que se especifica al inicio del mismo Anexo 23. Luego de ello se verifica una alta fiabilidad y el cumplimiento de los supuestos del factorial.

Personal de servicios

Para el caso de la lista dedicada al personal de servicios, en el Anexo 24 aparece el análisis descriptivo. En este se evidencia que el rango es alto para la mayoría de las variables y la única variable con mediana 4 es: el personal de apoyo se expresa de manera adecuada (P7). En la Tabla 3.3 se muestran los resultados de los análisis de fiabilidad y del factorial.

Tabla 3.3: Propiedades métricas del instrumento para personal de servicios**Fuente:** Elaboración propia

Criterios/ Corridas del factorial	Inicial	1
Alpha de Cronbach	0.878	0.878
Tamaño muestral	95	95
Cantidad de variables	8	8
Variables a excluir- Criterio de exclusión	-	-
Cantidad de factores- Por ciento de varianza explicada	1-54.69%	2-65.76%
Determinante	0.018	0.018
KMO	0.840	0.840
Significación asintótica de la prueba de Esfericidad de Bartlett	0.000	0.000

Se cumplen evidentemente todos los supuestos del factorial y la fiabilidad es adecuada, todo lo que se presenta detalladamente en el Anexo 25, aunque se han agrupado las variables fundamentalmente en dos factores, lo que se considera lógico por ser pocas en comparación con la cantidad en el resto de las listas.

Infraestructura

En el Anexo 26 se realiza el análisis descriptivo para el caso de la lista de infraestructura. Se concluye, teniendo en cuenta este, que la variable con menor mediana es: los locales de espera en el hospital tienen adecuadas condiciones, con la que un 32.6% de los pacientes encuestados aseguran estar en desacuerdo. En la Tabla 3.4 se muestran los análisis de fiabilidad y del factorial.

Tabla 3.4: Propiedades métricas del instrumento para infraestructura**Fuente:** Elaboración propia

Criterios/ Corridas del factorial	Inicial	1
Alpha de Cronbach	0.505	0.511
Tamaño muestral	95	95
Cantidad de variables	11	10
Variables a excluir- Criterio de exclusión	I9- Baja MSA, correlaciones menos significativas	-
Cantidad de factores- Por ciento de varianza explicada	5-70.25%	4-66.67% (Número de factores prefijado)
Determinante	0.111	0.120
KMO	0.612	0.624
Significación asintótica de la prueba de Esfericidad de Bartlett	0.000	0.000

Para el caso de infraestructura la confiabilidad es regular y esta sólo aumenta significativamente si se elimina la variable: los locales de espera tienen condiciones adecuadas. No obstante, se decide no suprimir ninguna de las variables porque no pueden ser medidas por otras en el estudio y sólo con su inclusión en el instrumento se garantiza el monitoreo para la mejora. En el Anexo 27 aparecen los resultados del análisis de fiabilidad y de la última corrida del factorial.

Paso 15: Ajuste del instrumento de medición

Luego de corroboradas la fiabilidad y la validez de constructo, teniendo en cuenta los resultados de dichos análisis que aparecen en las Tablas 3.1- 3.4, se reajustan las listas que conforman el instrumento que pasa de tener 54 a 43 ítems. En las Tablas 3.5- 3.8 se presenta la lista de variables y factores explicativos para futuras mediciones de la calidad percibida en el Servicio Quirúrgico Ambulatorio del CEA.

Tabla 3.5: Variables y factores a considerar en el instrumento ajustado para médicos

Fuente: Elaboración propia

Factores	Variables	Cargas factoriales
1 Actitud del Capital Humano (21,39 %)	El proceso de atención se realiza con una adecuada privacidad. (Me1)	0.700
	Los médicos son respetuosos en el trato conmigo y mis familiares. (Me2)	0.763
	Los médicos son amables en el trato conmigo y mis familiares. (Me3)	0.614
	Los médicos son comprensivos, se interesan por mis preocupaciones, malestares y estado de ánimo. (Me4)	0.707
	Los médicos me hacen sentir confianza en los conocimientos y cuidados que brindan en el proceso de atención. (Me5)	0.727
2 Comunicación (19,33%)	Los médicos están a la escucha de cualquier inquietud, duda o reclamación. (Me6)	0.791
	Los médicos responden a mis preguntas. (Me7)	0.625
	Los médicos se comunican con otros especialistas a los que debo recurrir para mantenerse al tanto. (Me8)	0.764
	Los médicos se expresan de manera adecuada al intercambiar conmigo y mis familiares. (Me9)	0.679

3 Preparación del Capital Humano (16,37%)	Los médicos demuestran su conocimiento de mi enfermedad al intercambiar conmigo con seguridad y cuidado. (Me10)	0.689
	Los médicos me informan sobre mi estado de salud, consecuencias y resultados clínicos, incluyendo aquellos que han tenido eventos no esperados, lo mismo a mis familiares. (Me11)	0.779
	Los médicos tienen una apariencia adecuada al presentarse ante mí y mis familiares. (Me12)	0.613
4 Tiempo de atención (8,46%)	Los médicos llegan en el horario fijado para el proceso de atención médica. (Me13)	0.965

Tabla 3.6: Variables y factores a considerar en el instrumento ajustado para enfermeros

Fuente: Elaboración propia

Factores	Variables	Cargas factoriales
1 Comunicación (20,36%)	Los enfermeros se expresan de manera adecuada. (Enf1)	0.558
	Los enfermeros están a la escucha de cualquier inquietud o reclamación. (Enf2)	0.571
	Los enfermeros explican al aplicar los medicamentos en los horarios precisados por los especialistas, conocen las alternativas de tratamiento, todo ello en caso de que lo requiera tanto yo como mis familiares. (Enf3)	0.628
	Los enfermeros tienen una apariencia adecuada. (Enf4)	0.780
	El personal de enfermería respeta la privacidad del paciente. (Enf5)	0.785
2 Preparación del Capital Humano (17,43%)	El personal de enfermería demuestra sus conocimientos y habilidades en la realización de su trabajo con disposición. (Enf6)	0.718
	Los enfermeros apoyan en la solución de mis problemas de salud cumpliendo con lo que han establecido los especialistas, preocupados por cada caso. (Enf7)	0.867
	Los enfermeros conocen mi enfermedad y los datos de mi historia clínica. (Enf8)	0.590

3 Tiempo de atención (15,32%)	Los enfermeros están presentes cuando necesito su atención. (Enf9)	0.687
	Los enfermeros dedican el tiempo necesario para mi atención. (Enf10)	0.829
4 Actitud del Capital Humano (15,08%)	La comprensión, apoyo y dedicación de los enfermeros ante los procedimientos de atención, es adecuada. (Enf11)	0.717
	El trato de los enfermeros es respetuoso. (Enf12)	0.709

Tabla 3.7: Variables y factores a considerar en el instrumento ajustado para personal de servicios

Fuente: Elaboración propia

Factores	Variables	Cargas factoriales
Actitud, tiempo y preparación del personal de enfermería (41.56%)	El personal de servicio realiza su trabajo de manera que no se afectan las labores de médicos y enfermeros, mostrando dominio del mismo. (PS1)	0.542
	El trato del personal de servicio es respetuoso. (PS2)	0.869
	El personal de servicio es amable conmigo y mis familiares. (PS3)	0.859
	El personal de servicio se preocupa y está presto a la ayuda en la institución. (PS4)	0.760
	El personal de servicio dedica el tiempo requerido a cada paciente y sus familiares. (PS5)	0.632
	El personal de servicio se encuentra en el momento en que debe estar para la realización de su trabajo. (PS6)	0.690
Comunicación (24.20%)	El personal de apoyo se expresa de manera adecuada. (PS7)	0.810
	El personal de apoyo tiene una apariencia adecuada. (PS8)	0.771

Tabla 3.8: Variables y factores a considerar en el instrumento ajustado para infraestructura

Fuente: Elaboración propia

Factores	Variables	Cargas factoriales
Información y equipamiento en el hospital (26.61%)	El hospital cuenta con la señalización intrahospitalaria adecuada. (Inf1)	0.698
	El hospital tiene una señalización extra hospitalaria adecuada. (Inf2)	0.741
	El sistema de información en el hospital se ajusta a las necesidades de los usuarios. (Inf3)	0.793
	En el proceso de asistencia se dispone de los equipos para atenderme o se buscan alternativas para hacerlo de manera segura. (Inf4)	0.664
	En el proceso de asistencia se tiene el instrumental o se buscan alternativas para atenderme. (Inf5)	0.717
Vestuario y ropa de cama (13.56%)	En el hospital me brindan ropa de cama limpia para mi estancia en el mismo. (Inf9)	0.840
	El vestuario que debo utilizar para determinados procedimientos médicos está limpio. (Inf10)	0.738
Estado de locales a los que se accede (13.27%)	Los locales de espera en el hospital tienen adecuadas condiciones. (Inf6)	-0.760
	Las salas de recuperación tienen adecuadas condiciones. (Inf8)	0.622
Estado de los espacios de intercambio médico-pacientes (13.23%)	Las consultas tienen adecuadas condiciones. (Inf7)	0.809

Se corrobora la existencia de los factores explicativos antes sometidos al criterio de los expertos aunque existen en su concepción algunas variaciones que no se consideran significativas, propias de la eliminación de ítems ejecutada.

El instrumento reajustado, listo ya para futuras aplicaciones se presenta a continuación dada la relevancia de este resultado en la presente investigación.

CALIDAD DE ATENCIÓN EN SERVICIOS DEL CEA, CIENFUEGOS

Instrucciones: A usted, como paciente del Centro Especializado Ambulatorio (CEA) de Cienfuegos, se acude con el objetivo de conocer criterios sobre la atención recibida, su ayuda permitirá enfocar acciones para elevar la calidad del servicio que se brinda.

Todo lo que se desarrolla en tres apartados:

- I) Una tabla que debe completar con datos que se solicitan, no aparece su nombre así que estos son sólo un referente, porque se considera el anonimato.
- II) Listas que le facilitarán evaluar, en función de su experiencia con los médicos, enfermeros, personal de servicio e infraestructura. Usted debe marcar con una x en la casilla acorde a su actitud respecto a las proposiciones que se plantean.
- III) Sugerencias, en caso de que las considere necesarias.

SU COLABORACIÓN ES IMPORTANTE, GRACIAS

I- DATOS GENERALES: Marque con una X o indique

Edad	Menos de 18_____	Entre 46 y 60_____
	Entre 19 y 29_____	Entre 61 y 75_____
	Entre 30 y 45_____	Más de 75_____
Sexo	F_____	M_____
Especialidad en que se atendió		
Lugar en que se le dio seguimiento	CEA_____	Hospital GAL_____
	Área de salud_____	Otros _____
Nivel de escolaridad		

II- EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN: Marque con una X
MÉDICOS

Criterios para su evaluación	TOTALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NI DE ACUERDO, NI EN DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
El proceso de atención se realiza con una adecuada privacidad. (Me1)					
Los médicos son respetuosos en el trato conmigo y mis familiares. (Me2)					
Los médicos son amables en el trato conmigo y mis familiares. (Me3)					
Los médicos son comprensivos, se interesan por mis preocupaciones, malestares y estado de ánimo. (Me4)					
Los médicos me hacen sentir confianza en los conocimientos y cuidados que brindan en el proceso de atención. (Me5)					
Los médicos están a la escucha de cualquier inquietud, duda o reclamación. (Me6)					
Los médicos responden a mis preguntas. (Me7)					
Los médicos se comunican con otros especialistas a los que debo recurrir para mantenerse al tanto. (Me8)					
Los médicos se expresan de manera adecuada al intercambiar conmigo y mis familiares. (Me9)					
Los médicos demuestran su conocimiento de mi enfermedad al intercambiar conmigo con seguridad y cuidado. (Me10)					
Los médicos me informan sobre mi estado de salud, consecuencias y resultados clínicos, incluyendo aquellos que han tenido eventos no esperados, lo mismo a mis familiares. (Me11)					
Los médicos tienen una apariencia adecuada al presentarse ante mí y mis familiares. (Me12)					
Los médicos llegan en el horario fijado para el proceso de atención médica. (Me13)					

ENFERMEROS

Criterios para su evaluación	TOTALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NI DE ACUERDO, NI EN DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
Los enfermeros se expresan de manera adecuada. (Enf1)					
Los enfermeros están a la escucha de cualquier inquietud o reclamación. (Enf2)					
Los enfermeros explican al aplicar los medicamentos en los horarios precisados por los especialistas, conocen las alternativas de tratamiento, todo ello en caso de que lo requiera tanto yo como mis familiares. (Enf3)					
Los enfermeros tienen una apariencia adecuada. (Enf4)					
El personal de enfermería respeta la privacidad del paciente. (Enf5)					
El personal de enfermería demuestra sus conocimientos y habilidades en la realización de su trabajo con disposición. (Enf6)					
Los enfermeros apoyan en la solución de mis problemas de salud cumpliendo con lo que han establecido los especialistas, preocupados por cada caso. (Enf7)					
Los enfermeros conocen mi enfermedad y los datos de mi historia clínica. (Enf8)					
Los enfermeros están presentes cuando necesito su atención. (Enf9)					
Los enfermeros dedican el tiempo necesario para mi atención. (Enf10)					
La comprensión, apoyo y dedicación de los enfermeros ante los procedimientos de atención, es adecuada. (Enf11)					
El trato de los enfermeros es respetuoso. (Enf12)					

PERSONAL DE SERVICIO

Criterios para su evaluación	TOTALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NI DE ACUERDO, NI EN DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
El personal de servicio realiza su trabajo de manera que no se afectan las labores de médicos y enfermeros, mostrando dominio del mismo. (PS1)					
El trato del personal de servicio es respetuoso. (PS2)					
El personal de servicio es amable conmigo y mis familiares. (PS3)					
El personal de servicio se preocupa y está presto a la ayuda en la institución. (PS4)					
El personal de servicio dedica el tiempo requerido a cada paciente y sus familiares. (PS5)					
El personal de servicio se encuentra en el momento en que debe estar para la realización de su trabajo. (PS6)					
El personal de apoyo se expresa de manera adecuada. (PS7)					
El personal de apoyo tiene una apariencia adecuada. (PS8)					

INFRAESTRUCTURA

Criterios para su evaluación	TOTALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NI DE ACUERDO, NI EN DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
El hospital cuenta con la señalización intrahospitalaria adecuada. (Inf1)					
El hospital tiene una señalización extra hospitalaria adecuada. (Inf2)					
El sistema de información en el hospital se ajusta a las necesidades de los usuarios. (Inf3)					
En el proceso de asistencia se dispone de los equipos para atenderme o se buscan alternativas para hacerlo de manera segura. (Inf4)					

En el proceso de asistencia se tiene el instrumental o se buscan alternativas para atenderme. (Inf5)					
Los locales de espera en el hospital tienen adecuadas condiciones. (Inf6)					
Las salas de recuperación tienen adecuadas condiciones. (Inf8)					
Las consultas tienen adecuadas condiciones. (Inf7)					
En el hospital me brindan ropa de cama limpia para mi estancia en el mismo. (Inf9)					
El vestuario que debo utilizar para determinados procedimientos médicos está limpio. (Inf10)					

III) SUGERENCIAS

De esta manera se realizará la evaluación periódica de la calidad percibida, los resultados alcanzados en la primera aplicación se analizan en el epígrafe que sigue.

3.2- Análisis de los resultados (Etapa VII)

Teniendo en cuenta los análisis desarrollados hasta el momento que han permitido validar el instrumento diseñado para evaluar calidad percibida del SQA del CEA de Cienfuegos, a partir de los resultados que se muestran en los Anexos 20, 22, 24 y 26, considerando la mediana y el rango, se identifican como criterios relevantes los siguientes:

- La mayoría de las variables medidas tienen un comportamiento adecuado en el SQA del CEA, exactamente un 90.7% de estas tienen mediana 5.
- El 9.3% de las variables en el estudio tiene mediana distinta de 5 pero nunca llega a los niveles de desacuerdo.
- Las variables asociadas a las mayores dificultades son:
 - Los médicos llegan en el horario fijado para el proceso de atención.
 - Los enfermeros se expresan de manera adecuada.

- El personal de servicios se expresa de manera adecuada.
- Los locales de espera en el hospital tienen adecuadas condiciones.

Los resultados alcanzados concuerdan con las insatisfacciones que se han venido registrando relacionadas con el Servicio Quirúrgico Ambulatorio lo que se corrobora considerando la revisión de documentos como: Reporte Diario de Actividad Quirúrgica, Informe de Estadísticas por meses y encuestas aplicadas a pacientes, todo ello archivado en el mismo CEA. Ello permite asegurar en cierta medida la validez de criterio, única comparación posible dado que es la primera vez que se evalúa la calidad percibida y además con un enfoque multicriterio.

A lo anterior puede sumarse el análisis descriptivo de la satisfacción medida en la aplicación del instrumento como una autoencuesta, estos resultados se muestran en el Anexo 28 y se resumen en la Figura 3.5.

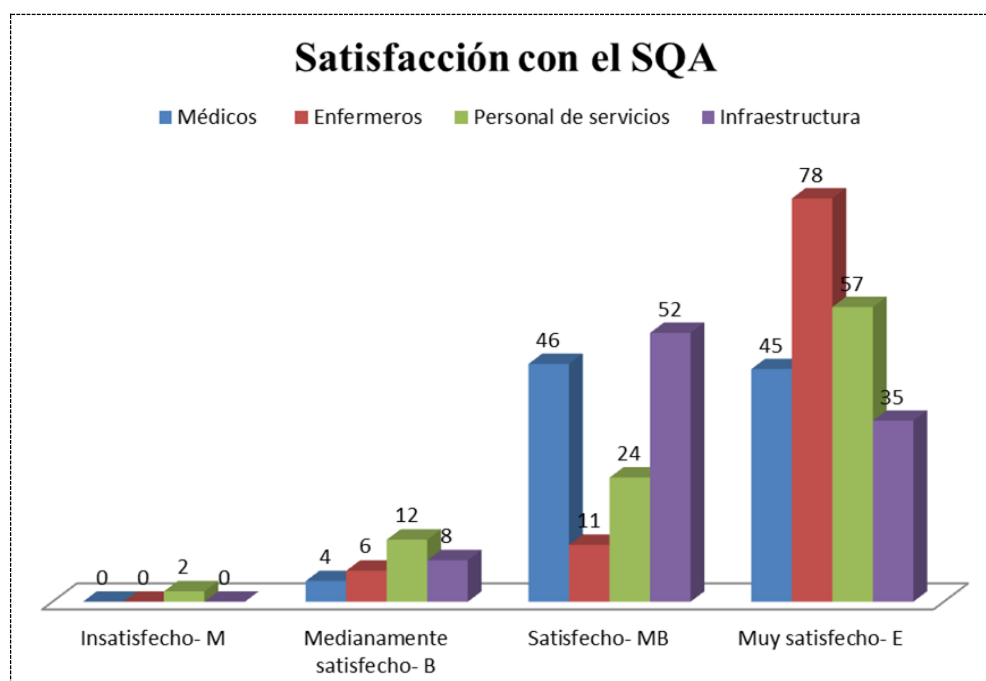


Figura 3.5: Satisfacción de los pacientes

Fuente: Elaboración propia

La mayor cantidad de pacientes tiene una satisfacción de buena a excelente lo que coincide con los resultados que se muestran en el Anexo 13.

En cuanto a las principales problemáticas identificadas, se analiza la frecuencia de marcado que aparece en los Anexos 20, 22, 24 y 26, y se presenta de manera gráfica en la Figura 3.6, ello permite asegurar que las mayores problemáticas se relacionan con las variables: los locales de espera en el hospital tienen adecuadas condiciones y los médicos llegan en el horario fijado para el proceso de atención.

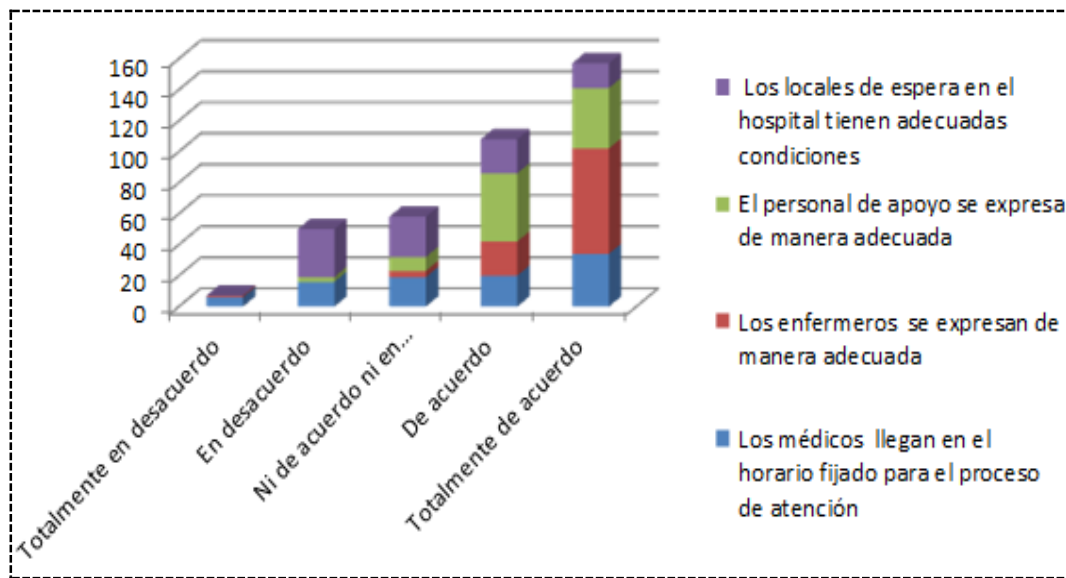


Figura 3.6: Análisis de principales problemáticas asociadas a la calidad percibida del SQA

Fuente: Elaboración propia

Una vez se han detectado los criterios relevantes que poseen los pacientes del SQA encuestados y se han definido cuáles son las principales problemáticas asociadas se procede a realizar un análisis de causas para estas utilizando como técnica la de los 5 Por Qué que consiste en el cuestionamiento iterativo para definir causas raíces.

Los resultados alcanzados se muestran en las Tablas 3.9 y 3.10 utilizando como herramientas la entrevista no estructura a trabajadores, directivos y algunos pacientes de la institución. Teniendo en cuenta las causas raíces que pueden ser mitigadas a un corto y mediano plazo se proponen al Centro Especializado Ambulatorio las acciones de mejora que aparecen en los Anexo 29 y 30 utilizando como técnica el 5 W y 1 H.

Tabla 3.9: Análisis de causas raíces: Los médicos no llegan en el horario fijado para el proceso de atención

Fuente: Elaboración propia

Problemáticas detectadas	¿Por qué?	¿Por qué?	¿Por qué?	¿Por qué?	¿Por qué?
Los médicos no llegan en el horario fijado para el proceso de atención.	Indisciplina	Los médicos llegan tarde a la realización de su trabajo debido al transporte	El hospital no dispone de un transporte para los trabajadores	No se cuenta con transporte asignado para ello ni propio ni contratado	
		Los médicos llegan tarde a la realización de su trabajo dada la resolución de problemas personales	Falta responsabilidad y disciplina en el cumplimiento del trabajo	Motivación	Sistema de pago
				Características propias del trabajador	Se debe aumentar el control
			Excesiva carga de trabajo que les afecta el tiempo libre	No se realizan análisis de carga de trabajo tanto físico como mental para el personal de salud	Falta personal capacitado para ello o no se contratan especialistas que puedan realizarlos
	Capital humano compartido	Errores en la planificación del trabajo de los médicos	Falla la revisión del trabajo y llegar a consenso sobre el trabajo a realizar	Falla la coordinación y comunicación entre el CEA y el GAL	
	Indisciplina de los pacientes en el horario de llegada a los turnos	Incoherencia entre el horario de llegada de Medibus y horario de inicio de consulta	El Medibus transporta a pacientes de los municipios y los reparte entre los hospitales generalmente a partir de las 8:00 am mientras la consulta comienza a las 9:00 am	La consulta comienza luego de una rutina de trabajo matutina establecida por el hospital pero esta puede ser repensada en función de que comience a las 8:30 am	

		Los pacientes acostumbran a llegar antes del tiempo indicado o después y a exigir porque se les atienda al momento	Falta de cultura de llegada en el tiempo indicado para el turno		
--	--	--	---	--	--

Tabla 3.10: Análisis de causas raíces: Los locales de espera en el hospital no tienen adecuadas condiciones

Fuente: Elaboración propia

Problemáticas detectadas	¿Por qué?	¿Por qué?	¿Por qué?	¿Por qué?	¿Por qué?
Los locales de espera en el hospital no tienen adecuadas condiciones (consulta externa)	Hacinamiento de personas en el local de espera de consulta externa	El local de espera es pequeño en relación con la cantidad de pacientes que acuden	El local de espera fue construido para una cantidad determinada de pacientes y los servicios se han ido incrementando		
	La personas no tienen comodidad en la espera de consulta	El local de espera no cuenta con la cantidad de mobiliario suficiente	El local de espera tiene un total de 68 asientos que son insuficientes porque como promedio asisten 100 pacientes, sin contar los familiares que también son clientes de la institución		

De esta forma se finaliza la aplicación del procedimiento de Curbelo (2010) para el caso del diseño de un instrumento de medición de la calidad percibida validado para el Servicio Quirúrgico Ambulatorio del Centro Especializado Ambulatorio de Cienfuegos.

