



**UNIVERSIDAD DE CIENFUEGOS
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y EMPRESARIALES
DEPARTAMENTO DE INGENIERÍA INDUSTRIAL**

**TÍTULO: EVALUACIÓN DE LA CALIDAD PERCIBIDA DE
SERVICIOS DEL HOSPITAL “DR. GUSTAVO ALDEREGUÍA
LIMA” DE CIENFUEGOS. CASO DE ESTUDIO:
CENTRO PROVINCIAL DE EMERGENCIAS MÉDICAS
(CPEM)**

AUTORA: CLAUDIA MARTA FERNÁNDEZ DUARTE

**Tutoras: MSc. Ing. Dainelis Curbelo Martínez
Universidad de Cienfuegos, Cuba
MSc. Lic. Marianela Fonseca Fernández
Hospital “Dr. Gustavo Aldereguía Lima”, Cienfuegos, Cuba**

**Cienfuegos
2015**



Pensamiento



...calidad es lo que debemos darle al pueblo, es una obligación nuestra, una obligación de cada uno como parte de nuestro deber social.

Ernesto Che Guevara



Dedicatoria



Dedico esta tesis a mi familia:

Porque estos cinco años no son sólo el resultado de mi perseverancia y dedicación sino también la de ellos; porque sin el apoyo y el cariño de cada uno no pudiera estar hoy donde estoy.

A mi mamá por ser para mí un ejemplo a seguir, por ser mi guía e inspiración para superarme siempre...pero sobre todo por su amor.

A mi papá por su incondicionalidad, porque sé que siempre puedo contar con él, con su cariño y comprensión.

A mi hermanita linda por estar siempre que la necesito, por quererme y por quererla tanto

Y a mi abuelita porque aunque ella no lo crea es una parte fundamental de mi vida



Agradecimientos

Quiero agradecer a todos los que contribuyeron al resultado de esta tesis:

A mis padres por su preocupación constante, en especial a mi mamá por el tiempo que le dedicó a mi lado.

A mi tutora Dainelis por tantas y tantas horas dedicadas, por su exigencia y rigor...pero sobre todo por su paciencia.

Al Doctor Pavel por su tiempo.....

A mi novio por su comprensión, paciencia y amor durante toda esta etapa....por ser alguien muy especial para mí.

A Carlitos por su apoyo y disposición a ayudarme siempre.

A Carmen y a Meibys que también contribuyeron a que pudiera terminar esta investigación.

A los compañeros de aula que no pensé llegarían a ser tan importantes para mí y que han estado presentes en los buenos y malos momentos de la carrera:

A mi gran equipo quiero agradecerles porque sé que siempre que las necesitaba estaban ahí;

Geysa con su optimismo, con sus locuras y su amistad

Claudia con sus cosas tontas y locas que nos hacían reír, pero también con su capacidad de aportar un granito de arena a cada trabajo

A Bety quiero agradecerle por la confianza que ha depositado en mí y que espero poder retribuir, porque sé que siempre cuento con su amistad y su apoyo

A Marín y a Frank porque fueron muchas las veces que me sacaron de quicio, pero fueron muchas más las que me hicieron reír.

A Lisi, Jeilin, Lilian, Lietys, Maria C, etc....

En fin, a todos gracias



Resumen

RESUMEN

La presente investigación se realiza durante los meses de noviembre de 2014 y mayo de 2015, la misma está encaminada a evaluar la calidad percibida de los servicios del Centro Provincial de Emergencias Médicas (CPEM) del Hospital “Dr. Gustavo Aldereguía Lima” de Cienfuegos. El procedimiento que se implementa para dar cumplimiento a este objetivo es el de Curbelo (2013) que consta de cuatro etapas y diez pasos desarrollados a partir de la utilización de un conjunto de herramientas para la captación de información, el trabajo en grupo y de análisis estadísticos realizados con el apoyo de paquetes de programas especializados. Los principales resultados de la investigación se relacionan con el diseño de un instrumento para evaluar la calidad percibida completada por pacientes y familiares del servicio en estudio, además se logra determinar la satisfacción con este y se proyectan alternativas de mejora a las principales deficiencias detectadas. Finalmente se ofrecen consideraciones en cuanto a método, responsables y costo de la alternativa propuesta al Hospital Provincial de Cienfuegos.