A lo anterior se suma un análisis del costo de esta alternativa de medición de la calidad percibida considerando diferentes alternativas de prestadores del servicio que se presentan en la Tabla 3.11. Los datos que aparecen en la misma se obtienen a partir de entrevistas con los comerciales de cada una de las imprentas.

Tabla 3.11: Costo de impresión de encuestas por diferentes empresas prestadoras del servicio

Fuente: Elaboración propia

Empresas prestadoras del servicio de impresión	Costos por millar CUP	Costos por millar CUC
GEOCUBA- Gráfica Cienfuegos	36.43	19.06
Propaganda Provincial del Partido Comunista de Cuba	270.00	-
Imprenta del Ministerio del Azúcar (MINAZ)	172.15	-

Nótese a partir de la tabla anterior que es la Imprenta del MINAZ la mejor variante para establecer convenio encaminado a la impresión de la cantidad de encuestas que la entidad determine aplicar en función de los pacientes que se atiendan en el Servicio Quirúrgico Ambulatorio.

3.3- Conclusiones del Capítulo III

Al concluir este Capítulo puede plantearse que:

- 1- El instrumento que se presenta es una propuesta fiable y válida, el mismo ha sido reajustado y se encuentra listo para futuras aplicaciones orientadas a la medición de la calidad percibida del Servicio Quirúrgico Ambulatorio del Centro Especializado de Cienfuegos.
- 2- El análisis de los resultados que se realiza posibilita definir como principales problemáticas que: los locales de espera en el hospital no tienen adecuadas condiciones y los médicos no llegan en el horario fijado para el proceso de atención. De cada una de estas deficiencias se realiza un estudio que permite la identificación de causas raíces a las que se propone un programa de mejoras.
- 3- El estudio de proveedores del servicio de impresión revela que la alternativa menos costosa la brinda la Imprenta del Ministerio del Azúcar (MINAZ) con la que deben establecerse relaciones para garantizar el respaldo material que implica la realización de la medición de la calidad percibida.



Conclusiones Generales

Conclusiones generales

Al finalizar la presente investigación se concluye que:

- 1- La calidad percibida es una temática que adquiere cada día más importancia en el mundo por la relevancia de centrarse en los clientes para la gestión de las organizaciones, esta es analizada siguiendo un enfoque multicriterio en su medición. Particularmente en el sector de la salud es vital el conocimiento de los criterios de pacientes y familiares sobre los servicios que reciben para la retroalimentación del sistema y su mejora. Teniendo en cuenta ello se han desarrollado diferentes investigaciones en el caso de Cuba y en el territorio de Cienfuegos pero estas en su mayoría no se acotan al enfoque internacional más acertado y predomina la subjetividad.
- 2- El cuestionario que se diseña y se aplica en el Servicio Quirúrgico Ambulatorio del Centro Especializado Ambulatorio de Cienfuegos es un instrumento de medición de la calidad percibida fiable y válido, en el mismo se tienen en cuenta variables que se agrupan en 4 listas (médicos, enfermeros, personal de servicios e infraestructura) para identificar los criterios relevantes que poseen pacientes que han recibido este, lo que le distingue como forma de medición al brindar una información más precisa.
- 3- El análisis de los criterios relevantes de los pacientes y las causas asociadas a los que constituyen deficiencias es punto de partida para la elaboración de programas de mejoras que la organización debe considerar para elevar la calidad percibida del servicio que se estudia.
- 4- Los resultados alcanzados en la investigación demuestran la relevancia de darle continuidad en otros servicios para, teniendo en cuenta la calidad percibida, elevar la calidad de los servicios de atención en salud.



Recomendaciones

Recomendaciones

Se recomienda a la dirección del Centro Especializado Ambulatorio y del Hospital Provincial de Cienfuegos “Dr. Gustavo Aldereguía Lima”:

- Poner en práctica todas las medidas propuestas relacionadas en programas de mejoras a las principales deficiencias detectadas a partir de la medición de la calidad percibida del Servicio Quirúrgico Ambulatorio.
- Utilizar el instrumento de medición de la calidad percibida para el monitoreo periódico de la misma en el Servicio Quirúrgico Ambulatorio.
- Desarrollar estudios como el realizado en los otros servicios del Centro Especializado con posibilidad de validar instrumentos considerando las especificidades de tres grupos, uno de estos ya analizado en parte (Grupo II):
 - Grupo I: Hospitalización
 - Servicio Quirúrgico de Corta Estadía
 - Rehabilitación
 - Grupo II: Ambulatorio
 - Servicio Quirúrgico Ambulatorio
 - Consulta Externa
 - Grupo III: Ambulatorio con alimentación
 - Quimioterapia
 - Diálisis
- Extender la propuesta a los servicios del Hospital GAL con similares características a las de los grupos antes presentados para que la calidad percibida sea medida y se analice como un antecedente de la satisfacción vista más allá de las autoencuestas.



Bibliografia

Bibliografía

- Acevedo, J. A. (1999). *Organización de la Producción y los servicios*. Ciudad de la Habana, Cuba: Ed. ISPJAE.
- Aiteco Consultores. (2002). SERVQUAL de Calidad de Servicio. Recuperado a partir de <http://www.aiteco.com/modelo-servqual-de-calidad-de-servicio/>. Acceso: septiembre de 2012.
- Aitkenhead, A. R. (2005). Injuries associated with anesthesia: A global perspective. *Br J Anaesth.*, 95 (95), 10.
- Albrecht. (1990). *La Revolución de los Servicios*. Ed. Serie Empresarial.
- AMA. (1960). Marketing Definitions. A Glossary of Marketing Terms". Committee on Definitions of the A.M.A. Chicago. American Marketing Association.
- Amaya, Y. (2010). *Procedimiento de evaluación del nivel de satisfacción de los usuarios de los servicios asistenciales* (Tesis de Maestría).
- Andaleeb, S. S., & Conway, C. (2006). Customer satisfaction in the restaurant industry: an examination of the transaction-specific model. *Journal of Services Marketing*, 3–11.
- Aranaz, J. M. (1994a). *La calidad asistencial: una necesidad en la práctica clínica. Gestión sanitaria y asistencia neurológica*. Barcelona: J R Prous Editores.
- Aranaz, J.M. (1994b). Calidad del servicio en el sector de la salud. Recuperado a partir de <http://www.uninet.edu/neurocon/congreso/html>. Acceso: septiembre de 2012.
- Beltrán, J., Carmona, M. A., Carrasco, R., Rivas, M. A., & Tejedor, F. (2003). *Guía para una gestión basada en procesos*. Andalucía, España: Imprenta Berekintza.
- Bergallo, C. (2011). Empresas de servicios y el rol clave de la calidad. *Revista Gestión y competitividad*.
- Beuzekom, M. V., Boer, F., Akerboom, S., & Hudson, P. (2010). Patient Safety: latent risk factors, *105* (1), 52–59.
- Bitner, M. (1990). Evaluating service encounters: The effects of physical surroundings and employee responses. *Journal of Marketing*, Vol. 54.
- Bolaños, R. (2008). Calidad en el servicio. Recuperado a partir de <http://www.gestiopolis.com/canales5/emp/pymecommx/35.htm>. Acceso: septiembre de 2012.

- Bolton, N. R., & Drew, J. (1991). A Multistage Model of Consumers Assessment of Service Quality and Value. *Journal of Customer Research*, 17.
- Borel, J., & Sivanto, M. (2008). Gestión de calidad en anestesiología, 66(1), 71–82.
- BSi Management Systems. (2002). A Guide for the Adoption of ISO 9001: 2000 in Healthcare. The Process Practice. Recuperado a partir de <http://www.bsibrasil.com.br/documentos/ISO9000InHealthcare.pdf>. Acceso: septiembre de 2012.
- Buttle, F. (1996). SERVQUAL: Review, Critique, Research Agenda. *European Journal of Marketing*.
- Cantú, H. (2001). *Desarrollo de una cultura de calidad* (Segunda.). México: McGraw- Hill.
- Carman, J. (1990). Consumer Perceptions of Service Quality: An Assessment of the SERVQUAL Dimensions. *Journal of Retailing*, Vol. 66. No. 1.
- Castillo, E. (2005). Escala Multidimensional SERVQUAL. Universidad del Bío-Bío, Chile. Recuperado a partir de <http://www.albaplataenequal.org/doc/doc58.pdf>. Acceso: octubre de 2012.
- Cerezo, P. (1997). La calidad del servicio como elemento estratégico para fidelizar al cliente. Recuperado a partir de <http://www.teleworkspain.com/Art012.htm>. Acceso: septiembre de 2012.
- Civera, M. (2008). *Análisis de la relación entre Calidad y Satisfacción en el ámbito hospitalario en función del modelo de gestión establecido* (Tesis Doctoral). Universidad Jaume.
- Codman E. (1916). A study in hospital efficiency. The first five years.
- Colectivo de autores. (2005). *Introducción a la Ingeniería*. La Habana, Cuba: Editorial Félix Varela.
- Colectivo de autores. (2006). *Manual de usuarios de SPSS Base 15.0*. Estados Unidos.
- Colectivo de autores. (2007). Programa de Gestión de la Calidad Hospitalaria del Hospital GAL.
- Collet, D., Lansier, P., & Ollivier, D. (1989). *Objectif zéro défaut. Mesure et qualité totale dans le tertiaire*. París: Ediciones E.S.F.
- Comité Central del Partido Lineamientos de la Política Económica y Social del Partido y la Revolución. Salud (2011).
- Comité permanente de los hospitales de la Unión Europea. (1997). La calidad de la atención hospitalaria. Seminario europeo del programa HOPE.

- Correia, S. M., & Miranda, F. G. (2010). Calidad y satisfacción en el servicio de urgencias hospitalaria: Análisis de un hospital de la zona centro de Portugal. *Revista Investigaciones Europeas de Dirección y Economía de la Empresa*, 16(2), 27–41.
- Cortés, M. E., & Iglesias, M. (2005). *Generalidades sobre Metodología de la Investigación*. México: UNACAR.
- Covas, D. (2009). *Diseño de un procedimiento para implantar el Modelo de Gestión Integrada de Capital Humano en empresas seleccionadas de la provincia de Cienfuegos* (Tesis de Grado). Universidad de Cienfuegos.
- Cronin, J. J., & Taylor, S. A. (1992a). Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension, 56.
- Cronin, J. J., & Taylor, S. A. (1992b). «SERVPERF versus SERVQUAL: Reconciling Performancebased and Perceptions - Minus - Expectations Measurement of Service Quality». *Journal of Marketing*, 58.
- Cronin, J. J., & Taylor, S. A. (1994). SERVPERF Versus SERVQUAL: Reconciling Performance-Based and Perceptions-Minus-Expectations Measurement of Service Quality, 58.
- Curbelo, D. (2010). *Diseño y aplicación de un instrumento para la evaluación del Contexto de Aprendizaje en organizaciones de avanzada del territorio de Cienfuegos* (Tesis de Grado). Universidad de Cienfuegos «Carlos Rafael Rodríguez», Cienfuegos.
- Curbelo, D., Pérez, M., & Varela, N. (2011). Diseño y aplicación de un instrumento para la evaluación del Contexto de Aprendizaje en organizaciones de avanzada del territorio de Cienfuegos. *Revista de Ingeniería Industrial*, 32, 123–131.
- Denton, D. (1991). *Calidad en el Servicio a los Clientes*. Madrid: Díaz de Santos.
- Diallo, O. (2009). *Procedimiento para la mejora de procesos en servicios turísticos. Aplicación en el Hotel Gran Caribe Jagua de Cienfuegos* (Tesis de Maestría). Universidad de Cienfuegos «Carlos Rafael Rodríguez».
- Díaz, R. (2006). *Interrelación entre imagen y comunicación en destinos turísticos* (Tesis de Doctorado).
- Díaz, Y., & Pons, R. (2009a). Conceptualización y modelización de la calidad de servicio percibida: Análisis crítico. *Revista Contribuciones a la Economía*. Recuperado a partir de <http://www.eumed.net/ce/2009b/>. Acceso: septiembre de 2012.

- Díaz, Y., & Pons, R. (2009b). Modelización y procedimiento de evaluación de la Calidad de servicios percibida en empresas cubanas de servicios. *Revista Observatorio de la Economía Latinoamericana*, (122). Recuperado a partir de <http://www.eumed.net/cursecon/ecolat/cu/2009/dgpg.htm>. Acceso: septiembre de 2012.
- Dirección Provincial de Salud de Cienfuegos. (2012). *Sistema de Salud en Cienfuegos. Caracterización y principales resultados*. Cienfuegos.
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quaterly*, 44, 166–206.
- Donabedian, A. (1980). Explorations in quality assessment and monitoring. The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor Mich.
- Donabedian, A. (1992). Evaluación de la Calidad de la Atención Médica. Investigaciones sobre servicios de Salud: una antología. 534. Washington DC. OPS/OMS., 382–404.
- Duque, E. J., Cervera, A., & Rodríguez, C. (2006). Estudio bibliométrico de los modelos de medición del concepto de calidad percibida del servicio en Internet. *Revista INNOVAR*, 16, 223– 243.
- Eiglier, P., & Langeard, E. (1989). *Servucción. El marketing de los servicios*. Madrid (España): McGraw- Hill.
- Espinosa, N., & Gómez, J. (1986). *Dirección de la Calidad*. ISPJAE.
- Evans, R., & Lindsay, W. (1999). *Administración y control de la calidad* (Cuarta ed.). Editorial Internacional Thomson Editores.
- Falcón, A. (2012a). *Balance de Trabajo del CEA*.
- Falcón, A. (2012b). Informe progreso CD4 1212.
- Falcón, A., Ordúñez, P. O., De Pazos, J. L., Molina, R. M., Alomá, D., & Navarro, V. R. (2011). Puesta en marcha del primer Centro Especializado Ambulatorio en Cuba. *Revista Cubana de Salud*, 37 (2), 184–187.
- Fernández, A. (2000). *Calidad en las empresas de servicios*.
- Fonseca, M. (2007). Manual de Organización y Procedimientos de la Oficina de Atención a la Población del Hospital GAL.
- Fonseca, M. (2012). Informe de Vigilancia de la Satisfacción.

- Fonseca, M., Arias, D., & Barletta, J. (2012). Evaluación del Programa de Seguridad Derechos del Paciente hospitalizado.
- Fonseca, M., Bécquer, C., Barletta, J., Arias, D., Gómez, Y., & Ponce, O. (2009). Programa para evaluar la satisfacción y elevar el prestigio del Hospital GAL: Algunos resultados de su implementación.
- Fonseca, M., Sardiñas, D., Lorenzo, Y., Alejo, Y., & Alfonso, Y. (2007). Expectativas con la atención de Urgencias HGAL.
- Frías, R. A. (2005). *Diseño y validación de un modelo de gestión del cliente interno en procesos hoteleros* (Tesis de Maestría). Universidad de Matanzas «Camilo Cienfuegos».
- Frías, R. A., & Cuétara, L. (1997). Evaluación de la calidad de los servicios turísticos .Proyecto Territorial de Ciencia y Técnica CITMA. Matanzas.
- Fung, D., & Cohen, M. (1998). Measuring patient satisfaction with anesthesia care: a review of current methodology. 87.
- Gálvez, P. (2011). *Cuestionario para evaluar la calidad de servicios deportivos: estudio inicial de las propiedades psicométricas* (Tesis Doctoral). Universidad de Málaga, Málaga, España.
- Garrido, L. E., Shih, P. C., & Martínez- Molina, A. (2012). *Evaluación de la Calidad Percibida de los servicios de biblioteca y archivo de la Universidad Autónoma de Madrid* (No. M-1294/2011 / Anexo). Madrid, España.
- Garvin, D. (1988). Competir en las ocho dimensiones de la calidad. *Harvard Deusto Business Review*.
- Garza, E. (2008). Mejoramiento de la calidad de servicios mediante el modelo de las discrepancias entre las expectativas de los clientes y las percepciones de la empresa.
- Geary, A., & Alan, B. (1995). *Improving Performance. How to Manage the White Space on the Organization Chart*. Jossey – Bass Publishers, San Francisco, California.
- Glenn, D. M., & Macario, A. (1999). Administración del quirófano: Una nueva oportunidad para el anestesiólogo.
- Gómez, M. (2001). Diseño del Servicio al Cliente. Ed. Universitaria CUJAE. Ciudad de La Habana.
- Gómez, M., Acevedo, J., & González, R. (2006). El diseño del servicio. *Construyendo la empresa integrada*. La Habana, Cuba: Ed. ISPJAE-UCI.
- González, E., & Fernández, M. (2006). El error médico. Eventos adversos. 74, 495–503.

- González, E., & Fernández, M. (2012). La seguridad como parte de la calidad en los servicios hospitalarios, 6(1). Recuperado a partir de http://www.actamedica.sld.cu/r1_12/seguridad.htm. Acceso: diciembre de 2012.
- González, E., Fernández, M., & Jiménez, D. (2010). Calidad en los servicios médicos en anestesiología: algunas consideraciones actuales. SCAR. Recuperado a partir de http://bvs.sld.cu/revistas/scar/vol_10_1_11/ane02111.htm. Acceso: noviembre de 2012.
- Grande, I. (1996). *Marketing de los Servicios*. Madrid: Editorial ESIC.
- Grönroos. (1994). *Marketing y Gestión de Servicio: La gestión de los momentos de verdad y la competencia de los servicios*. Madrid: Ed. Díaz de Santos.
- Grönroos, C. (1979). An Applied Theory for Marketing Industrial Service, *Industrial Marketing Management*, 8.
- Grönroos, C. (1981). Internal Marketing- An Integral Part of Marketing Theory, in *Marketing of Services*.
- Grönroos, C. (1982a). An applied service marketing theory. *European Journal of Marketing.*, Vol. 16. No. 7.
- Grönroos, C. (1982b). *Strategic Management and Marketing in the Service Sector*, Helsingfors: Swedish School of Economics and Business Administrations.
- Grönroos, C. (1983). Innovative Marketing Strategies and Organization Structures For Service Firm, in *Emerging Perspective on Service Marketing*, American Marketing Association.
- Grönroos, C. (1984). A Service Quality Model and Its Marketing Implications. *European Journal of Marketing.*, 18(4).
- Grönroos, C. (1987). Developing the Service Offering: A Source of Competitive Advantage.
- Grönroos, C. (1988). Service Quality: The Six Criteria of Good Perceived Quality, *Review of Business*, 9(3).
- Grönroos, C. (1990). *Service Management and Marketing*, Massachusetts: Lexington Books.
- Grudiz. (2011). Medir la calidad de un servicio: el modelo Servqual. Recuperado a partir de <http://www.pymesyautonomos.com/estrategia/medir-la-calidad-de-un-servicio-el-modelo-servqual>. Acceso: noviembre de 2012.
- Guetty, J. M., & Thompson, K. (1994). La Relación entre Calidad, Satisfacción e Intención de Recomendar el Servicio a Otros, 2(3).

- Gummerson, E. (1978). Toward a Theory of Professional Service Marketing, *Industrial Marketing Management*, 7.
- Gutiérrez, F. (2006). *Evaluación externa: grado de satisfacción y calidad de servicio*. Málaga, España: Oficina Defensor del Ciudadano.
- Haller, G., Stoelwinder, J., Myles, P. S., & McNeil, J. (2009). Quality and Safety Indicators in Anesthesia. *Anesthesiology* Quality and Safety Indicators in Anesthesia. *Anesthesiology*, 110, 1158–1175.
- Harrington, H. J. (1993). *Mejoramiento de los procesos de la empresa*. Editorial Mc Graw Hill Interamerican S.A. México DF.
- Healy, S. (1988). Health Care Quality Assurance. *Terminology*, 1, 20–31.
- Hernández, A. (2000). Calidad en las empresas de servicios. Centro para la Calidad en Asturias.
- Hernández, D. (2011). Hospitales del sector salud: dirección y gestión efectivas para la mejora continua de los servicios médicos. Recuperado a partir de <http://www.monografias.com>
- Hernández, J. (2004). Marketing de servicios. Recuperado a partir de <http://www.gestiopolis.com/recursos/documentos/fulldocs>. Acceso: septiembre de 2012.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (1998). *Metodología de la Investigación* (Edición Segunda.). México: McGraw-Hill Interamericana Editores, S. A. de C. V.
- Herrera, Y. (2007). *Diseño de un instrumento para la evaluación del desempeño hospitalario. Hospital Pediátrico Universitario «William Soler»* (Tesis de Maestría). Instituto Superior Politécnico José Antonio Echeverría (CUJAE), La Habana, Cuba.
- Hong Qin, B. (2009). *Links among perceived service quality, patient satisfaction and behavioral intentions in the urgent care industry: empirical evidence from college students* (Tesis Doctoral). Universidad del Norte de Texas.
- Instituto Argentino de Normalización IRAM. (2003). Guía para la interpretación de la norma ISO 9001:2000 en organizaciones de salud.
- Iraola, M. D., Fernández, D., Liriano, J. C., Rodríguez, G., Rodríguez, A., & Rojas, O. (2004). Satisfacción de los pacientes atendidos en urgencias y posteriormente hospitalizados en un hospital universitario cubano. *Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias*, 16, 252–257.

- Iraola, M. D., Ordúñez, P. O., Rojas, O., Liriano, J. C., Famada, C., Alvarado, L., & Monzón, R. (2005). Satisfacción en el servicio de urgencias. Informe de usuarios. *Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias*, 5, 2–3.
- Ishikawa. (1997). ¿Qué es el Control Total de la Calidad?.
- Jardali, F., Dimassi, H., Jamal, D., Jaafar, M., & Hemadeh, N. (2011). Predictors and outcomes of patient safety culture in hospitals, 11–45.
- Jiménez, R. (2004). Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual. *Revista Cubana de Salud Pública*, 30(1).
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). (1996). *Manual de acreditación para hospitales*. S.A.
- Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO). (1991). Características de los Indicadores Clínicos. Control de Calidad Asistencial. 6, 65–79.
- Judd, R. (1964). The case for redefining services. *Journal of Marketing*, Vol. 28.
- Kafati, A. (2001). Calidad total en el servicio al cliente. Instituto Nacional de Formación Profesional. Recuperado a partir de <http://www.infomipyme.com/Docs/GT/Offline/administracion/calidadserviciocliente.html>. Acceso: septiembre de 2012.
- Kohler, H. (1994). *Statistics for business and economics*. New York: Harper Collins Publishers.
- Kohn, L., Corrigan, J., & Donaldson, M. (2011). To erris human. Building a safer health care system. Recuperado a partir de <http://www.nap.edu/openbook.php?Isbn=0309068371>. Acceso: noviembre de 2012.
- Labouchex, V. (1990). *Tratado de la Calidad Total*. Madrid: Artes Gráficas. Cofás S.A.
- Landro, L. (2012). Ten Ways Patients Get Treated Better. Recuperado a partir de <http://online.wsj.com/article/SB10001424127887324296604578179723798981586.html>. Acceso: diciembre de 2012.
- Lehtinen, J. (2001). Compañía de servicios orientada al cliente. Editorial Espoo. Finlandia.
- Lehtinen, U. (1983). Service quality: a study of quality dimensions. Service Management Institute. Finlandia.
- López, Z. (2011). *Mejora del proceso de prestación del servicio en el Ranchón «El Compay» de la UEB el Mediterráneo* (Tesis de Maestría). Universidad de Matanzas «Camilo Cienfuegos».

- Macario, A. (1995). Defining value in health care: outcomes. In Macarios A, Lang A. Health economics and practice management in ansthesia.
- Macario, A., & Vasanawala, A. (2001). Improving quality of anesthesia care: opportunities for the new decade/Améliorer les soins anesthésiques: perspectives de la prochaine décennie. 48, 6–11.
- Mapa de procesos del Hospital General Universitario GAL. (2010).
- Marenco, M. L. (2002). Gestión de calidad en un servicio de anestesiología, 7(2), 61–67.
- Marín, J. (2002). Análisis discriminante. *Estadística: Prácticas de ordenador con SPSS para Windows*.
- Martínez, M. de J. (2006). *La Calidad del Servicio Percibida en Entornos Virtuales de Formación Superior* (Tesis Doctoral). Universidad de Barcelona, España.
- Martínez, S. (2011). Calidad de Servicio con SERVQUAL en la Práctica. Recuperado a partir de <http://smartinez.me/2012/01/calidad-de-servicio-con-servqual-en-la-practica/>. Acceso: noviembre de 2012.
- Martínez-Tur, V., Peiró, J. M., & Ramos, J. (2001). *Calidad del servicio y satisfacción del cliente: una perspectiva psicosocial*. Madrid: Síntesis.
- Masiá, A. (2004). *Cirugía Mayor Ambulatoria. Experiencia, valoración y resultados de la Unidad de Cirugía sin Ingreso del Servicio de Cirugía General del Hospital Arnau de Vilanova* (Tesis Doctoral). Universidad de Valecia, España.
- Mendoza, J. A. (2006). Fundamentos teóricos sobre la calidad de servicio. Recuperado a partir de www.monografias.com. Acceso: septiembre de 2012.
- Ministerio de Salud Pública Programa para el Perfeccionamiento Continuo de la Calidad de los servicios hospitalarios, Anexo a la Resolución Ministerial No. 145/2007 (2007).
- Ministerio de Salud Pública. (2013). Objetivos de Trabajo del Ministerio de Salud Pública para el año 2013.
- Mira, J. J., & Aranaz, J. (2000). La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Revista Medicina Clínica*, 26–33.
- Mira, J. J., Lorenzo, S., Rodríguez-Marín, J., Aranaz, J. M., & Sitges, E. (1998a). La gestión de la mejora continua de la calidad: aplicaciones al sector sanitario. 13.

- Mira, J. J., Lorenzo, S., Rodríguez-Marín, J., Aranaz, J., & Sitges, E. (1998b). La aplicación del Modelo Europeo de gestión de la Calidad Total al sector sanitario : ventajas y limitaciones, *13*, 92–97.
- Mira, J. J., Lorenzo, S., Rodríguez-Marín, J., Buil, J. A., Castell, M., & Vitaller, J. (1998). SERVQHOS: un cuestionario para evaluar la calidad percibida de la atención hospitalaria. *Medicina Preventiva*, *4*(4), 12–18.
- Molina, M. (2012). Plan de Calidad de Área Quirúrgica.
- Monttor, J. (2011). Modelo SERVQUAL – Medición de la calidad del servicio. Recuperado a partir de <http://emprendedorenred.com/modelo-servqual-medicion-de-la-calidad-del-servicio/>. Acceso: noviembre de 2012.
- Morales, A. (2008). Sistema para la gestión de la Calidad basado en Calidad de Servicio. Universidad de Carabobo.
- Morales, M., Hernández, A., & Blanco, A. (2009). Evaluación de la calidad en organizaciones deportivas: Adaptación del modelo Servqual. *Revista de Psicología del Deporte*, Vol. 18. No. 2. Recuperado a partir de http://portal.inder.cu/index.php/servicios/gestor-de-documentos/doc_details/263-evaluacion-calidad-servqualpdf. Acceso: octubre de 2012.
- Moreno, M. (2010). Procedimiento para la medición de la calidad percibida, mejoramiento y control de los servicios de Desoft S.A. Aplicación en la División Desoft Villa Clara.
- Moreno-Luzón, M. D., Peris, F. J., & González, T. F. (2001). Gestión de la Calidad y Diseño de Organizaciones: Teoría y estudio de casos.
- Morin, F., & Jallais, J. (1991). La qualité dans le commerce. Du service, au service du client. Rapport du groupe de travail de L’Institut du Commerce ET de la Consommation: Le Commerce ET l’Information du Consommateur.
- Nava, M. (2002). La Calidad del Servicio. Tucker Energy Services. Recuperado a partir de http://www.calidad.org/public/articles/1026908824_marbel.htm. Acceso: octubre de 2012.
- Nguyen, N. (1991). Un modele explicatif de l’évaluation de la qualité d’un service: une etude empirique. *Recherche et Applications en Marketing*, Vol. VI. No. 2.
- Nightingale, F. (1860). Notes on nursing: what it is and what is not. New York.
- Oficina de Atención a la Población (DPS). (2012). Informe al Consejo de Dirección de Oficina de Atención a la Población.

- Oficina Nacional de Normalización Orientación sobre las técnicas estadísticas para la Norma ISO 9001: 2000., NC ISO/TR 10017:2005 (2005).
- Organización Internacional de Normalización Sistema de Gestión de la Calidad- Fundamentos y vocabulario. , ISO 9000: 2000 (2000).
- Organización Internacional de Normalización Orientación acerca del enfoque basado en procesos para los sistemas de gestión de la calidad. , ISO/TC 176/SC 2/N 544R (2001).
- Organización Internacional de Normalización Sistema de Gestión de la Calidad- Requisitos. , ISO 9001: 2008 (2008).
- Organización Mundial para la Salud (OMS). (2009). Una lista de verificación de la seguridad quirúrgica reduce en una tercera parte el número de muertes y complicaciones asociadas a cirugía. Programa “Safe Surgery Saves Lives”. Recuperado a partir de http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2009/safe_surgery_20090114/es/. Acceso: noviembre de 2012.
- Oteo, L. A., & Hernández, J. F. (1998). Rediseño de/en organizaciones sanitarias: de la teoría a la práctica.
- Parasuraman, A. V. ., Zeithaml, V. ., & Berry, L. . (1985). A Conceptual Model of Service Quality and its Implications For Future Research, 49.
- Parasuraman, A. V. ., Zeithaml, V. ., & Berry, L. . (1988). SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality, *Journal of Retailing*, 64(1).
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. (1993a). Calidad Total en la gestión de los servicios. Ed. Díaz de Santos.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. (1993b). More on improving service quality measurement. *Journal of Retailing*, Vol. 69. No. 1.
- Parasuraman, Zeithaml, & Berry. (1985). Quality Counts in Services, Too. *Business Horizons*.
- Parra, C. (2005). Folleto de Gestión de los Servicios. Universidad de Matanzas «Camilo Cienfuegos».
- Pascual, C. (2000). Servqual: un instrumento para medir la calidad de los servicios. Asociación Española para la Calidad. Recuperado a partir de http://www.rebiun.org/opencms/opencms/handle404?exporturi=/export/docReb/biblio_servq ual.pdf&%5d. Acceso: octubre de 2012.

- Peel, M. (1999). *Cultura de servicios y calidad percibida. Mercadeo y ventas*. Bilbao: Ediciones Deusto, S.A.
- Phillips, P., Carson, K., & Roe, W. (1998). Toward understanding the patient's perception of quality. *Health Care Superv.*, 16(3), 36–42.
- Pons, R., & Villa, E. (2005). *Metodología de la Investigación Científica* (Universidad de Cienfuegos.).
- Pons, R., & Villa, E. (2006). *Gestión por procesos*. Universidad de Cienfuegos, Cuba.
- Ramos, B. N. (2004). *Control de Calidad de la Atención de Salud*. La Habana, Cuba: Editorial Ciencias Médicas.
- Rangel, R. B. (2005). *Diseño e Implementación de un Sistema de gestión de la Calidad en la Oficina Nacional de Administración Tributaria* (Tesis de Maestría). Universidad de Matanzas (Camilo Cienfuegos).
- Rathmell, J. (1974). Marketing in the services sector. Winthrop Publisher Inc. Cambridge.
- Regan, W. (1963). The service revolution. *Journal of Marketing*.
- Riveros, J., & Berné, C. (2007). Análisis de la opinión de usuarios sobre calidad percibida y satisfacción con hospitales públicos: Estudio de caso desde la perspectiva de la aplicación del marketing. *Revista Médica de Chile*, 135. Recuperado a partir de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872007000700006&script=sci_arttext. Acceso: noviembre de 2012.
- Rodríguez, A. (2007). Elaboración del marco teórico referencial que sustente la aplicación de la metodología SERVPERF para la gestión de la calidad en una empresa de servicios. Recuperado a partir de <http://www.monografías.com>. Acceso: noviembre de 2012.
- Rojas, F. (2000). Situación, sistemas y recursos humanos en salud para el desarrollo en Cuba. *Revista Cubana de Salud*, 2, 157– 169.
- Romero, R. P. (2011). *Evaluación de la calidad percibida en los centros de atención infantil temprana de la provincia de Málaga* (Tesis Doctoral). Universidad de Málaga.
- Ruiz, P., & Alcalde, J. (2005). *Gestión de Procesos Asistenciales. Gestión Clínica en Cirugía*. Arán Editores. Madrid.
- Salinas, M. (2007). Modelos de Regresión y Correlación IV. Correlación de Spearman. *Revista Ciencia & Trabajo, Julio-Septiembre*, 143–145.

- Salvador, M. (2000). Lecciones de Estadística: Análisis discriminante. Recuperado a partir de <http://www.5campus.com/leccion/discr>. Acceso: diciembre de 2012.
- Sangüesa, M. (2006). Manual de Gestión de la Calidad. Recuperado a partir de <http://mediateca.rimed.cu/media/document/2216.pdf>. Acceso: octubre de 2012.
- Santos, M. A., Ordúñez, P. O., Bécquer, C., & Rocha, J. F. (2003). Sistema de Vigilancia de la Satisfacción para el Hospital GAL de Cienfuegos.
- Schroeder, R. G. (1992). *Administración de operaciones* (Tercera ed.). México DF: Ed. Mac Graw Hill.
- Shahin, A. (2006). SERVQUAL and model of service quality gaps: A framework for determining and prioritizing critical factors in delivering quality services. *Service quality – An introduction* (pp. 117–131).
- Sociedad Latinoamericana para la Calidad. (2000). Análisis de Costo/Beneficio.
- Solanelles, M. (2003). El mercadeo y los servicios de información. Recuperado a partir de http://www.bvs.sld.cu/revistas/aci/vol11_4_03/aci05403.htm. Acceso: octubre de 2012.
- Sower, V., Duffy, J., Kilbourne, W., Kohers, G., & Jones, P. (2001). The dimensions of services quality for hospitals: development and use of the K Q CAH scale, 26(2), 47–59.
- Szantho, G. (2001). Definiciones respecto al error en medicina. 129, 1466–1469.
- Teas, R. K. (1993). Expectations as a Comparison Standard in Measuring Service Quality: An Assessment of a Reassessment. *Journal of Marketing*, Vol.58.
- Tejero, J. M., Gutiérrez, R., Rubio, M., Hernández, S., & Serrano, M. V. (2010). La calidad percibida como motor de mejora de las organizaciones sanitarias: Análisis de las reclamaciones de los usuarios como herramienta de mejora de la calidad percibida en la atención sanitaria. Presentado en XXVIII Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial, Santiago de Compostela, España.
- Theas. (1993). Expectations, Performance Evaluation, and Consumers Perceptions of Quality, 57.
- Valls, W., Vigil, E., Yera, K., & Romero, A. (2002). Modelo RESORTQUAL para la Evaluación de la Calidad Percibida del Servicio en un destino Turístico de Sol y Playa.
- Varo, J. (1994). *Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria*. Madrid (España): Díaz de Santos.
- Vialog Group Communications. (2004). Introduction to Process Redesign. Ed. VIALOG, Segunda edición. USA.

- Villalbí, J. R., Ballestín, M., Casas, C., & Subirana, T. (2012). Gestión de calidad en una organización de salud pública. *GAC Sanit*, 379–382.
- Villegas, M. M., & Rosa, I. M. (2003). La Calidad asistencial: concepto y medida.
- Viveros, R. (2002). Calidad en medicina de urgencia, una necesidad de nuestros días. *Parte 1*, 1(1), 31–36.
- Vuori, H. V. (1996). *El control de calidad en los servicios sanitarios. Concepto y metodología*. Barcelona: Masson S.A.
- Wigodski, J. (2003). ¿Qué es SERVQUAL? *Revista Biomédica. MEDWAVE*. Recuperado a partir de <http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Enfermeria/Nov2003/2763>. Acceso: noviembre de 2012.
- Yesilada, F., & Direktör, E. (2010). Health care service quality: A comparison of public and private hospitals. *African Journal of Business Management*, Vol. 4, 962–971.
- Zamudio, M., Cardoso, M., & Santos, W. (2005). El uso del Servqual en la verificación de la calidad de los servicios de unidades de información: el caso de la Biblioteca del IPEN. *Revista Interamericana de Bibliotecología*, Vol. 28. No. 2.
- Zapata, L. E. (2004). *Los determinantes de la Generación y la Transferencia de Conocimientos en Pequeñas y Medianas Empresas del Sector de las Tecnologías de la Información de Barcelona* (Tesis de Doctorado). Universidad Autónoma de Barcelona.
- Zeithaml, V. A., Berry, L., & Parasuraman, A. (1988). Communication and Control Processes in Delivery of Service Quality. *Journal of Marketing*, Vol. 52, 46.



Anexos

Anexo 1: Características de los servicios

Fuente: Elaboración propia

Características de los servicios	Descripción
Intangibilidad	Los servicios no son objetos físicos, aunque como ya se ha señalado, pueden estar asociados a estos. Su mayor o menor peso específico dependerá siempre del tipo de servicio de que se trate (Frías, 2005). No son objetos, son más bien resultados (Civera, 2008). Son prestaciones y experiencias más que objetos (Gálvez, 2011).
Heterogeneidad	Se refiere a la imposibilidad de generalizarlos. Están sujetos a una alta variabilidad. Los servicios están sometidos a una alta dependencia, directa o indirecta, del factor humano (Frías, 2005), los resultados varían con frecuencia según el proveedor y el consumidor (Gálvez, 2011). Por lo anterior, es difícil asegurar una calidad uniforme dado que lo que la empresa cree prestar puede ser muy diferente de lo que el cliente percibe que recibe de ella (Civera, 2008).
Inseparabilidad o simultaneidad entre producción y consumo	Coincidencia del tiempo de producción y el tiempo de consumo (Frías, 2005). El servicio se elabora, comercializa y consume al mismo tiempo por lo que la calidad de los servicios se produce durante su entrega o prestación (Gálvez, 2011).
Producción del valor esencial en la interacción comprador- vendedor	Es en el momento de la interacción cliente- proveedor en que se da el servicio y en este se debe centrar la atención por la caducidad que le caracteriza mientras en el caso de los bienes físicos el valor esencial se produce en la fábrica (Grönroos, 1994).

Mayor participación del cliente	El cliente es esencial dado que participa en la producción del servicio mientras en el caso de los bienes físicos los clientes normalmente no están presentes en el proceso productivo (Grönroos, 1994).
Logro de un proceso o actividad	El resultado de la producción es un bien físico y en los servicios se trata de un proceso o actividad (Grönroos, 1994) con cierto valor para las dos partes que participan, o sea, para clientes y proveedores.
Caducidad o carácter perecedero	Los servicios son perecederos puesto que no pueden almacenarse, es decir, pueden repetirse pero no recobrase (Gálvez, 2011).
Propiedad temporal e intransferible	Como consecuencia del carácter perecedero, al adquirir un bien de consumo el usuario posee la propiedad del bien, mientras que en el caso de los servicios, el usuario sólo disfruta de los mismos de forma temporal (Gálvez, 2011).

Anexo 2: Modelos de gestión de la calidad de los servicios

Fuente: Elaboración propia

Modelos basados en la percepción del desempeño (Escuela Norteamericana)

Modelo de la SERVUCCIÓN

Este modelo destaca que la Servucción es un Sistema de Gestión desarrollado para su aplicación en la producción de servicios, de ahí su nombre: SERVUCCIÓN, o sea producción de servicios. Insiste en que si una de las condiciones de la fabricación de productos es tener todo el proceso planificado, controlado y cuantificado, en el contexto de los servicios se debería aspirar a ello (Civera, 2008).

Este modelo presenta la producción de servicios como la organización sistemática y coherente de todos los elementos físicos y humanos de la relación cliente-empresa necesaria para la realización de una prestación de servicios cuyas características comerciales y niveles de calidad han sido determinados (Eiglier y Langeard, 1989: 12).

En cuanto a ello se destaca que el soporte físico y el personal son sólo la parte visible de la empresa de servicios, estos se encuentran condicionados a su vez por el propio sistema organizativo interno de la empresa y en su producción pueden participar varios clientes prestos a establecer relaciones entre ellos (Civera, 2008). Lo anterior queda representado en la Figura 1.

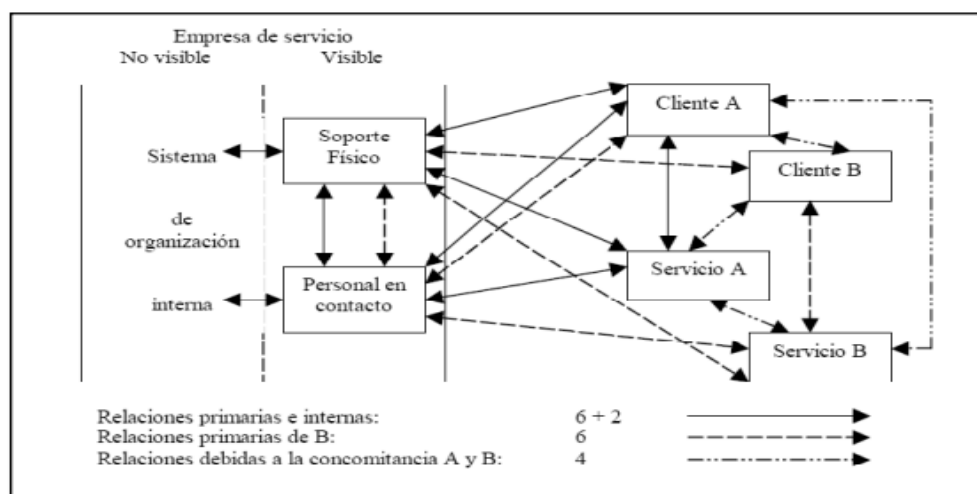


Figura 1: Modelo de la SERVUCCIÓN

Fuente: (Eiglier y Langeard, 1989)

Modelo SERVPERF

El modelo SERVPERF está inspirado en el modelo SERVQUAL que se explica más adelante. Este no sólo hace énfasis en el desempeño percibido del servicio prestado como concepto definitorio de la calidad del servicio, sino que privilegia, además la relación entre la satisfacción del consumidor, la calidad del servicio y las intenciones de repetir la compra, dependientes de los componentes de la calidad del servicio prestado; esta particularidad se observa en la Figura 2.

Se va totalmente del lado de la medición, quizás bajo el criterio de que para gestionar la calidad hay que saber, para saber hay que medir y llegar así a la conclusión de que lo que no se mide no se gestiona (Frías, 2005).

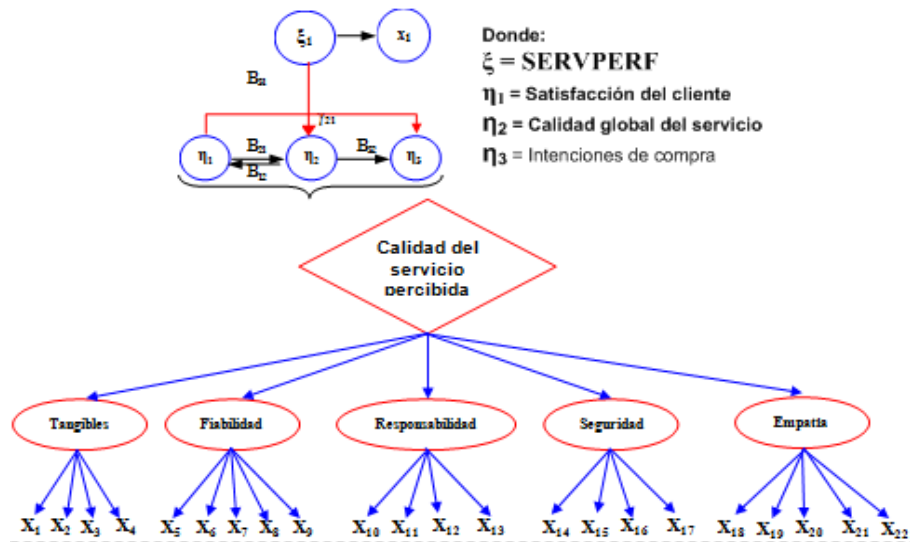


Figura 2: Modelo SERVPERF

Fuente: (Cronin y Taylor, 1992)

Al realizar la evaluación de la calidad percibida considerando este modelo se tiene en cuenta los mismos criterios del SERVQUAL, pero con orientación solamente a las percepciones.

Modelo LODGQUAL

El modelo al igual que el anterior articula mediante un modelo estructural a la calidad del servicio con la satisfacción del cliente externo y las intenciones de recomendar el servicio a otros.

La Figura 3 muestra las posibles combinaciones de componentes de la calidad de servicios (X_1 , X_2 y X_3) y su relación con la calidad que percibe el cliente (Y_1 , Y_2). Lograr que el cliente llegue a realizar recomendaciones luego de haber recibido un servicio con calidad que le hace sentir satisfechos es el objetivo principal de este modelo.

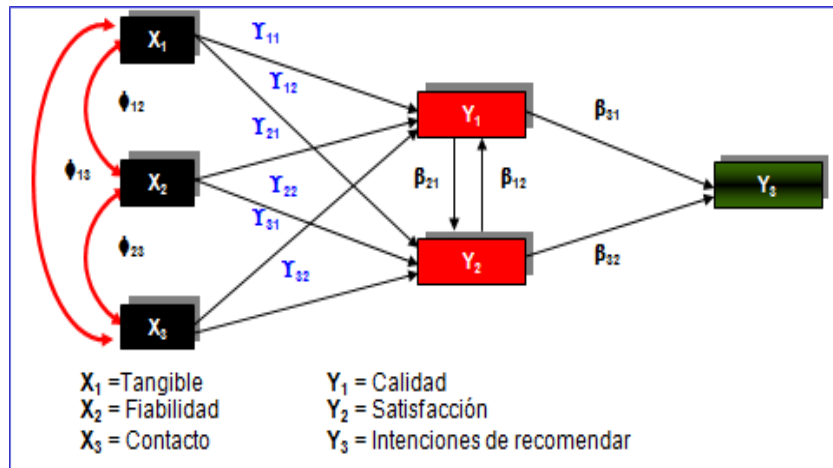


Figura 3: Modelo LODGQUAL

Fuente: (Guetty y Thompson, 1994)

🚦 Modelo de Estructura Jerárquica

Este modelo se resume en lo siguiente, según Frías (2005):

- El servicio se puede definir como un conjunto de atributos (A), dimensiones o incidentes críticos.
- Los atributos son la ventaja buscada por el cliente en correspondencia con los costos del servicio y el grado de satisfacción que éstos le pueden proporcionar y se estructuran en características (C). El modelo propuesto responde a esta exigencia.
- Los clientes detentan un conjunto de creencias sobre el grado de presencia de los atributos en cada servicio evaluado.
- Los clientes tienen una función de utilidad correspondiente a cada atributo que asocian al grado de satisfacción o de utilidad esperada con el grado de presencia del atributo en el servicio.
- La percepción del cliente está estructurada, es decir, se apoya en un proceso de tratamiento de la información recibida con respecto al servicio.

En la Figura 4 se pueden apreciar los aspectos que definen este modelo.

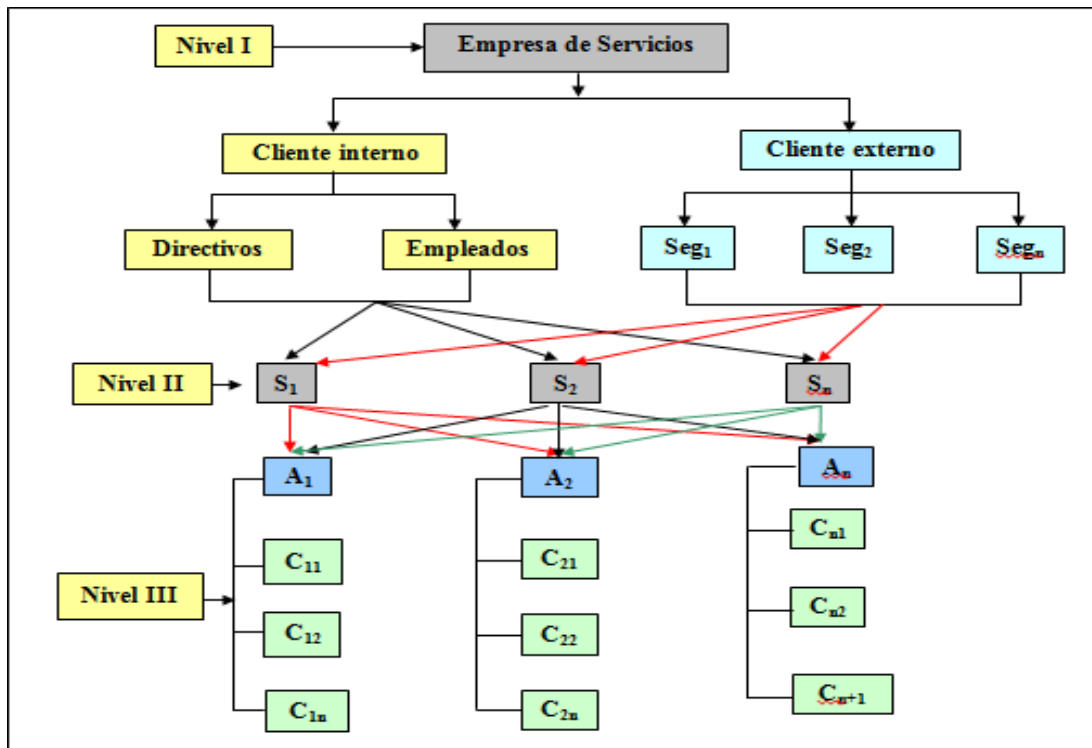


Figura 4: Modelo de ESTRUCTURA JERÁRQUICA

Fuente: (Frías y Cuétara, 1997)

Modelos basados en el paradigma de las discrepancias o de la disconformidad (Escuelas Nórdica y Norteamericana)

Modelo de la Imagen

El autor desarrolla este modelo siguiendo la línea de Lewis y Booms (1983) y al igual que el anterior, también se basa en el paradigma de las discrepancias y concibe también la calidad como la diferencia entre expectativas (E) y percepciones (P), sólo que centra su interés en cómo esta discrepancia se proyecta a través de la imagen, la cual se construye a partir de la distinción que el autor realiza entre calidad técnica y calidad funcional (Frías, 2005).