Summary



SUMMARY

The present research is realized during the months since November 2014 until May 2015, it aims to evaluate the services perceived quality in the Medical Emergencies Provincial Center of Cienfuegos. To comply with this objective is implemented Curbelo (2013) procedure which consists of four stages and ten steps that are developed using different tools for obtaining information, for working in group and some statistical analysis made with the support of specialized software packages. The implementation of the procedure mentioned permits to check the validity of the instrument applied to patients and families for the perceived quality evaluation, to determinate the satisfaction with base in statistical analysis and to establish improvement actions to major deficiencies identified. In order to ensure the continuity of this investigation are specified considerations about method, accountable and cost of the proposed alternative to Cienfuegos Provincial Hospital.



Índice



ÍNDICE

RESUMEN

SUMMARY

INTRODUCCIÓN..... 8

CAPÍTULO I: Marco Teórico..... 15

1.1- Calidad y su gestión en las organizaciones 16

1.2- Calidad de servicios. Concepciones generales 18

1.2.1- Modelos de calidad percibida de servicios 22

1.3- Calidad de servicios de asistencia en salud..... 25

1.4- Evaluación de la calidad percibida de servicios de asistencia en salud 29

1.4.1- Evaluación de la calidad percibida en servicios de urgencias médicas..... 32

1.5- Procedimientos de evaluación de la calidad percibida de servicios en Cuba 34

1.6- Sistema de Salud en Cuba 36

1.6.1- Sistema de Salud en Cienfuegos 37

1.7- Conclusiones del Capítulo I 39

CAPÍTULO II: Evaluación de la calidad percibida en el Hospital Provincial de Cienfuegos: antecedentes y procedimiento de Curbelo (2013) propuesto para su realización 41

2.1- Caracterización del Hospital Provincial de Cienfuegos “Dr. Gustavo Aldereguía Lima” .. 41

2.2- Caracterización de los servicios del Centro Provincial de Emergencias Médicas (CPEM) 44

2.3- Antecedentes en la evaluación de la calidad percibida en el Sistema Provincial de Salud y en el Hospital Provincial de Cienfuegos 47

2.4- Procedimiento de Curbelo (2013) para la evaluación de la calidad percibida de servicios de asistencia en salud 51

2.4.1- Implementación del procedimiento de Curbelo (2013) en servicios de salud de Cienfuegos 56

2.5- Conclusiones del Capítulo II 62

CAPÍTULO III: Implementación del procedimiento de Curbelo (2013) para la evaluación de la calidad percibida de servicios en el Centro Provincial de Emergencias Médicas (CPEM) del Hospital Provincial de Cienfuegos 64

3.1- Implementación del procedimiento de Curbelo (2013) en el Centro Provincial de Emergencias Médicas (CPEM) del Hospital Provincial de Cienfuegos..... 64

3.1.1- Etapa I: Descripción de la organización objeto de estudio y de los servicios a analizar 64

3.1.2- Etapa II: Evaluación de la calidad percibida 65

3.1.3- Etapa III: Determinación de la satisfacción 80

3.1.4- Etapa IV: Mejora de los procesos de servicios 85

3.2- Consideraciones para la evaluación periódica de la calidad percibida del CPEM 88

3.3- Conclusiones del Capítulo III 91

CONCLUSIONES GENERALES 94

RECOMENDACIONES 95

BIBLIOGRAFÍA

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, 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 (Shanin, 2006).

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. 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 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 (Dirección Provincial de Salud de Cienfuegos, 2012). Lo anterior se refuerza orientado por lo que se declara en los Lineamientos aprobados en el VI Congreso del Partido Comunista de Cuba, que para la salud evidencia la necesidad de (Comité Central del Partido, 2011):