Para la gestión de la calidad, Grönroos (1984) considera necesarias las etapas que se muestran en la Figura 5.

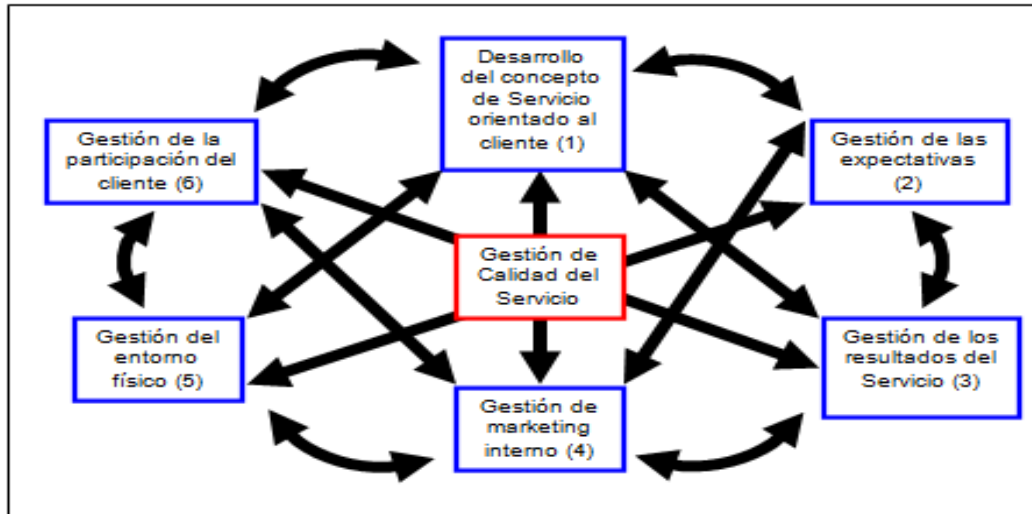


Figura 5: Etapas del desarrollo del servicio según Modelo de la Imagen

Fuente: (Grönroos, 1984)

A su vez este autor, respondiendo a sus criterios ya presentados como parte de los distintivos de la Escuela Nórdica visualiza la calidad técnica y la funcional en su relación con la imagen corporativa como aparece en la Figura 6.

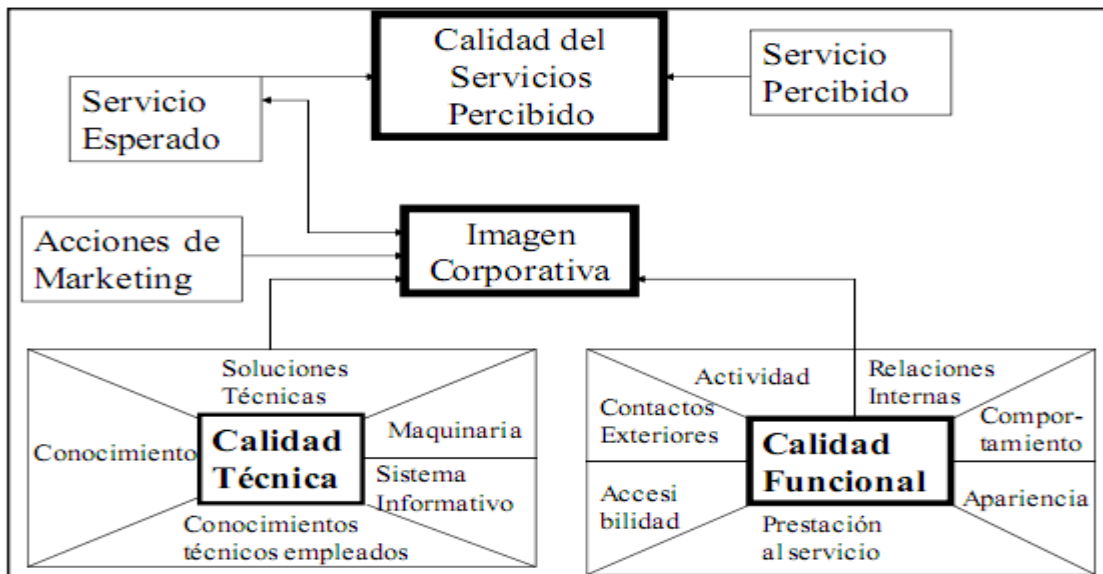


Figura 6: Modelo de Grönroos

Fuente: (Grönroos, 1988)

Como se deduce de un análisis de la figura anterior la calidad técnica se traduce en soluciones técnicas apropiadas, conocimientos y conocimientos técnicos empleados, maquinaria y sistema

informativo; mientras la calidad funcional va a la prestación del servicio, la apariencia, el comportamiento, las relaciones internas, la actividad propiamente, contactos exteriores y accesibilidad. Ambas y las acciones de marketing que se desarrollen condicionan la imagen de la organización que tienen los clientes en función de la comparación entre servicio esperado y recibido, o sea de la calidad percibida.

Modelo Multiescenario

Este modelo introduce elementos nuevos tales como los conceptos de valor del servicio, comportamiento e intenciones del cliente, de recomendar el servicio a otros o de repetir la compra. Refleja la idea ya vista en modelos anteriores de articular calidad-valor del servicio-satisfacción-variables de comportamiento (Frías, 2005). En la Figura 7 se muestra una panorámica acerca de este modelo.

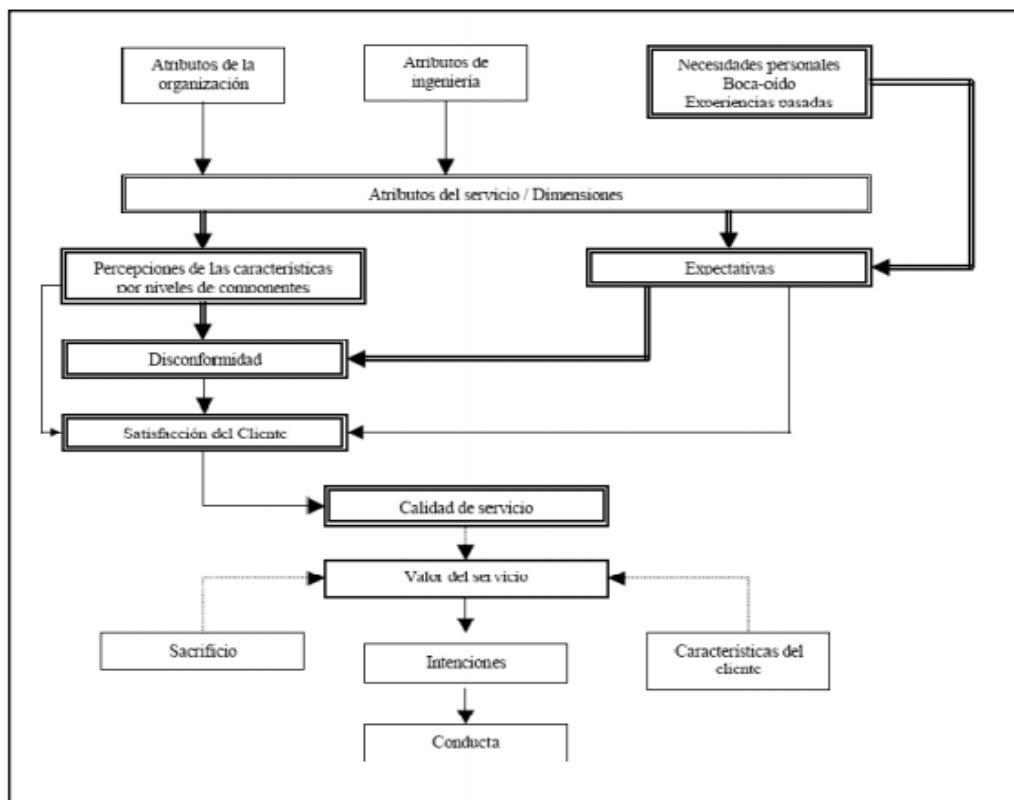


Figura 7: Modelo Multiescenario

Fuente: (Bolton y Drew, 1991)

La calidad del servicio es una actitud frente a la empresa y todos sus servicios, mientras que la satisfacción se expresa con respecto al servicio ofrecido localmente, y es de la calidad de servicios percibida de la que se derivan intenciones de comportamiento (Civera, 2008).

Modelo del Desempeño Evaluado

Lo que distingue a este modelo es que el autor lo fundamenta a partir de la teoría de los modelos actitudinales clásicos de punto ideal. Por eso, en vez de usar a las expectativas como estándar de comparación, utiliza lo que él llama punto ideal clásico y punto ideal factible. Pero aquí también la calidad percibida se concibe como la diferencia entre desempeño percibido del servicio prestado y el punto ideal (Frías, 2005).

En la Figura 8 se presenta un esquema de este modelo que permite entender los razonamientos que acompañan al mismo.

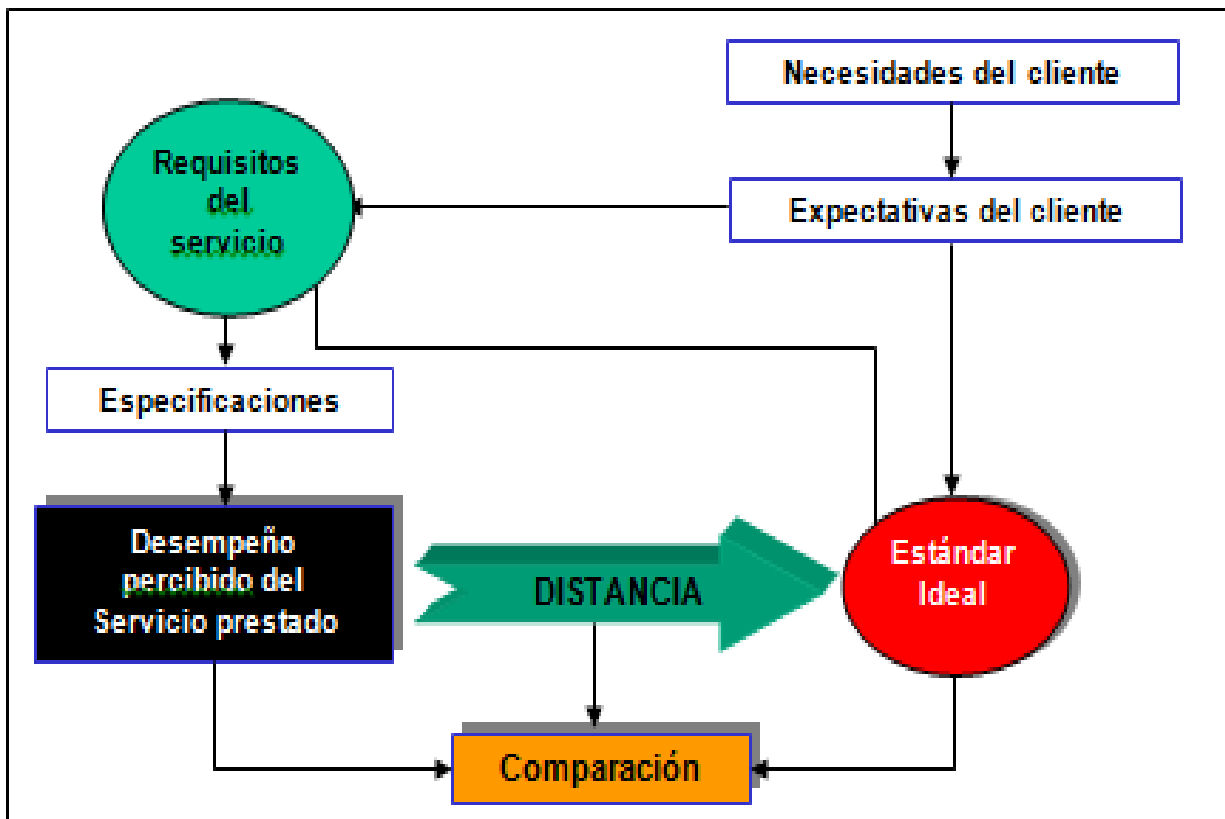


Figura 8: Modelo del Desempeño Evaluado

Fuente: (Theas, 1993)

Modelo SERVQUAL

SERVQUAL se basa también en el paradigma de la disconformidad y sus autores han creado la teoría de los Cinco Gaps que constituyen la esencia del modelo. Los estudios al respecto iniciaron con las publicaciones de Parasuraman, Zeithaml, y Berry (1985) que luego fueron enriqueciendo con posteriores trabajos en 1988 y 1993, por citar los más importantes. La teoría de estos autores se basa en la identificación de los problemas que llevan a una organización a la prestación de un servicio de no calidad, con objeto de una vez conocidos los motivos del problema, encontrar soluciones y establecer programas de actuación (Civera, 2008).

Las principales deficiencias a las que hacer referencia el modelo y que fueron identificadas por los autores mencionados son:

- GAP 1: Discrepancia entre las expectativas de los clientes (usuarios) y las percepciones que la empresa tiene sobre esas expectativas (directivos).

Una de las principales razones por las que la calidad de servicio puede ser percibida como deficiente es no saber con precisión qué es lo que los clientes esperan. El GAP 1, Gap de Información de Marketing, es el único que traspasa la frontera que separa a los clientes de los proveedores del servicio y surge cuando las empresas de servicios no conocen con antelación que aspectos son indicativos de alta calidad para el cliente, cuales son imprescindibles para satisfacer sus necesidades y que niveles de prestación se requieren para ofrecer un servicio de calidad (Frías, 2005).

Por tanto, se presenta dada la inexistencia de una cultura orientada a la investigación de marketing, inadecuada comunicación vertical ascendente en la empresa y existencia de excesivos niveles jerárquicos de mando (Parasuraman, Zeithaml, y Berry, 1993).

- GAP 2: Discrepancia entre la percepción que los directivos tienen sobre las expectativas de los clientes y las especificaciones o normas de calidad.

Hay ocasiones en las que aun teniendo información suficiente y precisa sobre qué es lo que los clientes esperan, las empresas de servicios no logran cubrir esas expectativas. Que se sepa lo que los consumidores quieren, pero no se convierta ese conocimiento en directrices claras y

concisas para la prestación de los servicios puede deberse a varias razones: insuficiente compromiso de la dirección con la calidad del servicio, percepción de inviabilidad para el cumplimiento de las expectativas del cliente, errores en el establecimiento de las normas o estándares para la ejecución de las tareas y ausencia de objetivos claros (Parasuraman, Zeithaml, y Berry, 1993).

- GAP 3: Discrepancia entre las especificaciones de la calidad del servicio y la prestación del servicio.

Conocer las expectativas de los clientes y disponer de directrices que las reflejen con exactitud no garantiza la prestación de un elevado nivel de calidad de servicio. Si la empresa no facilita, incentiva y exige el cumplimiento de los estándares en el proceso de producción y entrega de los servicios, la calidad de estos puede verse dañada. Así pues, para que las especificaciones de calidad sean efectivas han de estar respaldadas por recursos adecuados (persona, sistemas y tecnologías) y los empleados deben ser evaluados y recompensados en función de su cumplimiento (Frías, 2005).

El origen de esta deficiencia se encuentra, entre otras en las siguientes causas: conflictos funcionales, desajuste entre la tecnología y las funciones, sistemas inadecuados de supervisión y control, falta de control percibido y ausencia de sentido de trabajo en equipo (Parasuraman et al., 1993).

- GAP 4: Discrepancia entre el servicio real y lo que se comunica a los clientes sobre él. (Discrepancia entre la prestación del servicio y la comunicación externa)

Este gap significa que las promesas hechas a los clientes a través de la comunicación de Marketing no son consecuentes con el servicio suministrado. La información que los clientes reciben a través de la publicidad, el personal de ventas o cualquier otro medio de comunicación puede elevar sus expectativas, con lo que superarlas resultará más difícil. Se debe prestar especial atención a la comunicación.

- GAP 5: Diferencia entre las expectativas y percepciones de los consumidores.

Es este el conclusivo del modelo, resultante de la presencia del resto y constituye para Parasuraman, Zeithaml, y Berry (1985) la única medida de la calidad del servicio.

Este modelo (Figura 9) muestra cómo surge la calidad de los servicios y cuáles son los pasos que se deben considerar al analizar y planificar la misma. En la parte superior se recogen aspectos relaciones con el cliente o usuario, el cual en función de sus necesidades personales, sus experiencias previas y las informaciones que ha recibido, se forma unas expectativas sobre el servicio que va a recibir. La parte inferior incluye sobre el servicio que va a recibir: fenómenos relativos al proveedor del servicio, concretamente se expone como las percepciones de los directivos sobre las expectativas del cliente guían las decisiones que tiene que tomar la organización sobre las especificaciones de la calidad de los servicios en el momento de su comunicación y entrega.

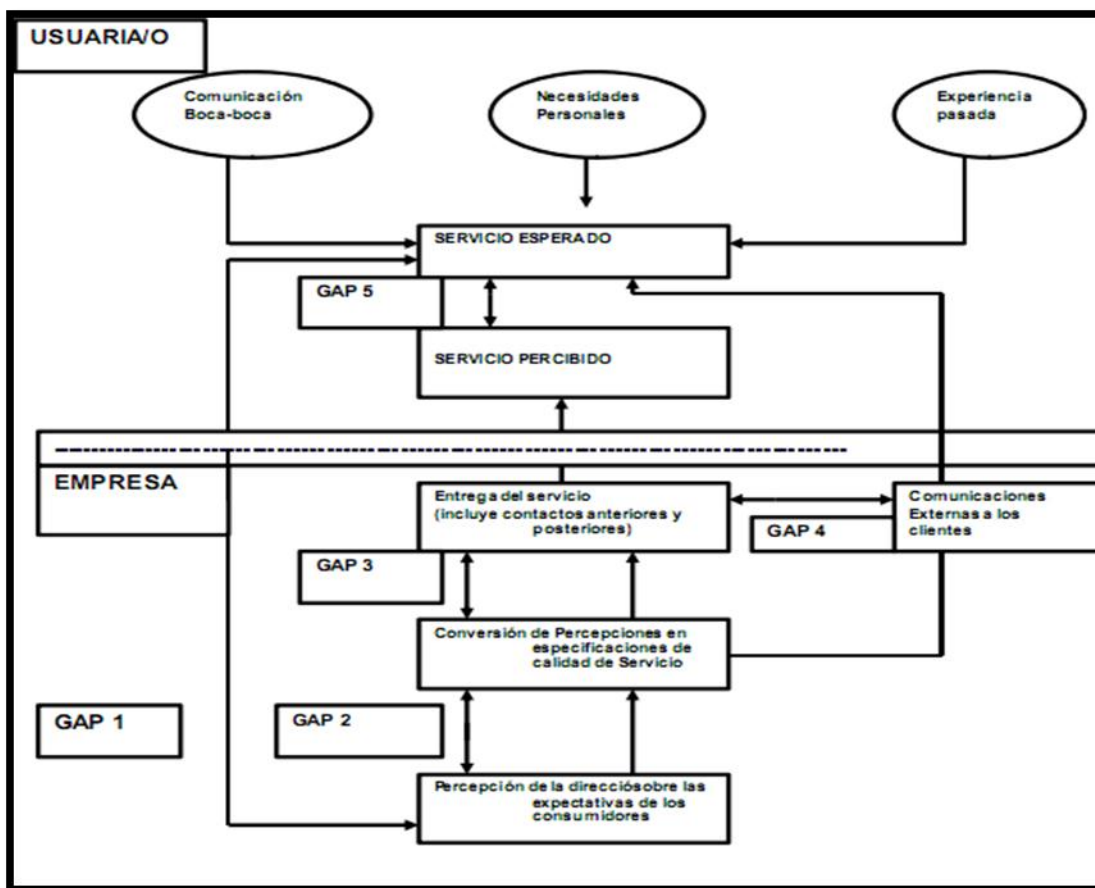


Figura 9: Modelo SERVQUAL

Fuente: (Parasuraman et al., 1985)

Los autores de esta teoría en un trabajo posterior, (Zeithaml, Berry, y Parasuraman, 1988), presentan un modelo ampliado del SERVQUAL donde identifican un conjunto de factores organizativos que condicionan las deficiencias antes mencionadas y a su vez la calidad del servicio, lo que queda resumido en la Tabla 1.

Tabla 1: Modelo ampliado de calidad del servicio

Fuente: Elaboración propia a partir de (Zeithaml et al., 1988)

DEFICIENCIAS	FACTORES CONDICIONANTES
Discrepancia entre las expectativas de los clientes (usuarios) y las percepciones que la empresa tiene sobre esas expectativas (directivos).	▪ Cultura orientada a la investigación. ▪ Comunicación ascendente. ▪ Niveles de mando.
Discrepancia entre la percepción que los directivos tienen sobre las expectativas de los clientes y las especificaciones o normas de calidad.	▪ Compromiso que asume la dirección con la calidad del servicio. ▪ Objetivos. ▪ Establecimiento de normas estándar para la ejecución de tareas. ▪ Percepción de viabilidad.
Discrepancia entre las especificaciones de la calidad del servicio y la prestación del servicio.	▪ Falta de sentido de trabajo en equipo. ▪ Desajuste entre los empleados y sus funciones. ▪ Desajuste entre la tecnología y las funciones. ▪ Falta de control percibido. ▪ Sistemas de supervisión y control. ▪ Conflictos funcionales. ▪ Ambigüedad de funciones.
Discrepancia entre la prestación del servicio y la comunicación externa.	▪ Comunicación descendente. ▪ Propensión a prometer en exceso.
Diferencia entre las expectativas y percepciones de los consumidores.	Depende de las deficiencias anteriores y puede ser evaluada considerando cinco dimensiones: ✚ Elementos tangibles. ✚ Capacidad de respuesta. ✚ Fiabilidad. ✚ Seguridad. ✚ Empatía.

Anexo 3: Escala SERVQUAL para la evaluación de la calidad de servicios percibida

Fuente: Elaboración propia

Para articular su modelo en lo empírico Parasuraman, Zeithaml, y Berry (1988) presentan y validan una escala compuesta por 22 ítems distribuidos en cinco dimensiones: tangibilidad, fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía, estos aparecen en la Tabla 1.

Tabla 1: Dimensiones del cuestionario SERVQUAL.

Fuente: Elaboración propia a partir de (Civera, 2008; Díaz y Pons, 2009)

Dimensiones	Ítems
Elementos tangibles Apariencia de las instalaciones físicas, equipos, personal y materiales de comunicación.	1. La empresa de servicios tiene equipos de apariencia moderna. 2. Las instalaciones físicas de la empresa de servicios son visualmente atractivas. 3. Los empleados de la empresa de servicios tienen apariencia pulcra. 4. Los elementos materiales (folletos, estados de cuenta y similares) son visualmente atractivos.
Fiabilidad Habilidad para ejecutar el servicio prometido de forma fiable y cuidadosa.	5. Cuando la empresa de servicios promete hacer algo en cierto tiempo, lo hace. 6. Cuando un cliente tiene un problema la empresa muestra un sincero interés en solucionarlo. 7. La empresa realiza bien el servicio la primera vez. 8. La empresa concluye el servicio en el tiempo prometido. 9. La empresa de servicios insiste en mantener registros exentos de errores.
Capacidad de respuesta Disposición para ayudar a los clientes y prestarles un servicio rápido.	10. Los empleados comunican a los clientes cuando concluirá la realización del servicio. 11. Los empleados de la empresa ofrecen un servicio rápido a sus clientes. 12. Los empleados de la empresa de servicios siempre están dispuestos a ayudar a sus clientes. 13. Los empleados nunca están demasiado ocupados para responder a las preguntas de sus clientes.

Seguridad Conocimiento y atención de los empleados y su habilidad para inspirar credibilidad y confianza.	14. El comportamiento de los empleados de la empresa de servicios transmite confianza a sus clientes. 15. Los clientes se sienten seguros en sus transacciones con la empresa de servicios. 16. Los empleados de la empresa de servicios son siempre amables con los clientes. 17. Los empleados tienen conocimientos suficientes para responder a las preguntas de los clientes.
Empatía Muestra de interés y nivel de atención individualizada que ofrecen las empresas a sus clientes.	18. La empresa de servicios da a sus clientes una atención individualizada. 19. La empresa de servicios tiene horarios de trabajo convenientes para todos sus clientes. 20. La empresa de servicios tiene empleados que ofrecen una atención personalizada a sus clientes. 21. La empresa de servicios se preocupa por los mejores intereses de sus clientes. 22. La empresa de servicios comprende las necesidades específicas de sus clientes.

Según Parasuraman, Zeithaml, y Berry (1988) para evaluar la calidad de un servicio es necesario calcular la puntuación $\text{Servqual} = \text{percepciones} - \text{expectativas}$ de cada una de las 22 declaraciones. Puede calcularse, además, la puntuación Servqual para cada dimensión y en sentido general, existe calidad cuando la puntuación Servqual sea mayor e igual a cero. Cuando las calificaciones del desempeño percibido son más bajas que las expectativas, es señal de una mala calidad; lo contrario indica una buena calidad (Frías, 2005).

Este modelo ha sido testado y validado empíricamente para una amplia variedad de servicios y tiene como *ventajas*: proporciona a los directivos información acerca de la forma en que los consumidores perciben las distintas dimensiones de los servicios; permite priorizar las necesidades, deseos y expectativas de los consumidores y agruparlos en diferentes segmentos homogéneos; permite establecer un estándar de calidad que puede ser transmitido al conjunto de la organización; permite identificar las principales disfunciones entre las expectativas y la

experiencia de los consumidores con lo que la organización puede centrar sus esfuerzos para solventarlas; y finalmente, permite comparar los resultados de una organización con los de sus competidores (Martínez, 2006).

Para el SERVQUAL se han discutido también *varias deficiencias o problemas asociados* a su aplicación, luego de un análisis detallado al respecto Martínez (2006) las describe como se muestran en la Tabla 2.

Tabla 2: Principales problemas asociados a la aplicación de la escala SERVQUAL

Fuente: (Martínez, 2006)

Problema	Descripción	Autores
Dificultades operativas	Falta de idoneidad de los términos y categorías, dificultades a la hora de completar el cuestionario y distinguir entre alguno de los ítems, empleo de escalas tipo Likert	Bolton y Drew (1991) Babakus y Boller (1992) Hoey y Muhleman (1997)
Uso de puntuaciones diferenciales (gap scores)	Se trata de un mecanismo impropio de un constructo psicológico complejo	Peter et al. (1993) Philip y Hazlett (1997)
Fiabilidad	El Alpha de Cronbach sobreestima la fiabilidad de las puntuaciones diferenciales	Prakash y Lounsbury (1984) Churchill y Brown (1993)
Validez discriminante	Dada la fuerte correlación entre la puntuación diferencial y la puntuación correspondiente a las percepciones parece que lo único que se mide realmente son las percepciones	Cronin y Taylor (1992)
Correlaciones aparentes	Las eventuales correlaciones entre los resultados obtenidos y otras variables son el resultado de correlaciones con los componentes del modelo (las percepciones o los resultados)	Churchill y Brown (1993)
Incomplitud	Exceso de énfasis en la calidad de los procesos y escasa atención a la calidad del resultado	Mangold y Babakus (1991) Richard y Allaway (1993)
Restricciones de la varianza	Las puntuaciones relativas a las expectativas son superiores de forma consistente a las relativas a las percepciones, lo que resulta problemático desde el punto de vista del análisis estadístico	Churchill y Brown (1993)
Asimetría de las puntuaciones	La disconfirmación positiva y la negativa no tienen igual valor: los consumidores son aversos a las experiencias negativas	Teas (1993a, 1993b, 1994) Buttle (1996)
Inconsistencia de las dimensiones	Las dimensiones asociadas al modelo, que deberían funcionar como determinantes del constructo calidad del servicio percibida, son diferentes en cada caso	Carman (1990) Babakus y Boller (1992) Cronin y Taylor (1992) Asubonteng et al. (1996)
Sesgo cultural	Las percepciones acerca de la calidad del servicio varían en función del contexto cultural y geográfico de los consumidores	Winstead (1997) Donthu y Yoo (1998) Furrer et al. (2001)

Encaminados a erradicar estas deficiencias los autores proponen una escala SERVQUAL revisada, (Parasuraman et al., 1993), donde en la evaluación a realizar consideran para medir la satisfacción del cliente diferentes aspectos de la calidad del servicio, así el instrumento

SERVQUAL consta de tres partes y un total de siete preguntas. Todo ello lo explican detalladamente Martínez (2006) y, Díaz y Pons (2009), tal cual se presenta a continuación:

- La primera parte del SERVQUAL consta de dos preguntas. La primera pregunta está diseñada para que los clientes indiquen en qué medida piensan que las empresas de un determinado servicio podrían poseer las 22 declaraciones de la escala. Se utiliza una escala diferencial semántico que va desde 1 a 7 puntos (Muy en desacuerdo.....Muy de acuerdo). La segunda pregunta es para conocer el nivel de importancia de las cinco dimensiones de la calidad de servicio, para lo cual distribuyen 100 puntos entre esas dimensiones y, una vez desglosado esto, indiquen cuál es la primera y la segunda dimensión en orden de importancia y la dimensión menos importante.
- La segunda parte del cuestionario consta de una pregunta (pregunta tres) y se aplica una vez recibido el servicio; esta pregunta está diseñada para que los clientes indiquen en qué medida creen que la empresa posee esas mismas 22 declaraciones, utilizan la misma escala de siete puntos.
- La tercera parte del cuestionario consta de cuatro preguntas. La cuarta pregunta es para que los clientes den una puntuación de calidad de servicio global utilizando una escala diferencial semántico de 1-10 puntos. La quinta pregunta es para conocer si los clientes han tenido o no algún problema con los servicios que han recibido de la empresa, utilizan una escala de respuesta si o no. La sexta pregunta está diseñada para conocer si los clientes han experimentado o no algún problema con la empresa y, si lo experimentaron, si el problema fue resuelto con satisfacción, se utiliza una escala de respuesta de si o no. La séptima pregunta es para determinar variables sociodemográficas del encuestado, específicamente la edad, el sexo, la cantidad de ingresos que recibe mensuales y el nivel de escolaridad.

Anexo 4: Aplicaciones del SERVQUAL

Fuente: Elaboración propia

Al revisar las aplicaciones del modelo SERVQUAL destacan las que aborda Martínez (2006) que se presentan en la Tabla 1.

Tabla 1: Aplicaciones del SERVQUAL

Fuente: (Martínez, 2006)

Autor	Ámbito de aplicación
Lewis (1987)	Hoteles
Johnson <i>et al.</i> (1988)	Servicio de intermediación inmobiliaria
Swartz y Brown (1989)	Consultorio médico
Crompton y Mackay (1989)	Programas públicos de servicios sociales
Carman (1990)	Clínica dental, escuela de negocios, venta de neumáticos
Bresinger y Lambert (1990)	Transportistas de motores
Bojanic (1991)	Empresa de contabilidad
Saleh y Ryan (1991)	Servicios hospitalarios
Finn y Lamb (1991)	Supermercados
Fick y Ritchie (1991)	Viajes y turismo
Babakus y Boller (1992)	Empresa suministradora de gas y electricidad
Babakus y Mangold (1992)	Servicios hospitalarios
Lytle y Mokwa (1992)	Servicios sanitarios
Saleh y Ryan (1992)	Hoteles
Bouman y van der Wiele (1992)	Servicio de reparación de automóviles
Cronin y Taylor (1992)	Bancos, control de plagas, tintorerías y <i>fast food</i>
Teas (1993)	Centros comerciales
Boulding <i>et al.</i> (1993)	Universidad
Richard y Allaway (1993)	Servicio de reparto a domicilio de pizza
Fisk <i>et al.</i> (1993)	Ventas <i>online</i>
Ford <i>et al.</i> (1993)	Universidad
Freeman y Dart (1993)	Empresas de contabilidad
Baker y Lamb (1993)	Servicios de arquitectura
O'Connor (1994)	Servicios sanitarios
McAlexander (1994)	Clínica dental
Hill (1995)	Educación superior
Cuthbert (1996)	Educación superior
Belloch <i>et al.</i> (1996)	Agencias de viaje
Owlia y Aspinwall (1996)	Educación superior
Soutar y McNeil (1996)	Educación superior
Saurina (1997a, 1997b)	Servicios bancarios
Kettinger y Lee (1997)	Servicios <i>online</i>
Ryan y Cliff (1997)	Agencias de viaje
Fernández <i>et al.</i> (1997)	Servicios públicos
Fernández (2000)	Servicios bancarios

Oldfield y Baron (2000)	Educación superior
Bou y Camisón (2000)	Distribuidores productos cerámicos
van Iwaarden y Wiele (2003)	<i>E-business</i>
O'Neill <i>et al.</i> (2004)	Biblioteca universitaria <i>online</i>
Nagata <i>et al.</i> (2004)	Biblioteca universitaria
Ugboma <i>et al.</i> (2004)	Servicios portuarios

Además de estas también se registran otras que precisan Díaz y Pons (2009) y se especifican en la Tabla 2.

Tabla 2: Utilización de la escala de medida Servqual revisada en diferentes servicios

Fuente: (Díaz y Pons, 2009)

Autores	Aplicaciones
Wright y otros (1992)	Servicios deportivos
Bojanic y Rosen (1994)	Servicios de restaurantes
Vogt y Fesenmaier (1995)	Servicios a turistas y minoristas
Johns y Tyas (1996)	Servicios de actividades turísticas
Bigné y otros (1997)	Servicios de educación superior
Gómez (1998)	Servicios bancarios
Dean (1999)	Servicios de salud
Cristóbal y Gómez (1999)	Servicios deportivos
O'Neill y otros (1999)	Servicios deportivos
Cook y Thompson (2000)	Servicios bibliotecarios
Placencia (2001)	Servicios de restaurantes
Theodorakis y otros (2001)	Servicios deportivos
Snoj y Mumel (2002)	Servicios balnearios
Diógenes (2003)	Servicios de educación superior
Vigil (2003)	Servicios de alojamiento
Douglas y Connor (2003)	Servicios hoteleros
Morales (2003 y 2004)	Servicios deportivos
Anthony y otros (2004)	Servicios hoteleros
Kilbourne y otros (2004)	Servicios de asistencia de salud
Heckmann (2004)	Servicios de hoteles de gran turismo
Orrego (2004)	Servicios de asistencia técnica a agricultores
Costa y otros (2004)	Servicios deportivos
Torres y González (2005)	Servicios de alumbrado público
Zamudio y otros (2005)	Servicios de información de bibliotecas
Bethencourt y otros (2005)	Servicios de destinos turísticos
Velázquez y otros (2007)	Servicios de una microempresa
Morillo (2007)	Servicio hotelero

Anexo 5: Modelo metodológico sobre calidad de servicios percibida en empresas cubanas de servicios

Fuente: (Díaz y Pons, 2009)

El modelo que proponen Díaz y Pons (2009) tiene como punto de partida que las empresas de servicios para alcanzar altos niveles de calidad deben prestar especial atención, primeramente, a las dimensiones y declaraciones en los que se fijan los clientes para juzgarla, pues estos ofrecen información relevante que muestra en qué aspectos la organización debe centrar sus esfuerzos para que sean realmente apreciados. Estas dimensiones y declaraciones deben ser adaptadas a las condiciones de la realidad en que se desenvuelven las empresas objeto de estudio y ser fiables y válidas. Posteriormente se deben conocer las expectativas del servicio y las percepciones del cliente, así como evaluar el comportamiento de este una vez recibido el servicio. Por último, se deben identificar las deficiencias y causas que llevan a una organización a una entrega determinada de calidad con el objetivo de tomar decisiones que favorezcan la mejora de calidad que percibe el cliente.

Todo lo que queda representado en la Figura 1 de este Anexo.

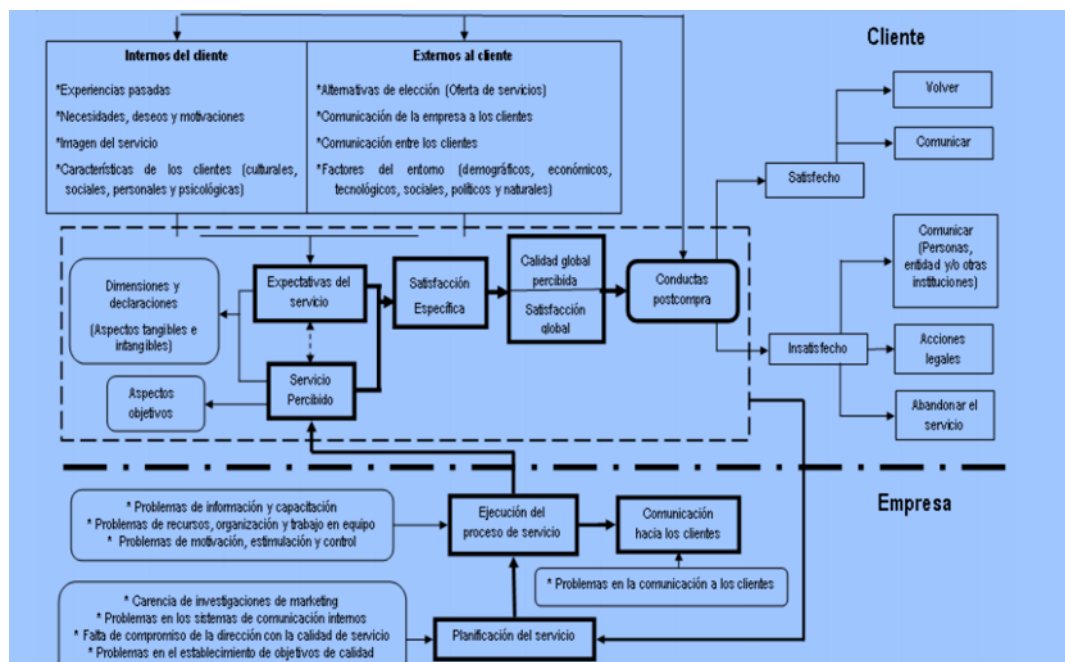


Figura 1: Modelo metodológico sobre calidad de servicios percibida en empresas cubanas de servicios

Fuente: (Díaz y Pons, 2009)

Este modelo metodológico sugiere además que el cliente puede percibir problemas con la calidad del servicio que recibe debido a tres deficiencias que se encuentran en la empresa de servicio, las cuales deben disminuirse sistemáticamente para lograr altos niveles de calidad percibida por el cliente. Estas deficiencias son: deficiencias en la comunicación de la empresa hacia los clientes, deficiencias en la ejecución del proceso de servicio y deficiencias en la planificación del servicio. Estas tres deficiencias con sus respectivas causas, como una extensión del modelo, se muestran en la Figura 2.

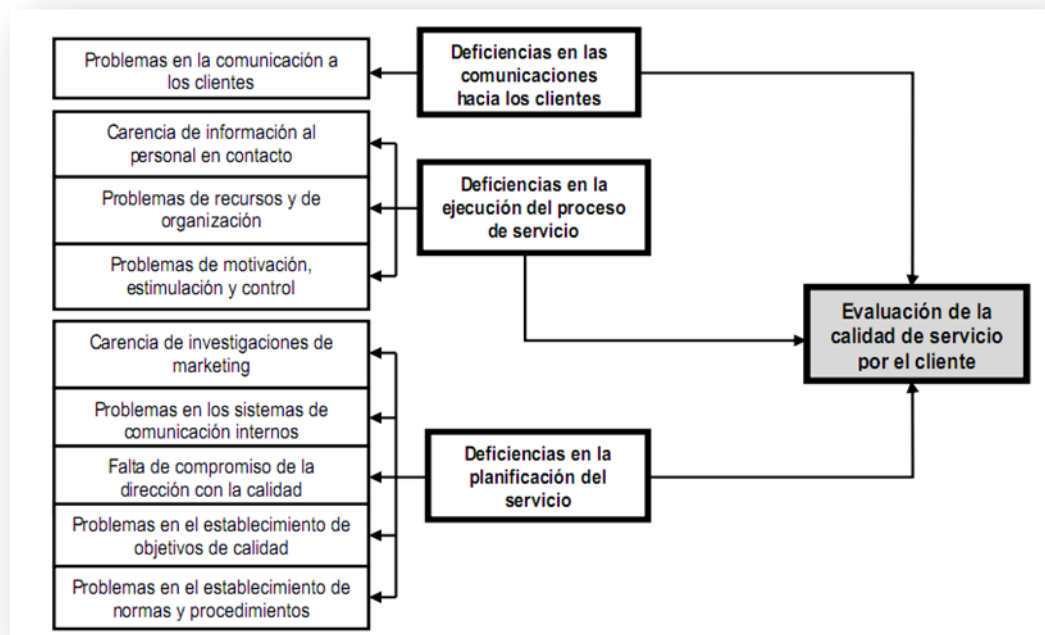


Figura 2: Deficiencias que inciden en la calidad de servicios percibida

Fuente: (Díaz y Pons, 2009)

Anexo 6: Dimensiones y ítems para evaluación de calidad percibida

Fuente: Elaboración propia a partir de (Civera, 2008)

Dimensiones	Ítems
Profesionalidad del personal.	Conoce bien su trabajo/es competente/ profesional.
	Sus conocimientos están actualizados.
	No comete errores.
Confianza que inspira el personal del hospital.	Me he sentido cómodo para poder contarle con confianza cualquier cosa.
	Me he sentido cómodo preguntándole mis dudas.
	Confío en sus cuidados.
Empatía.	Siempre me explican las cosas para que las entienda.
	Me escuchan.
	Se muestran dispuestos a ayudarme.
Capacidad de respuesta.	Siempre responde a preguntas.
	Me atiende con rapidez.
	Soluciona mis problemas.
	Atienden mis quejas y reclamaciones médicas.
Conocimiento del paciente.	Conocen mi historial clínico muy bien.
	Disponen de información de mis antecedentes familiares.
	Entienden claramente mis necesidades médicas.
Trato recibido.	Son amables.
	Me tratan con respeto.
	Me dan una atención personalizada.
	La forma de tratarme me hace sentir cómodo.
Información que da el personal del hospital.	Me informan sobre mi estado de salud.
	La información que me dan es clara.
	Me informan de los medicamentos que me dan.
	Me informan de los horarios de visita.
	Me informan de las alternativas de mi tratamiento.
	Me informan de las posibles complicaciones de mi enfermedad.
Equipamiento disponible del hospital.	Disponen de los instrumentos necesarios para atenderme.
	El instrumental es moderno.
	El instrumental está en buen uso.
Coordinación del personal de hospital.	El personal conoce los servicios que estoy recibiendo de otras especialidades.
	El personal siempre conoce el resultado de mis visitas a otras especialidades.
	Cuando tengo que hacerme pruebas existe coordinación entre el personal implicado en el proceso.

Dedicación del personal.	La duración de la visita es adecuada.
	Pasan visita de Lunes a Sábado ambos incluidos.
	Pasan visita por la tarde.
Comodidad de las salas de espera y consultas.	Las salas de espera están limpias.
	Las salas de espera disponen de suficientes asientos para todos.
	El ambiente de las salas de espera es agradable.
	Las salas de espera son amplias.
	Las consultas están limpias.
	Las consultas disponen del mobiliario adecuado.
	Las consultas permiten la intimidad en la relación médico/paciente.
Instalaciones del interior del servicio.	El ambiente de la consulta es agradable.
	Es fácil localizar en este servicio las instalaciones que buscan.
	Las instalaciones del servicio son amplias.
	El acceso a las instalaciones del servicio es fácil.

Anexo 7: Niveles administrativos y de atención en el SNS

Fuente: Elaboración propia

Los niveles administrativos en el SNS se presentan en la Figura 1.

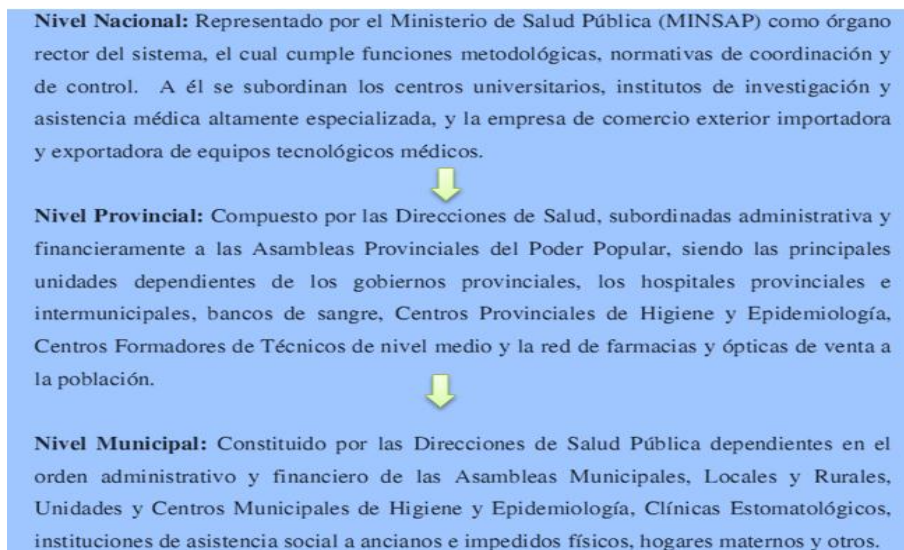


Figura 1: Niveles administrativos en el SNS

Fuente: (Herrera, 2007)

Mientras los niveles de atención son los que aparecen en la Tabla 1.

Tabla 1: Niveles de atención en el SNS

Fuente: García, Alonso y López (2005), según (Herrera, 2007)

Niveles de Salud	Áreas de Salud	Niveles Administrativos
Terciario	• Institutos de Investigación. • Hospitales Nacionales. • Servicios especializados Nacionales.	MINSAP. Consejo de Ministros.
Secundario	• Hospitales Intermunicipales. • Hospitales Provinciales. • Hospitales Interprovinciales. • Centro Provincial de Higiene y Epidemiología.	Dirección Provincial de Salud. Consejo de la Administración Provincial.
Primario	• Consultorio del médico de familia. • Policlínicos. • Hogares Maternos. • Círculos de Abuelos. • Centro Municipal de Higiene y Epidemiología. • Hospitales Municipales. • Otras.	Dirección Municipal de salud. Consejo de la Administración del Municipio.

Todo lo que se resume en la Figura 2.



Figura 2: Sistema Nacional de Salud

Fuente: (Dirección Provincial de Salud, 2012)

Anexo 8: Rutinas en la vigilancia de la satisfacción de la Oficina de Atención a la Población del Hospital GAL

Fuente: (Fonseca, 2007)

Vigilancia de la satisfacción en áreas críticas

Etapa	Ejecuta
1. Identificar las áreas críticas debido: • Situación asistencial compleja • Exceso de personas • Información sobre la existencia de insatisfacciones • Deficiencia de recursos necesarios para el Servicio • Pacientes graves • Pacientes operados de urgencia • Pacientes de larga estadía • Clientes internos	Especialista Principal
2. Confeccionar modelo de encuestas	Especialista Principal
3- Designar las personas que aplicarán las encuestas	Especialista Principal
4 –Aplicar las encuestas en los sitios señalados	Enfermera encuestadora
5- Recepcionar y procesar la información	Especialista Principal
6- Comunicar los resultados a los responsables de cada área	Especialista Principal
7. Registrar la información en el Registro de no conformidades recogida mediante sistema de vigilancia	Especialista Principal
8- Recepcionar la respuesta a los planteamientos y las acciones de mejora	Especialista Principal
9-Dar seguimiento a las acciones de mejora	Especialista Principal Vicedirector correspondiente

Vigilancia de la satisfacción por autoencuestas

Etapa	Ejecuta
1.Recepcionar cada viernes los resultados de la autoencuestas que realizan los servicios y departamentos	Especialista Principal, Enfermera encuestadora, funcionario de atención a la población
2. Procesar los datos	Especialista Principal,
3. Confeccionar tablas de salida	Especialista Principal,
4. Informar los resultados a los líderes de la Institución	Especialista Principal,

Anexo 9: Resultados del monitoreo de la satisfacción en el 2012

Fuente:(Fonseca, 2012)

Meses	2012	
	Encuestas	MB-B
Enero	966	889 (92%)
Febrero	659	614 (93%)
Marzo	853	774 (91%)
Abril	805	774 (96%)
Mayo	446	396 (88,7%)
Junio	696	648 (93.1%)
Julio	604	577 (95.5%)
Agosto	678	564 (83.1%)
Septiembre	622	532(85.5%)
Octubre	709	528(74.4%)
Noviembre	266	158 (59.3%)
Diciembre	342	204 (59.6%)
Total	7380	6500 (88.1%)

Las mayores insatisfacciones se relacionan con:

- Higiene, sobre todo los fines de semana, en especial en los baños
- Calidad de la alimentación y temperatura de los alimentos
- Necesidad de sillas, sillones, TV y refrigeradores o cajas de agua para las salas.
- Filtraciones y salideros en las salas, fundamentalmente en los baños.