- ✓ Lineamiento 154: 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.
- ✓ Lineamiento 155: Reorganizar, compactar y regionalizar, a partir de las necesidades de cada provincia y municipio, los servicios de salud, incluyendo la atención de urgencias y el transporte sanitario. Garantizar que el propio Sistema de Salud facilite que cada paciente reciba la atención correspondiente con la calidad necesaria.
- ✓ Lineamiento 156: Consolidar la enseñanza y el empleo del método clínico y epidemiológico y el estudio del entorno social en el abordaje de los problemas de salud de la población, de manera que contribuyan al uso racional de los medios tecnológicos para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades.
- ✓ Lineamiento 157: Continuar propiciando los espacios de educación para evitar la automedicación de la población e implementar otras medidas que coadyuven al uso racional de los medicamentos.
- ✓ Lineamiento 158: Prestar la máxima atención al desarrollo de la medicina natural y tradicional.
- ✓ Lineamiento 159: Fortalecer las acciones de salud en la promoción y prevención para el mejoramiento del estilo de vida, que contribuyan a incrementar los niveles de salud de la población con la participación intersectorial y comunitaria.
- ✓ Lineamiento 160: Garantizar que la formación de especialistas médicos brinde respuesta a las necesidades.

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), 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

El Hospital “Dr. Gustavo Aldereguía Lima” (Hospital GAL) de Cienfuegos es una de las instalaciones de salud con más logros alcanzados en el país. Desde el año 2007 este se encuentra inmerso en el desarrollo del Programa de Gestión de la Calidad Hospitalaria, que orienta un control sistemático de la calidad de la atención médica. El mismo se toma como punto de referencia en la conducción de la institución, para lograr los resultados deseados con un eficiente uso de los recursos, potenciando al hospital como Colectivo Moral y de excelencia dentro del Sistema de Salud en Cuba.

En cuanto a la satisfacción como un resultado esencial, en el Hospital “Dr. Gustavo Aldereguía Lima” (Hospital GAL) de Cienfuegos se realiza su evaluación periódicamente utilizando dos alternativas: autoencuestas y evaluación de la satisfacción por áreas críticas. La primera de las variables consiste en la realización de preguntas abiertas a parte de los pacientes y sus familiares (Santos et al., 2003; Fonseca et al., 2009) y la segunda se desarrolla a partir de encuestas dirigidas a temáticas específicas (Iraola et al., 2005; Fonseca et al., 2007; Fonseca etal., 2012). Ambas formas de proceder aparecen explicadas en las rutinas para evaluar la satisfacción que se localizan en el Manual de Procedimientos de la Oficina de Atención a la Población, siendo la primera la más aplicada.

Lo cierto es que la evaluación que se efectúa se sustenta en un enfoque que apunta a la subjetividad y no se tienen en cuenta los criterios que a nivel internacional se han identificado como condicionantes de la calidad percibida y de la satisfacción, un consecuente de esta. A dicha problemática responde el trabajo de Curbelo (2013) realizado en el Centro Especializado Ambulatorio de Cienfuegos (CEA) y en las diferentes unidades organizativas que componen el Hospital GAL.

La investigación de Curbelo (2013) se ha sistematizado en los servicios Quirúrgico Ambulatorio, de Rehabilitación, Quimioterapia y Hemodiálisis del CEA (González- Quevedo, 2014), a la vez que se ha implementado en las Unidades Organizativas Clínica, Quirúrgica, de Urgencias, y en

el Centro Materno Infantil del Hospital GAL (Sampayo, 2014; Díaz, 2014; Salas, 2014; Cortiza, 2014).

Entre los servicios en que se ha estudiado la calidad percibida no se han analizado los de Consulta Externa y los del Centro Provincial de Emergencias Médicas (CPEM), este último por sus características específicas no se incluyó en la investigación en la Unidad Organizativa de Urgencias a la cual pertenece, por tanto a dichos servicios se dirigen la presente investigación y otra paralela a esta que cierran el ciclo de evaluación de la calidad percibida en el Hospital GAL.

Todo lo descrito hace que se declare como **PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN:** ¿Cómo evaluar la calidad percibida de los servicios del Centro Provincial de Emergencias Médicas (CPEM) del Hospital “Dr. Gustavo Aldereguía Lima” de Cienfuegos?

En función de ello se declaran los siguientes objetivos:

OBJETIVO GENERAL: Evaluar la calidad percibida de los servicios del Centro Provincial de Emergencias Médicas (CPEM) del Hospital “Dr. Gustavo Aldereguía Lima” de Cienfuegos.