Anexo 10: Cuestionarios desarrollados en el Hospital GAL para el monitoreo de la satisfacción

Cuestionario aplicado a pacientes en servicio de urgencia y luego hospitalizados

Fuente: (Iraola et al., 2004)

1. ¿Cuánto tiempo tuvo que esperar, desde que llegó al Servicio de Urgencias hasta que se le preguntó el motivo de su visita por la enfermera clasificadora? _____

Intente clasificar ese tiempo en: ☐ Adecuado ☐ Inadecuado

2. ¿Cuánto tiempo tuvo que esperar hasta que fue atendido/a por el médico? _____

Intente clasificar ese tiempo en: ☐ Adecuado ☐ Inadecuado

3. En el caso de que se le realizaran pruebas, ¿cuánto tardaron en llegar los resultados? _____

Intente clasificar ese tiempo en: ☐ Adecuado ☐ Inadecuado

4. En el caso de que necesitara intervención quirúrgica ¿qué tiempo transcurrió hasta el inicio de la misma? _____

Intente clasificar ese tiempo en: ☐ Adecuado ☐ Inadecuado

5. ¿Cuánto tiempo tuvo que esperar desde que le informaron que iba a ser ingresado hasta que llegó a la sala? _____

Intente clasificar ese tiempo en: ☐ Adecuado ☐ Inadecuado

6. Puntúe entre cero y diez los siguientes aspectos:

• Trato recibido por el personal de enfermería

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

• Trato recibido por el personal médico

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

• Información proporcionada por parte del médico

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

• Instalaciones en la sala de espera

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

• Instalaciones en el cuarto donde fue atendido

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

• Tipo de mobiliario

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

7. Puntuación global de la calidad de la atención recibida

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

8. ¿Considera usted que le resolvieron el problema que tenía cuando vino? ☐ Sí ☐ No

9. Si volviese a necesitar un servicio de urgencias, ¿volvería a éste? ☐ Sí ☐ No

Cuestionario aplicado a pacientes en servicio de urgencia

Fuente: (Iraola et al., 2005)

SATISFACCIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS. INFORME DE USUARIOS. CUESTIONARIO

1. ¿La enfermera le saludó al llegar a urgencias?
Si No
2. ¿La enfermera le explicó los pasos a seguir para su atención y el tiempo que debe esperar?
Si No
3. ¿El médico le saludó al llegar a la consulta?
Si No
4. ¿Conoce el nombre del médico que le atendió?
Si No
5. ¿El médico le tomó la presión arterial?
Si No
6. ¿El médico la o lo examinó?
Si No
7. ¿El médico respeto su pudor durante el examen?
Si No
8. ¿El médico le explicó en que consiste su problema de salud o enfermedad?
Si No
9. ¿El médico le explicó el tratamiento que seguiría?
Si No
10. En caso de ingreso, ¿se le informó el número de la cama y sala donde será hospitalizado y los médicos responsables?
Si No
11. En caso de ingreso en observación, ¿el médico le informó cada que tiempo tiene que verla o verlo y cuál es el objetivo de tenerlo ahí?
Si No
12. En caso de no haber sido hospitalizado, ¿se le envió una nota a su médico de la familia donde se le explica su problema de salud y el tratamiento a seguir?
Si No
13. ¿Considera usted que le resolvieron el problema que tenía cuando vino?
Si No
14. Si volviese a necesitar un servicio de urgencias, ¿volvería a éste?
Si No

Anexo 11: Encuesta de expectativas

Fuente: (Fonseca, Sardiñas, Lorenzo, Alejo, y Alfonso, 2007)

Servicio que solicita:

Fecha:

Hora:

Nos gustaría que nos dedicase unos minutos y nos contestase a las siguientes preguntas. Por favor, recuerde que se le preguntan dos aspectos de cada tema: “Lo que ha recibido” y “Lo que desearía recibir”

**Marque con una X lo que proceda: 1 Nivel más bajo
No, lo peor**

**10: Nivel más alto
Sí, lo mejor**

¿La enfermera le saludó al llegar a urgencias?	SI						NO			
¿Qué valor le da ud. al saludo de la enfermera	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

¿La enfermera le explicó los pasos a seguir para su atención y el tiempo que debe esperar?	SI						NO			
¿Qué valor le da ud. a la explicación de la enfermera	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

¿El médico le saludó al llegar a la consulta?	SI						NO			
¿Qué valor le da ud. al saludo del médico?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

¿Conoce el nombre del médico que le atendió?	SI						NO			
¿Qué valor le da ud. a conocer el nombre del médico?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

¿El médico la o lo examinó?	SI						NO			
¿Qué valor le da ud. a ser examinado por el médico	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

¿El médico respetó su pudor durante el examen?	SI						NO			
¿Qué valor le da ud. a que el médico respete su pudor durante el examen	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

¿El médico le explicó en que consiste su problema de salud o enfermedad?	SI						NO			
¿Qué valor le da ud. a la información del médico	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

¿El médico le explicó el tratamiento que seguiría?	SI						NO			
¿Qué valor le da ud. a la explicación sobre el tratamiento?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

En caso de ingreso, ¿se le informó el número de la cama y sala donde será hospitalizado y los médicos responsables?							SI		NO	
¿Qué valor le da ud. a esa información?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

En caso de ingreso en observación, ¿el médico le informó cada que tiempo tiene que verla o verlo y cuál es el objetivo de tenerlo ahí?							SI		NO	
¿Qué valor le da ud. a esa información?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

¿Considera usted que le resolvieron el problema que tenía cuando vino?	SI	NO
--	----	----

Si volviese a necesitar un servicio de urgencias, ¿volvería a éste?	SI	NO
---	----	----

Anexo 12: Encuesta de derechos del paciente

Fuente: (Fonseca, Arias, y Barletta, 2012)

Sala_____ Cama_____

Estimado paciente o familiar: Sus opiniones sobre nuestro trabajo nos permitirá mejorar cada día. Marque con una cruz la respuesta correspondiente con su criterio. Por favor sea sincero. Gracias.

1. Al llegar a la sala ud. leyó sus derechos? Sí: _____ No: _____ No sé:_____

2. Cuando el personal sanitario se dirige a ud. lo llama por su nombre?

Todos los días_____ No todos los días:_____ Nunca: _____ No sé:_____

3. Conoce el nombre del médico que lo atiende? : Sí:_____ No: _____

4. El examen físico se realiza con la privacidad adecuada?

Todos los días_____ No todos los días:_____ Nunca: _____ No sé:_____

5. Recibe explicaciones sobre su problema de salud en términos que ud. logra entender?

Todos los días_____ No todos los días:_____ Nunca: _____ No sé:_____

6. ¿Cómo se siente con la información recibida? Satisfecho_____ Poco satisfecho:_____

Insatisfecho:_____

¿Por qué?_____

7. Sus familiares reciben entrevista de parte del médico? Todos los días_____ No todos los días:_____ Nunca: _____ No sé:_____

8. ¿Con qué frecuencia le toman la presión y/o la temperatura? Todos los días_____ No todos los días:_____ Nunca: _____ No sé:_____

9. Le administran los medicamentos en el horario indicado:

Todos los días_____ No todos los días:_____ Nunca: _____ No sé:_____

10. ¿Cómo considera la calidad de la limpieza?

Buena: _____ Regular_____ Mala:_____ Muy Mala:_____ No sé:_____

¿Por qué?_____

11. ¿Cómo considera la calidad de los alimentos? Buena: _____ Regular_____ Mala:_____

Muy Mala:_____ No sé:_____

¿Por qué?_____

12. ¿Se respeta en la sala el horario de descanso de los pacientes?

Siempre, todos los días_____ No todos los días:_____ Nunca: _____ No sé:_____

13. ¿Ha observado personas fumando en su sala? Sí:_____ No: _____ No sé:_____

14. Por favor, haga sugerencias que contribuyan a mejorar nuestro trabajo.

Anexo 13: Resultados del monitoreo de la satisfacción en el CEA en el 2012

Fuente: (Falcón, 2012)

Meses	No de encuestas realizadas	No de encuestas con resultados de MB y B	%
Enero	167	167	100
Febrero	107	107	100
Marzo	154	154	100
Abril	170	170	100
Mayo	187	187	100
Junio	147	147	100
Julio	132	132	100
Agosto	115	115	100
Septiembre	137	137	100
Total	1316	1316	100

Las principales sugerencias de los pacientes y acompañantes están relacionadas con:

1. Insuficientes bancadas en el área de espera de consulta externa y recepción quirúrgica. Debido al incremento del número de pacientes a operar y vistos en consulta pre y post-operatoria.
2. Necesidad de Micrófonos para llamado de pacientes en recepción Qca. y Consulta externa dado el aumento de casos por aumento de la cirugía.
3. Butacones de acompañantes incómodos.
4. Solicitan espejos para los baños

Anexo 14: Cuestionario base para la determinación del coeficiente de competencia de cada experto

Fuente: Elaboración propia a partir de (Cortés e Iglesias, 2005)

Nombre y Apellidos:

1- Autoevalúe en una escala de 0 a 10 sus conocimientos sobre el tema que se estudia.

____0

____1

____2

____3

____4

____5

____6

____7

____8

____9

____10

2- Marque la influencia de cada una de las fuentes de argumentación

Fuentes de Argumentación	Alto	Medio	Bajo
Análisis Teóricos realizados por usted			
Experiencia obtenida			
Trabajos de autores nacionales que conoce			
Trabajos de autores extranjeros que conoce			
Conocimientos propios sobre el estado del tema			
Su intuición			

Anexo 15: Contribuciones de diferentes autores en elaboración de la lista de ítems para la medición de la calidad percibida

Fuente: Elaboración propia

Ítems incluidos en la lista	Criterios de diferentes autores				
	Phillips et al. (1998)	Mira et al.(1998)	Iraola et al. (2004)	Civera (2008)	Fonseca, Arias, y Barletta (2012)
1. Los médicos demuestran seguridad al establecer sus intercambios: al emitir un diagnóstico y realizar un procedimiento.	x	x		x	
2. Los médicos conocen mi historia clínica y entienden claramente mis necesidades médicas.				x	
3. Los médicos solucionan los problemas por los que he acudido a su atención.	x	x	x	x	
4. Los médicos muestran interés en dar seguimiento a mi caso.		x			
5. La preparación de los médicos es adecuada para responder a mis expectativas.	x	x		x	
6. El personal de enfermería realiza su trabajo de manera consciente.	x	x		x	
7. Los enfermeros conocen mi historia clínica.				x	
8. Los enfermeros apoyan en la solución de mis problemas cumpliendo con lo que han establecido los especialistas.		x		x	
9. La preparación de los enfermeros es adecuada para responder a mis expectativas.	x	x		x	
10. El personal de apoyo realiza su trabajo de manera que no se afectan las labores de médicos y enfermeros, mostrando su dominio del mismo.	x	x			
11. La preparación del personal de apoyo es adecuada para responder a mis demandas.	x	x			

12. Los médicos demuestran su disposición a la ayuda y entendimiento a los pacientes y familiares para la solución de problemas.	x	x			
13. Los médicos son amables en el trato conmigo y mis familiares.	x	x	x	x	
14. Los médicos se muestran preocupados por mi caso.	x	x		x	
15. Confío en los cuidados que brindan los médicos.	x	x		x	
16. El trato fluye con respeto.	x	x	x	x	
17. El tratamiento médico se realiza con una adecuada privacidad.				x	x
18. La forma de tratarme hace que me sienta cómodo y atendido, satisface mis expectativas.	x	x	x	x	
19. Los enfermeros demuestran su disposición a la ayuda y entendimiento a los pacientes y familiares.	x	x		x	x
20. Los enfermeros son amables en el trato conmigo y mis familiares.	x	x	x	x	
21. Los enfermeros son preocupados por cada caso.	x	x		x	
22. El cuidado de los enfermeros me ofrece confianza.	x	x		x	
23. El trato de los enfermeros es respetuoso.	x	x	x	x	
24. El personal de enfermería labora respetando la privacidad del paciente.				x	x
25. La actitud de los enfermeros hace que me sienta cómodo y atendido, satisface mis expectativas.	x	x	x	x	
26. El personal de apoyo hace evidente su disposición a la ayuda y orientación, atención a pacientes y familiares.	x				
27. El personal de apoyo es amable conmigo y mis familiares.	x				
28. El personal de apoyo se preocupa por mí.	x				
29. El trato del personal de apoyo es respetuoso.	x				
30. La forma en que me trata el personal de apoyo hace que me sienta cómodo, satisface mis expectativas.	x				

31. Los médicos llegan en el horario fijado para la realización de los procedimientos médicos.	x	x	x	x	
32. Los médicos dedican el tiempo necesario para satisfacer todas mis dudas y las de mis familiares, para mi atención.	x	x	x	x	
33. Los médicos tratan de que se reduzcan los tiempos de espera para su atención.	x	x	x	x	
34. Los médicos especifican el tiempo de seguimiento al proceder que realizan.		x	x		
35. El tiempo de atención de los médicos satisface mis expectativas.	x	x	x	x	
36. Los enfermeros están presentes cuando los necesito.	x	x		x	
37. Los enfermeros emplean el tiempo necesario para mi atención.	x	x	x	x	
38. Los enfermeros tratan de que se reduzcan los tiempos de espera para sus servicios.	x	x	x	x	
39. El tiempo de atención de los enfermeros satisface mis expectativas.	x	x	x	x	
40. El personal de apoyo trata de reducir los tiempos de espera.	x	x			
41. El personal de apoyo dedica el tiempo requerido por cada paciente y sus familiares.	x				
42. El personal de apoyo se encuentra en el momento en que debe estar para la realización de su trabajo.	x				
43. El tiempo de atención del personal de apoyo satisface mis expectativas.	x				
44. Los médicos están a la escucha de cualquier inquietud, duda o reclamación.		x	x	x	

45. Los médicos me informan sobre mi estado de salud, consecuencias y resultados clínicos, incluyendo aquellos que han tenido eventos no esperados, lo mismo a mis familiares.		x	x	x	x
46. Los médicos responden a mis preguntas.			x	x	x
47. Los médicos explican sobre los medicamentos, horarios, alternativas de tratamiento.			x	x	x
48. Los médicos se comunican con otros especialistas a los que debo recurrir para mantenerse al tanto.					
49. Las relaciones comunicativas entre médicos, enfermeros y otro personal se hacen evidentes en la ejecución de los procedimientos.					
50. Los médicos se expresan de manera adecuada al intercambiar conmigo y mis familiares.	x	x	x	x	
51. Los médicos tienen una apariencia adecuada al presentarse ante mí y mis familiares.	x	x			
52. La comunicación médico-paciente-familiares satisface mis expectativas.	x	x	x	x	
53. Los enfermeros están a la escucha de cualquier inquietud o reclamación.	x		x	x	
54. Los enfermeros me informan sobre mi estado de salud en caso de ser necesario, lo mismo a mis familiares.	x	x		x	
55. Los enfermeros responden a mis preguntas, dudas, necesidad de aclaraciones.	x	x	x	x	
56. Los enfermeros explican al aplicar los medicamentos en los horarios precisados por los especialistas, conocen las alternativas de tratamiento, todo ello en caso de que lo requiera tanto yo como mis familiares.		x		x	x
57. Los enfermeros se expresan de manera adecuada.	x	x	x	x	
58. Los enfermeros tienen una apariencia adecuada.	x	x			
59. La comunicación enfermero-paciente-familiares satisface mis expectativas.	x	x	x	x	

60. El personal de apoyo explica correctamente en caso de que se le pregunte sobre los médicos, enfermeros, hospital.		x			
61. El personal de apoyo se expresa de manera adecuada.	x	x			
62. El personal de apoyo tiene una apariencia adecuada.	x	x			
63. La comunicación personal de apoyo-paciente-familiares satisface mis expectativas.	x	x			
64. El hospital cuenta con la señalización intrahospitalaria adecuada.		x		x	
65. El hospital tiene una señalización extra hospitalaria adecuada.		x			
66. El servicio es accesible.		x		x	
67. El sistema de información en el hospital se muestra organizado por sus resultados en el intercambio con los pacientes y familiares.		x		x	
68. El acceso e información satisface mis expectativas.		x		x	
69. El personal médico (médicos y enfermeros) dispone de los equipos para atenderme.		x		x	
70. El personal médico (médicos y enfermeros) dispone del instrumental para la realización de sus actividades.		x		x	
71. El personal de apoyo cuenta con los instrumentos y equipos para la realización de sus funciones.		x			
72. El estado de los equipos e instrumental satisface mis expectativas.				x	
73. Los locales de espera están limpios.			x	x	x
74. Los locales de espera son amplios.		x	x	x	
75. Los locales de espera disponen de los asientos necesarios.		x	x	x	
76. Los locales de espera están bien iluminados.			x		
77. Los locales de espera no son ruidosos.			x		
78. Los locales de espera cuentan con un baño para					

acceso de los pacientes y familiares.					
79. Los locales de espera tienen un ambiente agradable.	x	x	x		
80. Las consultas están limpias.			x		x
81. Las consultas tienen buenas condiciones de privacidad.				x	
82. Las consultas disponen del mobiliario necesario.		x	x	x	
83. Las consultas están bien iluminadas.			x		
84. Las consultas no son ruidosas.			x		
85. Las consultas tienen un ambiente agradable.		x	x	x	
86. Las salas están limpias.			x		x
87. Los baños en las salas se mantienen con una correcta higiene.			x		
88. Las salas disponen del mobiliario necesario para los pacientes.		x	x		
89. Las salas disponen del mobiliario necesario para los familiares.		x	x		
90. Las salas están bien iluminadas.			x		
91. Las salas no son ruidosas.			x		
92. Las salas tienen un ambiente agradable.	x	x	x		
93. Los salones tienen condiciones seguras.					
94. Los salones están bien iluminados.					
95. Los salones no son ruidosos de manera que afecten la ejecución de los procedimientos médicos.					
96. Los salones tienen un ambiente agradable.	x	x			
97. La alimentación es acorde a la dieta que debo seguir.					x
98. Los alimentos están bien elaborados.					x
99. Los alimentos se sirven en recipientes limpios y con cuidados.					x
100. Los alimentos que recibo satisfacen mis expectativas.					x

Anexo 16: Lista de características para evaluar la Calidad percibida de servicios de atención en salud

Fuente: Elaboración propia

Dimensión 1: Preparación del Capital Humano

Médicos
Los médicos demuestran seguridad al establecer sus intercambios: al emitir un diagnóstico y realizar un procedimiento.
Los médicos conocen mi historia clínica y entienden claramente mis necesidades médicas.
Los médicos solucionan los problemas por los que he acudido a su atención.
Los médicos muestran interés en dar seguimiento a mi caso.
La preparación de los médicos es adecuada para responder a mis expectativas.
Enfermeros
El personal de enfermería realiza su trabajo de manera consciente.
Los enfermeros conocen mi historia clínica.
Los enfermeros apoyan en la solución de mis problemas cumpliendo con lo que han establecido los especialistas.
La preparación de los enfermeros es adecuada para responder a mis expectativas.
Personal de apoyo
El personal de apoyo realiza su trabajo de manera que no se afectan las labores de médicos y enfermeros, mostrando su dominio del mismo.
La preparación del personal de apoyo es adecuada para responder a mis demandas.

Dimensión 2: Actitud del Capital Humano

Médicos
Los médicos demuestran su disposición a la ayuda y entendimiento a los pacientes y familiares para la solución de problemas.
Los médicos son amables en el trato conmigo y mis familiares.
Los médicos se muestran preocupados por mi caso.
Confío en los cuidados que brindan los médicos.
El trato fluye con respeto.
El tratamiento médico se realiza con una adecuada privacidad.
La forma de tratarme hace que me sienta cómodo y atendido, satisface mis expectativas.
Enfermeros
Los enfermeros demuestran su disposición a la ayuda y entendimiento a los pacientes y familiares.
Los enfermeros son amables en el trato conmigo y mis familiares.
Los enfermeros son preocupados por cada caso.
El cuidado de los enfermeros me ofrece confianza.
El trato de los enfermeros es respetuoso.

El personal de enfermería labora respetando la privacidad del paciente.
La actitud de los enfermeros hace que me sienta cómodo y atendido, satisface mis expectativas.
Personal de apoyo
El personal de apoyo hace evidente su disposición a la ayuda y orientación, atención a pacientes y familiares.
El personal de apoyo es amable conmigo y mis familiares.
El personal de apoyo se preocupa por mí.
El trato del personal de apoyo es respetuoso.
La forma en que me trata el personal de apoyo hace que me sienta cómodo, satisface mis expectativas.

Dimensión 3: Tiempo de atención

Médicos
Los médicos llegan en el horario fijado para la realización de los procedimientos médicos.
Los médicos dedican el tiempo necesario para satisfacer todas mis dudas y las de mis familiares, para mi atención.
Los médicos tratan de que se reduzcan los tiempos de espera para su atención.
Los médicos especifican el tiempo de seguimiento al proceder que realizan.
El tiempo de atención de los médicos satisface mis expectativas.
Enfermeros
Los enfermeros están presentes cuando los necesito.
Los enfermeros emplean el tiempo necesario para mi atención.
Los enfermeros tratan de que se reduzcan los tiempos de espera para sus servicios.
El tiempo de atención de los enfermeros satisface mis expectativas.
Personal de apoyo
El personal de apoyo trata de reducir los tiempos de espera.
El personal de apoyo dedica el tiempo requerido por cada paciente y sus familiares.
El personal de apoyo se encuentra en el momento en que debe estar para la realización de su trabajo.
El tiempo de atención del personal de apoyo satisface mis expectativas.

Dimensión 4: Comunicación

Médicos
Los médicos están a la escucha de cualquier inquietud, duda o reclamación.
Los médicos me informan sobre mi estado de salud, consecuencias y resultados clínicos, incluyendo aquellos que han tenido eventos no esperados, lo mismo a mis familiares.
Los médicos responden a mis preguntas.
Los médicos explican sobre los medicamentos, horarios, alternativas de tratamiento.
Los médicos se comunican con otros especialistas a los que debo recurrir para mantenerse al tanto.

Las relaciones comunicativas entre médicos, enfermeros y otro personal se hacen evidentes en la ejecución de los procedimientos.
Los médicos se expresan de manera adecuada al intercambiar conmigo y mis familiares.
Los médicos tienen una apariencia adecuada al presentarse ante mí y mis familiares.
La comunicación médico-paciente-familiares satisface mis expectativas.
Enfermeros
Los enfermeros están a la escucha de cualquier inquietud o reclamación.
Los enfermeros me informan sobre mi estado de salud en caso de ser necesario, lo mismo a mis familiares.
Los enfermeros responden a mis preguntas, dudas, necesidad de aclaraciones.
Los enfermeros explican al aplicar los medicamentos en los horarios precisados por los especialistas, conocen las alternativas de tratamiento, todo ello en caso de que lo requiera tanto yo como mis familiares.
Los enfermeros se expresan de manera adecuada.
Los enfermeros tienen una apariencia adecuada.
La comunicación enfermero-paciente-familiares satisface mis expectativas.
Personal de apoyo
El personal de apoyo explica correctamente en caso de que se le pregunte sobre los médicos, enfermeros, hospital.
El personal de apoyo se expresa de manera adecuada.
El personal de apoyo tiene una apariencia adecuada.
La comunicación personal de apoyo-paciente-familiares satisface mis expectativas.

Dimensión 5: Infraestructura

Acceso e información
El hospital cuenta con la señalización intrahospitalaria adecuada.
El hospital tiene una señalización extra hospitalaria adecuada.
El servicio es accesible.
El sistema de información en el hospital se muestra organizado por sus resultados en el intercambio con los pacientes y familiares.
El acceso e información satisface mis expectativas.
Estado de los equipos e instrumental
El personal médico (médicos y enfermeros) dispone de los equipos para atenderme.
El personal médico (médicos y enfermeros) dispone del instrumental para la realización de sus actividades.
El personal de apoyo cuenta con los instrumentos y equipos para la realización de sus funciones.
El estado de los equipos e instrumental satisface mis expectativas.
Estado de los locales a los que se accede
Los locales de espera están limpios.
Los locales de espera son amplios.
Los locales de espera disponen de los asientos necesarios.

Los locales de espera están bien iluminados.
Los locales de espera no son ruidosos.
Los locales de espera cuentan con un baño para acceso de los pacientes y familiares.
Los locales de espera tienen un ambiente agradable.
Las consultas están limpias.
Las consultas tienen buenas condiciones de privacidad.
Las consultas disponen del mobiliario necesario.
Las consultas están bien iluminadas.
Las consultas no son ruidosas.
Las consultas tienen un ambiente agradable.
Las salas están limpias.
Los baños en las salas se mantienen con una correcta higiene.
Las salas disponen del mobiliario necesario para los pacientes.
Las salas disponen del mobiliario necesario para los familiares.
Las salas están bien iluminadas.
Las salas no son ruidosas.
Las salas tienen un ambiente agradable.
Los salones tienen condiciones seguras.
Los salones están bien iluminados.
Los salones no son ruidosos de manera que afecten la ejecución de los procedimientos médicos.
Los salones tienen un ambiente agradable.
Alimentación
La alimentación es acorde a la dieta que debo seguir.
Los alimentos están bien elaborados.
Los alimentos se sirven en recipientes limpios y con cuidados.
Los alimentos que recibo satisfacen mis expectativas.

Anexo 17: Consulta a expertos para analizar lista de ítems

Fuente: Elaboración propia

A usted, como experto seleccionado para apoyar la presente investigación que se desarrolla en el Centro Especializado Ambulatorio de Cienfuegos con el objetivo de medir la calidad percibida por los clientes asistenciales (pacientes y familiares) de los servicios quirúrgicos, se le solicita colaboración para identificar, de las variables que se tienen en cuenta según un estudio de la literatura, las que verdaderamente deben incluirse, a lo que también puede realizar sugerencias en cada una de las dimensiones que se consideran: preparación del capital humano, actitud del capital humano, tiempo de atención, comunicación e infraestructura.

Las variables aparecen listadas en las tablas a continuación y usted colocará una x si cree que no deben faltar cuando de la medición de calidad percibida se trata. Al final aparece un apartado dedicado a las sugerencias o consideraciones que usted pueda aportar a los autores de esta investigación.

Este es el punto de partida para el diseño del instrumento que será aplicado a los pacientes y familiares, téngalo en cuenta y sea consciente en su respuesta.

Gracias por su colaboración.

Preparación del Capital Humano

Médicos	
Los médicos se preocupan por tratar de solucionar los problemas por los que he acudido a su atención.	
Los médicos se interesan por conocer mi historia clínica y entienden claramente mis necesidades médicas.	
Los médicos demuestran su conocimiento de mi enfermedad al intercambiar conmigo con seguridad y cuidado.	
Los médicos se interesan en dar seguimiento a mi caso.	
El proceso de atención se realiza con privacidad.	
Enfermeros	
El personal de enfermería demuestra sus conocimientos y habilidades en la realización de su trabajo con disposición.	
Los enfermeros conocen mi enfermedad y los datos de mi historia clínica.	
El personal de enfermería respeta la privacidad del paciente.	
Los enfermeros apoyan en la solución de mis problemas de salud cumpliendo con lo que han establecido los especialistas.	

Personal de servicio	
El personal de servicio realiza su trabajo de manera que no se afectan las labores de médicos y enfermeros, mostrando su dominio del mismo.	

Actitud del Capital Humano

Médicos	
Los médicos son respetuosos en el trato conmigo y mis familiares.	
Los médicos son amables en el trato conmigo y mis familiares.	
Los médicos se muestran preocupados por mi caso.	
Los médicos son comprensivos, se interesan por mis preocupaciones, malestares y estado de ánimo.	
Los médicos me hacen sentir confianza en los conocimientos y cuidados que brindan en el proceso de atención.	
Enfermeros	
El trato de los enfermeros es respetuoso.	
Los enfermeros son amables conmigo y mis familiares.	
Los enfermeros son preocupados por cada caso.	
La comprensión, apoyo y dedicación de los enfermeros ante los procedimientos de atención, es adecuada.	
El cuidado de los enfermeros me ofrece confianza.	
Personal de servicio	
El trato del personal de servicio es respetuoso.	
El personal de servicio es amable conmigo y mis familiares.	
El personal de servicio se preocupa por mí.	
El personal de servicio se preocupa y está presto a la ayuda en la institución.	

Tiempo de atención

Médicos	
Los médicos llegan en el horario fijado para el proceso de atención médica.	
Los médicos dedican el tiempo necesario para satisfacer todas mis dudas y las de mis familiares, para mi atención.	
Los médicos tratan de que se reduzcan los tiempos de espera para su atención.	
Los médicos especifican el tiempo de seguimiento al proceder que realizan.	
Enfermeros	
Los enfermeros están presentes cuando los necesito.	
Los enfermeros dedican el tiempo necesario para mi atención.	
Los enfermeros tratan de que se reduzcan los tiempos de espera para sus servicios.	
Personal de servicio	
El personal de servicio trata de reducir los tiempos de espera.	
El personal de servicio dedica el tiempo requerido a cada paciente y sus familiares.	
El personal de servicio se encuentra en el momento en que debe estar para la realización de su trabajo.	

Comunicación

Médicos	
Los médicos están a la escucha de cualquier inquietud, duda o reclamación.	
Los médicos me informan sobre mi estado de salud, consecuencias y resultados clínicos, incluyendo aquellos que han tenido eventos no esperados, lo mismo a mis familiares.	
Los médicos responden a mis preguntas.	
Los médicos explican sobre los medicamentos: horarios, efectos, alternativas de tratamiento.	
Los médicos se comunican con otros especialistas a los que debo recurrir para mantenerse al tanto.	
El equipo de salud mantiene relaciones adecuadas que se hacen evidentes en el proceso de atención.	
Los médicos se expresan de manera adecuada al intercambiar conmigo y mis familiares.	
Los médicos tienen una apariencia adecuada al presentarse ante mí y mis familiares.	
Enfermeros	
Los enfermeros están a la escucha de cualquier inquietud o reclamación.	
Los enfermeros me informan sobre mi estado de salud en caso de ser necesario, lo mismo a mis familiares.	
Los enfermeros responden a mis preguntas, dudas, necesidad de aclaraciones.	
Los enfermeros explican al aplicar los medicamentos en los horarios precisados por los especialistas, conocen las alternativas de tratamiento, todo ello en caso de que lo requiera tanto yo como mis familiares.	
Los enfermeros se expresan de manera adecuada.	
Los enfermeros tienen una apariencia adecuada.	
Personal de servicio	
El personal de servicio explica correctamente en caso de que se le pregunte sobre los médicos, enfermeros, hospital.	
El personal de servicio se expresa de manera adecuada.	
El personal de servicio tiene una apariencia adecuada.	

Infraestructura

Información	
El hospital cuenta con la señalización intrahospitalaria adecuada.	
El hospital tiene una señalización extra hospitalaria adecuada.	
El sistema de información en el hospital se ajusta a las necesidades de los usuarios.	
Estado de los equipos e instrumental	
En el proceso de asistencia se dispone de los equipos para atenderme o se buscan alternativas para hacerlo de manera segura.	
En el proceso de asistencia se tiene el instrumental o se buscan alternativas para atenderme.	

Estado de los locales a los que se accede	
Los locales de espera tienen adecuadas condiciones.	
Las consultas tienen adecuadas condiciones.	
Las salas tienen adecuadas condiciones.	
Los salones tienen adecuadas condiciones.	
Vestuario y ropa de cama	
En el hospital me brindan ropa de cama limpia para mi estancia en el mismo.	
El vestuario que debo utilizar para determinados procedimientos médicos está limpio.	
Alimentación	
La alimentación es acorde a la dieta que debo seguir.	
Los alimentos están bien elaborados.	
Los alimentos se sirven en recipientes limpios y con cuidados.	

Sugerencias:

Anexo 18: Procesamiento de la consulta a expertos en SPSS Versión 19.0

Fuente: Elaboración propia

Estadísticos de contraste

N	9
W de Kendall ^a	.544
Chi-cuadrado	313.446
gl	64
Sig. asintót.	.000

a. Coeficiente de
concordancia de Kendall

Prueba de hipótesis:

Como $P\text{-Value} = 0.000 < \alpha$ se rechaza H_0 y puede afirmarse que el juicio de los expertos es consistente, existe comunidad de preferencia entre estos con un W de Kendall mayor que 0,5.

Siendo probada la consistencia entre el juicio intuitivo de los expertos se procede a realizar un análisis de los rangos promedio para reducir ítems.

Reducción de ítems:

Rangos	
	Rango promedio
Los médicos se preocupan por tratar de solucionar los problemas por los que he acudido a su atención.	39.06
Los médicos se interesan por conocer mi historia clínica y entienden claramente mis necesidades médicas	35.44
Los médicos demuestran su conocimiento de mi enfermedad al intercambiar conmigo con seguridad y cuidado	35.44
Los médicos se interesan en dar seguimiento a mi caso	35.44
El proceso de atención se realiza con privacidad	35.44
El personal de enfermería demuestra sus conocimientos y habilidades en la realización de su trabajo con disposición	35.44
Los enfermeros conocen mi enfermedad y los datos de mi historia clínica	35.44
El personal de enfermería respeta la privacidad del paciente	35.44

Los enfermeros apoyan en la solución de mis problemas de salud cumpliendo con lo que han establecido los especialistas	39.06
El personal de servicio realiza su trabajo de manera que no se afectan las labores de médicos y enfermeros, mostrando su dominio del mismo	39.06
Los médicos son respetuosos en el trato conmigo y mis familiares	31.83
Los médicos son amables en el trato conmigo y mis familiares	35.44
Los médicos se muestran preocupados por mi caso	13.78
Los médicos son comprensivos, se interesan por mis preocupaciones, malestares y estado de ánimo	35.44
Los médicos me hacen sentir confianza en los conocimientos y cuidados que brindan en el proceso de atención	35.44
El trato de los enfermeros es respetuoso	31.83
Los enfermeros son amables conmigo y mis familiares	35.44
Los enfermeros son preocupados por cada caso	13.78
La comprensión, apoyo y dedicación de los enfermeros ante los procedimientos de atención, es adecuada	35.44
El cuidado de los enfermeros me ofrece confianza	35.44
El trato del personal de servicio es respetuoso	35.44
El personal de servicio es amable conmigo y mis familiares	39.06
El personal de apoyo se preocupa por mi	13.78
El personal de servicio se preocupa y está presto a la ayuda en la institución	35.44
Los médicos llegan en el horario fijado para el proceso de atención médica	39.06
Los médicos dedican el tiempo necesario para satisfacer todas mis dudas y las de mis familiares, para mi atención	35.44
Los médicos tratan de que se reduzcan los tiempos de espera para su atención	6.56
Los médicos especifican el tiempo de seguimiento al proceder que realizan	13.78
Los enfermeros están presentes cuando los necesito	35.44
Los enfermeros dedican el tiempo necesario para mi atención	39.06
Los enfermeros tratan de que se reduzcan los tiempos de espera para sus servicios	13.78
El personal de servicio trata de reducir los tiempos de espera	10.17
El personal de servicio dedica el tiempo requerido a cada paciente y sus familiares	35.44
El personal de servicio se encuentra en el momento en que debe estar para la realización de su trabajo	39.06

Los médicos están a la escucha de cualquier inquietud, duda o reclamación	35.44
Los médicos me informan sobre mi estado de salud, consecuencias y resultados clínicos, incluyendo aquellos que han tenido eventos no esperados, lo mismo a mis familiares	39.06
Los médicos responden a mis preguntas	35.44
Los médicos explican sobre los medicamentos: horarios, efectos, alternativas de tratamiento	39.06
Los médicos se comunican con otros especialistas a los que debo recurrir para mantenerse al tanto	31.83
El equipo de salud mantiene relaciones adecuadas que se hacen evidentes en el proceso de atención	28.22
Los médicos se expresan de manera adecuada al intercambiar conmigo y mis familiares	31.83
Los médicos tienen una apariencia adecuada al presentarse ante mí y mis familiares	35.44
Los enfermeros están a la escucha de cualquier inquietud o reclamación	35.44
Los enfermeros me informan sobre mi estado de salud en caso de ser necesario, lo mismo a mis familiares	31.83
Los enfermeros responden a mis preguntas, dudas, necesidad de aclaraciones	31.83
Los enfermeros explican al aplicar los medicamentos en los horarios precisados por los especialistas, conocen las alternativas de tratamiento, todo ello en caso de que lo requiera tanto yo como mis familiares	31.83
Los enfermeros se expresan de manera adecuada	39.06
Los enfermeros tienen una apariencia adecuada	35.44
El personal de apoyo explica correctamente en caso de que se le pregunte sobre los médicos, enfermeros, hospital	13.78
El personal de apoyo se expresa de manera adecuada	39.06
El personal de apoyo tiene una apariencia adecuada	35.44
El hospital cuenta con la señalización intrahospitalaria adecuada	39.06
El hospital tiene una señalización extra hospitalaria adecuada	35.44
El sistema de información en el hospital se ajusta a las necesidades de los usuarios	39.06
En el proceso de asistencia se dispone de los equipos para atenderme o se buscan alternativas para hacerlo de manera segura	24.61
En el proceso de asistencia se tiene el instrumental o se buscan alternativas para atenderme	24.61
Los locales de espera tienen adecuadas condiciones	39.06
Las consultas tienen adecuadas condiciones	39.06

Tablas de frecuencia
Los médicos se muestran preocupados por mi caso

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	7	77.8	77.8	77.8
	Si	2	22.2	22.2	100.0
	Total	9	100.0	100.0	

Los enfermeros son preocupados por cada caso

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	7	77.8	77.8	77.8
	Si	2	22.2	22.2	100.0
	Total	9	100.0	100.0	

El personal de apoyo se preocupa por mi

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	7	77.8	77.8	77.8
	Si	2	22.2	22.2	100.0
	Total	9	100.0	100.0	

Los médicos tratan de que se reduzcan los tiempos de espera para su atención

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	9	100.0	100.0	100.0

Los médicos especifican el tiempo de seguimiento al proceder que realizan

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	7	77.8	77.8	77.8
	Si	2	22.2	22.2	100.0
	Total	9	100.0	100.0	

Los enfermeros tratan de que se reduzcan los tiempos de espera para sus servicios

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos No	7	77.8	77.8	77.8
Si	2	22.2	22.2	100.0
Total	9	100.0	100.0	

El personal de servicio trata de reducir los tiempos de espera

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos No	8	88.9	88.9	88.9
Si	1	11.1	11.1	100.0
Total	9	100.0	100.0	

El personal de apoyo explica correctamente en caso de que se le pregunte sobre los médicos, enfermeros, hospital

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos No	7	77.8	77.8	77.8
Si	2	22.2	22.2	100.0
Total	9	100.0	100.0	

Se evidencia de este análisis que la mediana para todos los casos es 0 y las frecuencias de marcado apuntan en un mayor por ciento a que no deben incluirse en el estudio estos ítems.

Anexo 19: Cuestionario para evaluar calidad percibida
Fuente: Elaboración propia

CALIDAD DE ATENCIÓN EN SERVICIOS DEL CEA, CIENFUEGOS

Instrucciones: A usted, como paciente del Centro Especializado Ambulatorio (CEA) de Cienfuegos, se acude con el objetivo de conocer criterios sobre la atención recibida, su ayuda permitirá enfocar acciones para elevar la calidad del servicio que se brinda.

Todo lo que se desarrolla en tres apartados:

I) Una tabla que debe completar con datos que se solicitan, no aparece su nombre así que estos son sólo un referente, porque se considera el anonimato.

II) Listas que le facilitarán evaluar, en función de su experiencia con los médicos, enfermeros, personal de servicio e infraestructura. Usted debe marcar con una x en la casilla acorde a su actitud respecto a las proposiciones donde:

1- Totalmente en desacuerdo

4- De acuerdo

2- En desacuerdo

5- Totalmente de acuerdo

3- Ni de acuerdo, ni en
desacuerdo

Cada uno de los apartados tiene además una pregunta relacionada con la satisfacción.

III) Sugerencias, en caso de que las considere necesarias.

SU COLABORACIÓN ES IMPORTANTE, GRACIAS

I- DATOS GENERALES: Marque con una X o indique

Edad	Menos de 18_____	Entre 46 y 60_____
	Entre 19 y 29_____	Entre 61 y 75_____
	Entre 30 y 45_____	Más de 75_____
Sexo	F_____	M_____
Especialidad en que se atendió		
Lugar en que se le dio seguimiento	CEA_____	Hospital GAL_____
	Área de salud_____	Otros _____
Nivel de escolaridad		

I- EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN: Marque con una X

MÉDICOS

Criterios para su evaluación	TOTALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NI DE ACUERDO, NI EN DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
Los médicos se preocupan por tratar de solucionar los problemas por los que he acudido a su atención.					
Los médicos se interesan por conocer mi historia clínica y entienden claramente mis necesidades médicas.					
Los médicos demuestran su conocimiento de mi enfermedad al intercambiar conmigo con seguridad y cuidado.					
Los médicos se interesan en dar seguimiento a mi caso.					
El proceso de atención se realiza con una adecuada privacidad.					
Los médicos son respetuosos en el trato conmigo y mis familiares.					
Los médicos son amables en el trato conmigo y mis familiares.					
Los médicos son comprensivos, se interesan por mis preocupaciones, malestares y estado de ánimo.					
Los médicos me hacen sentir confianza en los conocimientos y cuidados que brindan en el proceso de atención.					
Los médicos llegan en el horario fijado para el proceso de atención médica.					
Los médicos dedican el tiempo necesario para satisfacer todas mis dudas y las de mis familiares, para mi atención.					
Los médicos están a la escucha de cualquier inquietud, duda o reclamación.					
Los médicos me informan sobre mi estado de salud, consecuencias y resultados clínicos, incluyendo aquellos que han tenido eventos no esperados, lo mismo a mis familiares.					
Los médicos responden a mis preguntas.					
Los médicos explican sobre los medicamentos: horarios, efectos, alternativas de tratamiento.					
Los médicos se comunican con otros especialistas a los que debo recurrir para mantenerse al tanto.					
El equipo de salud mantiene relaciones adecuadas que se hacen evidentes en el proceso de atención.					
Los médicos se expresan de manera adecuada al intercambiar conmigo y mis familiares.					
Los médicos tienen una apariencia adecuada al presentarse ante mí y mis familiares.					

De manera general, con la atención médica recibida usted está: Marque su criterio con X

_____Muy insatisfecho

_____Insatisfecho

_____Medianamente satisfecho

_____Satisfecho

_____Muy satisfecho

ENFERMEROS

Criterios para su evaluación	TOTALMEN TE EN DESACUERD O	EN DESACUERDO	NI DE ACUERDO, NI EN DESACUER DO	DE ACUERDO	TOTALMEN TE DE ACUERDO
El personal de enfermería demuestra sus conocimientos y habilidades en la realización de su trabajo con disposición.					
Los enfermeros conocen mi enfermedad y los datos de mi historia clínica.					
El personal de enfermería respeta la privacidad del paciente.					
Los enfermeros apoyan en la solución de mis problemas de salud cumpliendo con lo que han establecido los especialistas, preocupados por cada caso.					
El trato de los enfermeros es respetuoso.					
Los enfermeros son amables conmigo y mis familiares.					
La comprensión, apoyo y dedicación de los enfermeros ante los procedimientos de atención, es adecuada.					
El cuidado y trabajo de los enfermeros me ofrece confianza.					
Los enfermeros están presentes cuando necesito su atención.					
Los enfermeros dedican el tiempo necesario para mi atención.					
Los enfermeros están a la escucha de cualquier inquietud o reclamación.					
Los enfermeros me informan sobre mi estado de salud en caso de ser necesario, lo mismo a mis familiares.					
Los enfermeros responden a mis preguntas, dudas, necesidad de aclaraciones.					
Los enfermeros explican al aplicar los medicamentos en los horarios precisados por los especialistas, conocen las alternativas de tratamiento, todo ello en caso de que lo requiera tanto yo como mis familiares.					
Los enfermeros se expresan de manera adecuada.					
Los enfermeros tienen una apariencia adecuada.					

De manera general, con la atención de enfermería recibida usted está: Marque su criterio con X

_____ Muy insatisfecho
 _____ Insatisfecho

_____ Medianamente satisfecho
 _____ Satisfecho
 _____ Muy satisfecho

PERSONAL DE SERVICIO

Criterios para su evaluación	TOTALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NI DE ACUERDO, NI EN DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
El personal de servicio realiza su trabajo de manera que no se afectan las labores de médicos y enfermeros, mostrando dominio del mismo.					
El trato del personal de servicio es respetuoso.					
El personal de servicio es amable conmigo y mis familiares.					
El personal de servicio se preocupa y está presto a la ayuda en la institución.					
El personal de servicio dedica el tiempo requerido a cada paciente y sus familiares.					
El personal de servicio se encuentra en el momento en que debe estar para la realización de su trabajo.					
El personal de apoyo se expresa de manera adecuada.					
El personal de apoyo tiene una apariencia adecuada.					

De manera general, con la atención del personal de servicios usted está: Marque su criterio con X

_____ Muy insatisfecho

_____ Insatisfecho

_____ Medianamente satisfecho

_____ Satisfecho

_____ Muy satisfecho

INFRAESTRUCTURA

Criterios para su evaluación	TOTALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NI DE ACUERDO, NI EN DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
Información					
El hospital cuenta con la señalización intrahospitalaria adecuada.					
El hospital tiene una señalización extra hospitalaria adecuada.					
El sistema de información en el hospital se ajusta a las necesidades de los usuarios.					
Estado de los equipos e instrumental					
En el proceso de asistencia se dispone de los equipos para atenderme o se buscan alternativas para hacerlo de manera segura.					
En el proceso de asistencia se tiene el instrumental o se buscan alternativas para atenderme.					
Estado de los locales a los que se accede					
Los locales de espera en el hospital tienen adecuadas condiciones.					
Las consultas tienen adecuadas condiciones.					
Las salas tienen adecuadas condiciones.					
Los salones de operación tienen adecuadas condiciones.					
Vestuario y ropa de cama					
En el hospital me brindan ropa de cama limpia para mi estancia en el mismo.					
El vestuario que debo utilizar para determinados procedimientos médicos está limpio.					

De manera general, con la infraestructura hospitalaria usted está: Marque su criterio con X

- ☐ Muy insatisfecho
☐ Insatisfecho
☐ Medianamente satisfecho
☐ Satisfecho
☐ Muy satisfecho

III) SUGERENCIAS

Anexo 20: Análisis descriptivo para médicos

Fuente: Elaboración propia a partir de SPSS, Versión 19

Estadísticos																			
	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	M12	M13	M14	M15	M16	M17	M18	M19
N Válidos	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95
Perdidos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Media	4.82	4.71	4.80	4.85	4.69	4.89	4.88	4.80	4.74	3.63	4.57	4.76	4.79	4.76	4.81	4.78	4.65	4.84	4.87
Mediana	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	4.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00
Moda	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Desv. típ.	.412	.523	.402	.385	.566	.309	.322	.475	.510	1.297	.663	.540	.410	.455	.468	.442	.561	.367	.334
Varianza	.170	.274	.162	.148	.321	.095	.103	.226	.260	1.682	.439	.292	.168	.207	.219	.195	.314	.134	.112
Rango	2	2	1	2	2	1	1	2	2	4	3	3	1	2	2	2	2	1	1
Mínimo	3	3	4	3	3	4	4	3	3	1	2	2	4	3	3	3	3	4	4
Máximo	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5

La variable con menor mediana y mayor rango de variación es la que a continuación se analiza considerando la frecuencia:

Los médicos llegan en el horario fijado para el proceso de atención médica.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Totalmente en desacuerdo	6	6.3	6.3	6.3
	En desacuerdo	16	16.8	16.8	23.2
	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	19	20.0	20.0	43.2
	De acuerdo	20	21.1	21.1	64.2
	Totalmente de acuerdo	34	35.8	35.8	100.0
Total		95	100.0	100.0	

Anexo 21: Análisis de fiabilidad y validez para médicos (última corrida)

Fuente: Elaboración propia a partir de SPSS, Versión 19

Fiabilidad

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.751	13

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Los médicos demuestran su conocimiento de mi enfermedad al intercambiar conmigo con seguridad y cuidado.	56.22	12.217	.494	.728
El proceso de atención se realiza con una adecuada privacidad.	56.33	11.201	.592	.710
Los médicos son respetuosos en el trato conmigo y mis familiares.	56.13	12.729	.428	.737
Los médicos son amables en el trato conmigo y mis familiares.	56.14	12.460	.529	.730
Los médicos son comprensivos, se interesan por mis preocupaciones, malestares y estado de ánimo.	56.22	11.642	.586	.716
Los médicos me hacen sentir confianza en los conocimientos y cuidados que brindan en el proceso de atención.	56.28	11.844	.474	.725
Los médicos llegan en el horario fijado para el proceso de atención médica.	57.39	11.389	.079	.847
Los médicos me informan sobre mi estado de salud, consecuencias y resultados clínicos, incluyendo aquellos que han tenido eventos no esperados, lo mismo a mis familiares.	56.45	11.080	.509	.718
Los médicos están a la escucha de cualquier inquietud, duda o reclamación.	56.26	11.558	.522	.719
Los médicos responden a mis preguntas.	56.26	12.026	.486	.726
Los médicos se comunican con otros especialistas a los que debo recurrir para mantenerse al tanto.	56.24	12.505	.341	.739
Los médicos se expresan de manera adecuada al intercambiar conmigo y mis familiares.	56.18	12.446	.458	.732
Los médicos tienen una apariencia adecuada al presentarse ante mí y mis familiares.	56.15	12.553	.465	.733

Factorial

Variables	MSA
M3	0.841
M5	0.835
M6	0.798
M7	0.755
M8	0.739
M9	0.799
M10	0.318
M11	0.811
M12	0.752
M14	0.815
M16	0.702
M18	0.775
M19	0.831

KMO y prueba de Bartlett

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.	.780
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado
	gl
	Sig.
	420.142
	78
	.000

Comunalidades

	Inicial	Extracción
Los médicos demuestran su conocimiento de mi enfermedad al intercambiar conmigo con seguridad y cuidado.	1.000	.572
El proceso de atención se realiza con una adecuada privacidad.	1.000	.637
Los médicos son respetuosos en el trato conmigo y mis familiares.	1.000	.610
Los médicos son amables en el trato conmigo y mis familiares.	1.000	.615
Los médicos son comprensivos, se interesan por mis preocupaciones, malestares y estado de ánimo.	1.000	.725
Los médicos me hacen sentir confianza en los conocimientos y cuidados que brindan en el proceso de atención.	1.000	.626
Los médicos llegan en el horario fijado para el proceso de atención médica.	1.000	.940
Los médicos me informan sobre mi estado de salud, consecuencias y resultados clínicos, incluyendo aquellos que han tenido eventos no esperados, lo mismo a mis familiares.	1.000	.686
Los médicos están a la escucha de cualquier inquietud, duda o reclamación.	1.000	.722
Los médicos responden a mis preguntas.	1.000	.675
Los médicos se comunican con otros especialistas a los que debo recurrir para mantenerse al tanto.	1.000	.597
Los médicos se expresan de manera adecuada al intercambiar conmigo y mis familiares.	1.000	.540
Los médicos tienen una apariencia adecuada al presentarse ante mí y mis familiares.	1.000	.575

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	4.666	35.893	35.893	4.666	35.893	35.893	2.781	21.390	21.390
2	1.652	12.709	48.602	1.652	12.709	48.602	2.512	19.325	40.714
3	1.132	8.709	57.311	1.132	8.709	57.311	2.128	16.372	57.086
4	1.071	8.239	65.550	1.071	8.239	65.550	1.100	8.464	65.550
5	.812	6.243	71.793						
6	.648	4.987	76.780						
7	.628	4.834	81.613						
8	.574	4.417	86.031						
9	.535	4.115	90.146						
10	.441	3.389	93.534						
11	.322	2.473	96.008						
12	.301	2.312	98.319						
13	.218	1.681	100.000						

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Matriz de componentes rotados ^a				
	Componente			
	1	2	3	4
Los médicos demuestran su conocimiento de mi enfermedad al intercambiar conmigo con seguridad y cuidado.			.689	
El proceso de atención se realiza con una adecuada privacidad.	.700			
Los médicos son respetuosos en el trato conmigo y mis familiares.	.763			
Los médicos son amables en el trato conmigo y mis familiares.	.614			
Los médicos son comprensivos, se interesan por mis preocupaciones, malestares y estado de ánimo.	.707			
Los médicos me hacen sentir confianza en los conocimientos y cuidados que brindan en el proceso de atención.	.727			
Los médicos llegan en el horario fijado para el proceso de atención médica.				.965
Los médicos me informan sobre mi estado de salud, consecuencias y resultados clínicos, incluyendo aquellos que han tenido eventos no esperados, lo mismo a mis familiares.			.779	
Los médicos están a la escucha de cualquier inquietud, duda o reclamación.		.791		
Los médicos responden a mis preguntas.		.625		
Los médicos se comunican con otros especialistas a los que debo recurrir para mantenerse al tanto.		.764		
Los médicos se expresan de manera adecuada al intercambiar conmigo y mis familiares.		.679		
Los médicos tienen una apariencia adecuada al presentarse ante mí y mis familiares.			.613	

Con el objetivo de que en un solo factor no se agrupara una sola variable se procede a probar prefijando para el estudio 3 factores pero la varianza explicada es inferior al 60%, lo que para esta investigación no se admite.

Anexo 22: Análisis descriptivo para enfermeros

Fuente: Elaboración propia a partir de SPSS, Versión 19

Estadísticos																
	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15	E16
N Válidos	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95
Perdidos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Media	4.76	4.64	4.71	4.81	4.75	4.82	4.76	4.72	4.72	4.75	4.76	4.77	4.71	4.82	4.80	4.83
Mediana	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00
Moda	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Desv. típ.	.455	.667	.503	.420	.483	.412	.477	.519	.577	.483	.540	.448	.543	.412	.402	.376
Varianza	.207	.445	.253	.176	.233	.170	.228	.269	.333	.233	.292	.201	.295	.170	.162	.142
Rango	2	4	2	2	2	2	2	2	3	2	3	2	2	2	1	1
Mínimo	3	1	3	3	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	4	4
Máximo	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5

La variable de mayor rango para el caso de los enfermeros es E2: los enfermeros se expresan de manera adecuada.

Los enfermeros se expresan de manera adecuada.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Totalmente en desacuerdo	1	1.1	1.1	1.1
	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	4	4.2	4.2	5.3
	De acuerdo	22	23.2	23.2	28.4
	Totalmente de acuerdo	68	71.6	71.6	100.0
	Total	95	100.0	100.0	

Anexo 23: Análisis de fiabilidad y validez para enfermeros

Fuente: Elaboración propia a partir de SPSS, Versión 19

Procesamiento inicial: Para contrarrestar el determinante de valor 0:

Al revisar el coeficiente Rho de Spearman en la matriz de correlaciones se evidencia que dos variables poseen la mayor cantidad de correlaciones no significativas en comparación con el resto: E6 y E7. Al examinar el coeficiente de correlación de Pearson para estas variables la primera no correlaciona significativamente con 5 variables, mientras la segunda no correlaciona con 2, en ambos casos aparecen correlaciones positivas y negativas. De todo este análisis se concluye que será suprimida del estudio la variable E6.

			Correlaciones															
			E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15	E16
Rho de Spearman	Los enfermeros son amables conmigo y mis familiares (E6)	Coeficient e de correlación	.275**	.267**	.394**	.221*	.541**	1	-.043	.448**	.383**	.397**	.339**	.158	.411**	.398**	.123	.392**
		Sig. (bilateral)	.007	.009	.000	.032	.000	.	.682	.000	.000	.000	.001	.126	.000	.000	.236	.000
	La comprensión, apoyo y dedicación de los enfermeros ante los procedimientos de atención, es adecuada (E7)	Coeficient e de correlación	.216*	.295**	.193	.228*	.267**	-.043	1	.357**	.327**	.437**	.254*	.438**	.317**	.249*	.381**	.107
		Sig. (bilateral)	.036	.004	.060	.026	.009	.682	.	.000	.001	.000	.013	.000	.002	.015	.000	.303

		Correlaciones															
		E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15	E16
Los enfermeros son amables conmigo y mis familiares.	Correlación de Pearson	.221*	.190	.308**	.171	.465**	1	-.060	.456**	.231*	.305**	.329**	.119	.475**	.373**	.103	.353**
	Sig. (bilateral)	.032	.065	.002	.098	.000		.561	.000	.024	.003	.001	.252	.000	.000	.322	.000
	N	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95

Fiabilidad y validez (última corrida)

Fiabilidad

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.854	12

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
El personal de enfermería demuestra sus conocimientos y habilidades en la realización de su trabajo con disposición.	52.34	11.268	.584	.840
Los enfermeros se expresan de manera adecuada.	52.45	10.655	.495	.849
El personal de enfermería respeta la privacidad del paciente.	52.39	11.347	.490	.846
Los enfermeros apoyan en la solución de mis problemas de salud cumpliendo con lo que han establecido los especialistas, preocupados por cada caso.	52.28	11.610	.514	.844
Los enfermeros están presentes cuando necesito su atención.	52.35	11.399	.498	.845
La comprensión, apoyo y dedicación de los enfermeros ante los procedimientos de atención, es adecuada.	52.34	11.460	.485	.846
Los enfermeros conocen mi enfermedad y los datos de mi historia clínica.	52.38	10.727	.581	.839
Los enfermeros dedican el tiempo necesario para mi atención.	52.35	11.208	.561	.841
Los enfermeros están a la escucha de cualquier inquietud o reclamación.	52.34	10.843	.597	.838
Los enfermeros explican al aplicar los medicamentos en los horarios precisados por los especialistas, conocen las alternativas de tratamiento, todo ello en caso de que lo requiera tanto yo como mis familiares.	52.27	11.477	.577	.841
El trato de los enfermeros es respetuoso.	52.29	11.721	.499	.845
Los enfermeros tienen una apariencia adecuada.	52.26	11.728	.538	.844

Análisis factorial

Determinante = .009

Variables	MSA
E1	0.843
E2	0.799
E3	0.814
E4	0.750
E5	0.848
E7	0.821
E9	0.792
E10	0.781
E11	0.731
E14	0.818
E15	0.806
E16	0.779

KMO y prueba de Bartlett

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.	.796
Prueba de esfericidad de Chi-cuadrado aproximado	416.364
Bartlett gl	66
Sig.	.000

Comunalidades

	Inicial	Extracción
El personal de enfermería demuestra sus conocimientos y habilidades en la realización de su trabajo con disposición.	1.000	.678
Los enfermeros se expresan de manera adecuada.	1.000	.526
El personal de enfermería respeta la privacidad del paciente.	1.000	.650
Los enfermeros apoyan en la solución de mis problemas de salud cumpliendo con lo que han establecido los especialistas, preocupados por cada caso.	1.000	.789
Los enfermeros están presentes cuando necesito su atención.	1.000	.618
La comprensión, apoyo y dedicación de los enfermeros ante los procedimientos de atención, es adecuada.	1.000	.689
Los enfermeros conocen mi enfermedad y los datos de mi historia clínica.	1.000	.655
Los enfermeros dedican el tiempo necesario para mi atención.	1.000	.793
Los enfermeros están a la escucha de cualquier inquietud o reclamación.	1.000	.684
Los enfermeros explican al aplicar los medicamentos en los horarios precisados por los especialistas, conocen las alternativas de tratamiento, todo ello en caso de que lo requiera tanto yo como mis familiares.	1.000	.691
El trato de los enfermeros es respetuoso.	1.000	.613
Los enfermeros tienen una apariencia adecuada.	1.000	.797

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	4.735	39.462	39.462	4.735	39.462	39.462	2.443	20.356	20.356
2	1.537	12.810	52.272	1.537	12.810	52.272	2.091	17.429	37.785
3	.990	8.252	60.524	.990	8.252	60.524	1.838	15.318	53.103
4	.919	7.662	68.186	.919	7.662	68.186	1.810	15.083	68.186
5	.813	6.779	74.964						
6	.662	5.513	80.477						
7	.582	4.847	85.324						
8	.467	3.890	89.214						
9	.424	3.532	92.747						
10	.372	3.104	95.851						
11	.274	2.286	98.137						
12	.224	1.863	100.000						

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Matriz de componentes rotados ^a				
	Componente			
	1	2	3	4
El personal de enfermería demuestra sus conocimientos y habilidades en la realización de su trabajo con disposición.		.718		
Los enfermeros se expresan de manera adecuada.	.558			
El personal de enfermería respeta la privacidad del paciente.	.785			
Los enfermeros apoyan en la solución de mis problemas de salud cumpliendo con lo que han establecido los especialistas, preocupados por cada caso.		.867		
Los enfermeros están presentes cuando necesito su atención.			.687	
La comprensión, apoyo y dedicación de los enfermeros ante los procedimientos de atención, es adecuada.				.717
Los enfermeros conocen mi enfermedad y los datos de mi historia clínica.		.590		
Los enfermeros dedican el tiempo necesario para mi atención.			.829	
Los enfermeros están a la escucha de cualquier inquietud o reclamación.	.571			.568
Los enfermeros explican al aplicar los medicamentos en los horarios precisados por los especialistas, conocen las alternativas de tratamiento, todo ello en caso de que lo requiera tanto yo como mis familiares.	.628			
El trato de los enfermeros es respetuoso.				.709
Los enfermeros tienen una apariencia adecuada.	.780			
Método de extracción: Análisis de componentes principales.				
Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.				
a. La rotación ha convergido en 8 iteraciones.				

Anexo 24: Análisis descriptivo para personal de servicios

Fuente: Elaboración propia a partir de SPSS, Versión 19

Estadísticos									
		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8
N	Válidos	95	95	95	95	95	95	95	95
	Perdidos	0	0	0	0	0	0	0	0
Media		4.63	4.53	4.45	4.66	4.54	4.62	4.25	4.72
Mediana		5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	4.00	5.00
Moda		5	5	5	5	5	5	4	5
Desv. típ.		.685	.697	.696	.629	.783	.717	.757	.519
Varianza		.469	.486	.484	.396	.613	.514	.574	.269
Rango		3	3	3	3	4	4	3	2
Mínimo		2	2	2	2	1	1	2	3
Máximo		5	5	5	5	5	5	5	5

El rango es alto para todas las variables, la única variable con mediana 4 es:

El personal de apoyo se expresa de manera adecuada.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	En desacuerdo	3	3.2	3.2	3.2
	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	9	9.5	9.5	12.6
	De acuerdo	44	46.3	46.3	58.9
	Totalmente de acuerdo	39	41.1	41.1	100.0
	Total	95	100.0	100.0	

Anexo 25: Análisis de fiabilidad y validez para personal de servicios (última corrida)

Fuente: Elaboración propia a partir de SPSS, Versión 19

Fiabilidad

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.878	8

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
El personal de servicio realiza su trabajo de manera que no se afectan las labores de médicos y enfermeros, mostrando dominio del mismo.	31.77	12.946	.612	.866
El trato del personal de servicio es respetuoso.	31.87	12.516	.696	.857
El personal de servicio es amable conmigo y mis familiares.	31.95	12.370	.731	.853
El personal de servicio se preocupa y está presto a la ayuda en la institución.	31.74	12.813	.716	.856
El personal de servicio dedica el tiempo requerido a cada paciente y sus familiares.	31.86	12.056	.693	.858
El personal de servicio se encuentra en el momento en que debe estar para la realización de su trabajo.	31.78	12.493	.676	.859
El personal de apoyo se expresa de manera adecuada.	32.15	13.021	.519	.877
El personal de apoyo tiene una apariencia adecuada.	31.68	14.197	.503	.876

Factorial

KMO y prueba de Bartlett

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.	.840
Prueba de esfericidad de Chi-cuadrado aproximado	363.929
Bartlett	gl
	28
	Sig.
	.000

Variables	MSA
P1	0.877
P2	0.835
P3	0.813
P4	0.890
P5	0.818
P6	0.813
P7	0.845
P8	0.847

Comunalidades

	Inicial	Extracción
El personal de servicio realiza su trabajo de manera que no se afectan las labores de médicos y enfermeros, mostrando dominio del mismo.	1.000	.508
El trato del personal de servicio es respetuoso.	1.000	.769
El personal de servicio es amable conmigo y mis familiares.	1.000	.772
El personal de servicio se preocupa y está presto a la ayuda en la institución.	1.000	.673
El personal de servicio dedica el tiempo requerido a cada paciente y sus familiares.	1.000	.603
El personal de servicio se encuentra en el momento en que debe estar para la realización de su trabajo.	1.000	.598
El personal de apoyo se expresa de manera adecuada.	1.000	.699
El personal de apoyo tiene una apariencia adecuada.	1.000	.637

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	4.376	54.694	54.694	4.376	54.694	54.694	3.325	41.560	41.560
2	.885	11.063	65.757	.885	11.063	65.757	1.936	24.197	65.757
3	.739	9.235	74.992						
4	.645	8.063	83.055						
5	.554	6.925	89.981						
6	.354	4.426	94.406						
7	.247	3.086	97.492						
8	.201	2.508	100.000						

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Matriz de componentes rotados^a

Variables	Componente	
	1	2
El personal de servicio realiza su trabajo de manera que no se afectan las labores de médicos y enfermeros, mostrando dominio del mismo.	.542	
El trato del personal de servicio es respetuoso.	.869	
El personal de servicio es amable conmigo y mis familiares.	.859	
El personal de servicio se preocupa y está presto a la ayuda en la institución.	.760	
El personal de servicio dedica el tiempo requerido a cada paciente y sus familiares.	.632	
El personal de servicio se encuentra en el momento en que debe estar para la realización de su trabajo.	.690	
El personal de apoyo se expresa de manera adecuada.		.810
El personal de apoyo tiene una apariencia adecuada.		.771

Anexo 26: Análisis descriptivo para infraestructura

Fuente: Elaboración propia a partir de SPSS, Versión 19

Estadísticos											
	I1	I2	I3	I4	I5	I6	I7	I8	I9	I10	I11
N Válidos	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95
Perdidos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Media	4.82	4.69	4.74	4.82	4.79	3.24	4.91	4.99	4.99	4.98	4.81
Mediana	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	3.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00
Moda	5	5	5	5	5	2	5	5	5	5	5
Desv. típ.	.565	.603	.605	.461	.435	1.089	.359	.103	.103	.144	.394
Varianza	.319	.363	.366	.212	.189	1.185	.129	.011	.011	.021	.155
Rango	3	3	3	2	2	3	2	1	1	1	1
Mínimo	2	2	2	3	3	2	3	4	4	4	4
Máximo	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5

La variable con menor mediana es la que se analiza considerando la tabla de frecuencias:

Los locales de espera en el hospital tienen adecuadas condiciones

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	En desacuerdo	31	32.6	32.6	32.6
	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	26	27.4	27.4	60.0
	De acuerdo	22	23.2	23.2	83.2
	Totalmente de acuerdo	16	16.8	16.8	100.0
	Total	95	100.0	100.0	

Anexo 27: Análisis de fiabilidad y validez para infraestructura (última corrida)

Fuente: Elaboración propia a partir de SPSS, Versión 19

Fiabilidad

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.511	10

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
El hospital cuenta con la señalización intrahospitalaria adecuada.	41.97	4.095	.461	.402
El hospital tiene una señalización extra hospitalaria adecuada.	42.09	3.938	.487	.386
El sistema de información en el hospital se ajusta a las necesidades de los usuarios.	42.05	3.901	.501	.380
En el proceso de asistencia se dispone de los equipos para atenderme o se buscan alternativas para hacerlo de manera segura.	41.97	4.563	.351	.450
En el proceso de asistencia se tiene el instrumental o se buscan alternativas para atenderme.	42.00	4.532	.402	.439
Los locales de espera en el hospital tienen adecuadas condiciones	43.55	4.527	-.053	.686
Las consultas tienen adecuadas condiciones	41.88	4.997	.211	.490
Las salas tienen adecuadas condiciones	41.80	5.481	-.053	.521
En el hospital me brindan ropa de cama limpia para mi estancia en el mismo.	41.81	5.389	.083	.513
El vestuario que debo utilizar para determinados procedimientos médicos está limpio.	41.98	5.255	.031	.526

Factorial

Variables	MSA
I1	0.642
I2	0.788
I3	0.633
I4	0.662
I5	0.715
I6	0.409
I7	0.457
I8	0.355
I10	0.421
I11	0.426

KMO y prueba de Bartlett

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.	.624
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado
	190.810
	gl
	45
	Sig.
	.000

Comunalidades

	Inicial	Extracción
El hospital cuenta con la señalización intrahospitalaria adecuada.	1.000	.630
El hospital tiene una señalización extra hospitalaria adecuada.	1.000	.642
El sistema de información en el hospital se ajusta a las necesidades de los usuarios.	1.000	.796
En el proceso de asistencia se dispone de los equipos para atenderme o se buscan alternativas para hacerlo de manera segura.	1.000	.636
En el proceso de asistencia se tiene el instrumental o se buscan alternativas para atenderme.	1.000	.664
Los locales de espera en el hospital tienen adecuadas condiciones	1.000	.620
Las consultas tienen adecuadas condiciones	1.000	.687
Las salas tienen adecuadas condiciones	1.000	.505
En el hospital me brindan ropa de cama limpia para mi estancia en el mismo.	1.000	.746
El vestuario que debo utilizar para determinados procedimientos médicos está limpio.	1.000	.741

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	2.735	27.355	27.355	2.735	27.355	27.355	2.661	26.612	26.612
2	1.402	14.016	41.370	1.402	14.016	41.370	1.356	13.556	40.168
3	1.309	13.088	54.459	1.309	13.088	54.459	1.327	13.267	53.435
4	1.221	12.210	66.669	1.221	12.210	66.669	1.323	13.234	66.669
5	.882	8.817	75.486						
6	.731	7.311	82.798						
7	.593	5.926	88.724						
8	.461	4.605	93.329						
9	.352	3.524	96.853						
10	.315	3.147	100.000						

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Matriz de componentes rotados ^a				
	Componente			
	1	2	3	4
El hospital cuenta con la señalización intrahospitalaria adecuada.	.698			
El hospital tiene una señalización extra hospitalaria adecuada.	.741			
El sistema de información en el hospital se ajusta a las necesidades de los usuarios.	.793			
En el proceso de asistencia se dispone de los equipos para atenderme o se buscan alternativas para hacerlo de manera segura.	.664			
En el proceso de asistencia se tiene el instrumental o se buscan alternativas para atenderme.	.717			
Los locales de espera en el hospital tienen adecuadas condiciones			-.760	
Las consultas tienen adecuadas condiciones				.809
Las salas tienen adecuadas condiciones			.622	
En el hospital me brindan ropa de cama limpia para mi estancia en el mismo.		.840		
El vestuario que debo utilizar para determinados procedimientos médicos está limpio.		.738		
Método de extracción: Análisis de componentes principales.				
Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.				
a. La rotación ha convergido en 5 iteraciones.				

Anexo 28: Análisis descriptivo para la variable satisfacción

Fuente: Elaboración propia a partir de SPSS, Versión 19

Satisfacción con los médicos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Medianamente satisfecho-B	4	4.2	4.2	4.2
	Satisfecho-MB	46	48.4	48.4	52.6
	Muy satisfecho-E	45	47.4	47.4	100.0
	Total	95	100.0	100.0	

Satisfacción con el personal de enfermería

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Medianamente satisfecho-B	6	6.3	6.3	6.3
	Satisfecho-MB	11	11.6	11.6	17.9
	Muy satisfecho-E	78	82.1	82.1	100.0
	Total	95	100.0	100.0	

Satisfacción con el personal de servicios

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Insatisfecho-R	2	2.1	2.1	2.1
	Medianamente satisfecho-B	12	12.6	12.6	14.7
	Satisfecho-MB	24	25.3	25.3	40.0
	Muy satisfecho-E	57	60.0	60.0	100.0
	Total	95	100.0	100.0	

Satisfacción con la infraestructura

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Medianamente satisfecho-B	8	8.4	8.4	8.4
	Satisfecho-MB	52	54.7	54.7	63.2
	Muy satisfecho-E	35	36.8	36.8	100.0
	Total	95	100.0	100.0	

Anexo 29: Programa de mejoras para criterios relevantes de los pacientes relacionados con los médicos

Fuente: Elaboración propia

Plan de mejoras para criterios relevantes de los pacientes: Los médicos no llegan en el horario fijado para el proceso de atención					
¿Qué?	¿Quién?	¿Cómo?	¿Por qué?	¿Dónde?	¿Cuándo?
Cambiar el horario de inicio de consultas en el CEA de 9:00 am a 8:30 am	Dirección del CEA	Reajustando la organización del trabajo en la mañana	Porque los pacientes de la primera consulta esperan alrededor de una hora para ser atendidos si llegan en medibus y se van aglomerando más personas en el local de espera que es pequeño a lo que también se asocian indisciplinas	CEA	Junio de 2013
Revisar la planificación y organización del trabajo para el caso de capital humano compartido	Dirección del CEA-GAL	Analizando la carga de trabajo de los médicos en el mes y ajustando su distribución para satisfacer a los pacientes y no sobrecargar al personal de salud	Porque los médicos en ocasiones están sobrecargados y no pueden cumplir con todas las tareas que se les asignan en el tiempo indicado	CEA	Mensualmente

Revisar la planificación de los turnos y que esta se realice priorizando los casos de municipios	Dirección del CEA	Realizando la revisión del trabajo de la encargada de estas labores	Porque los pacientes de municipios dada la llegada de un solo medibus se aglomeran en las salas de espera	CEA	Junio de 2013
Fomentar la cultura de llegada en el horario de consulta en los pacientes	Todo el personal de salud que intercambia con los pacientes y sus familiares	Informando y dialogando al respecto con los pacientes y familiares	Porque las personas llegan antes o después y quieren recibir atención inmediata	CEA	Mayo 2013- Hasta tanto no se verifiquen cambios
Aumentar la exigencia a los médicos tanto del CEA como del GAL en el control de indisciplinas que afecten la satisfacción de los pacientes	Dirección del CEA-GAL	Tomando medidas en caso de indisciplinas	Porque los pacientes en ocasiones esperan porque el médico no llega a tiempo a la cirugía o a consulta sin motivos que la dirección conozca	CEA	Permanente
Valorar la posibilidad de realización de estudios de carga mental y capacidad de trabajo físico a partir de la coordinación con especialistas en el tema	Dirección del CEA-GAL	Estableciendo alianzas de trabajo que pueden ser no costosas a la institución	Porque el personal de salud requiere una atención especializada dada la carga mental del trabajo que realiza y debe disponer de una asignación de trabajo acorde a su capacidad	CEA	Septiembre de 2013

Estudiar alternativas para facilitar el transporte a los trabajadores, al menos del municipio de Cienfuegos	Dirección del GAL	Analizando posibles prestadores del servicio y sus costos	Porque el personal de salud requiere de este apoyo	GAL	En cuanto la institución lo considere oportuno de acuerdo a su presupuesto
---	-------------------	---	--	-----	--

Anexo 30: Programa de mejoras para criterios relevantes de los pacientes relacionados con infraestructura

Fuente: Elaboración propia

Plan de mejoras para criterios relevantes de los pacientes: El local de espera de consulta externa no tiene adecuadas condiciones					
¿Qué?	¿Quién?	¿Cómo?	¿Por qué?	¿Dónde?	¿Cuándo?
Valorar la posibilidad de ampliación del área destinada a la espera para consulta externa	Dirección del CEA- GAL	Consultando arquitectos para valorar alternativas	Porque el espacio es insuficiente dada la cantidad de pacientes- familiares que se reciben (100 diario como promedio)	CEA	Julio- Septiembre de 2013
Valorar la posibilidad de compra de bancos	Dirección del GAL	Analizando alternativas de compra	Porque la cantidad de bancos es insuficiente y es común encontrar familiares y pacientes de pie en espera de consulta	CEA	Junio- Septiembre de 2013