Para cumplimentar este se declaran como **OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

1. Implementar el procedimiento de Curbelo (2013) para la evaluación de la calidad percibida de los servicios del Centro Provincial de Emergencias Médicas de Cienfuegos.
2. Evaluar la calidad percibida de servicios del Hospital Provincial de Cienfuegos a partir de los resultados de esta y otras investigaciones.
3. Establecer precisiones que orienten la evaluación periódica de la calidad percibida en el Centro Provincial de Emergencias Médicas para que el procedimiento implementado forme parte de los Manuales de Organización y Procedimientos del mismo y de la Oficina de Atención a la Población del Hospital Provincial de Cienfuegos.

Se considera como **HIPÓTESIS:**

La implementación de un procedimiento para la evaluación de la calidad percibida de los servicios del Centro Provincial de Emergencias Médicas (CPEM) del Hospital “Dr. Gustavo Aldereguía Lima” de Cienfuegos permite identificar criterios relevantes de los pacientes y familiares que los reciben, determinar la satisfacción y establecer acciones encaminadas a la mejora.

Las **VARIABLES EN LA INVESTIGACIÓN** son:

Variable independiente: Procedimiento para la evaluación de la calidad percibida de servicios de asistencia en salud de Curbelo (2013).

Conceptualización: Forma especificada para llevar a cabo una actividad o proceso de evaluación de la calidad percibida de servicios de asistencia en salud diseñada por Curbelo (2013) y validada en servicios del Centro Especializado Ambulatorio de Cienfuegos.

Operacionalización: Conjunto de etapas y pasos que permiten evaluar la calidad percibida por los pacientes y de esta forma identificar sus criterios relevantes, determinar la satisfacción y proyectar acciones encaminadas a la mejora.

Variables dependientes: Se tienen en la investigación tres variables dependientes cuya conceptualización y operacionalización se especifican.

- ✓ Criterios relevantes de los pacientes

Conceptualización: Juicios de los pacientes sobre el servicio que reciben que condicionan su satisfacción con este.

Operacionalización: Los juicios de los pacientes se conocen a partir de un instrumento multicriterio para evaluar la calidad percibida.

- ✓ Satisfacción

Conceptualización: Evaluación que realizan los pacientes como consecuente de la calidad percibida (Civera, 2008).

Operacionalización: Se determina la satisfacción general a partir de los propios ítems que evalúan la calidad percibida.

- ✓ Acciones orientadas a la mejora

Conceptualización: Conjunto de acciones que encaminan a la organización para mejorar en cuanto a las deficiencias relacionadas con los criterios relevantes que poseen los pacientes del servicio que reciben.

Operacionalización: En la proyección de las mejoras se utiliza la técnica 5W y 1H por cada una de las deficiencias relacionadas con los criterios relevantes de los pacientes.

JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación responde a la necesidad de mejorar la calidad de servicios en el Hospital Provincial de Cienfuegos “Dr. Gustavo Aldereguía Lima” (Hospital GAL) partiendo de la calidad percibida por los pacientes y familiares como usuarios fundamentales de los sistemas de salud, para lo que es esencial que esta sea correctamente evaluada. En función de ello, se emplea el procedimiento de Curbelo (2013) que requiere ser implementado en la totalidad de los servicios del Hospital GAL para su inclusión en los Manuales de Organización y Procedimientos de la Oficina de Atención a la Población de este a lo que contribuye el trabajo que se realiza en el Centro Provincial de Emergencias Médicas (CPEM).

En el desarrollo de la investigación son relevantes los resultados que se obtienen desde el punto de vista metodológico, práctico y social. En cuanto a lo metodológico, se demuestra nuevamente que el procedimiento de Curbelo (2013) cumple con sus principios que enfocan a las organizaciones a una gestión dirigida a procesos, sistemas, a los clientes y al aprendizaje continuo, miradas de las que no puede prescindirse en la actualidad para alcanzar el éxito. Además, se contribuye a disminuir la subjetividad que acompaña la evaluación que se efectúa hasta al momento a partir del instrumento que se diseña, demostrándose que es fiable y válido, para definir los criterios relevantes de los pacientes y su satisfacción.

En la práctica, se orienta la evaluación de la calidad percibida y la satisfacción detalladamente para este y futuros análisis, a la vez que se proponen alternativas de mejora para erradicar las deficiencias que se detectan. En materia social, los resultados benefician a la totalidad de los usuarios de los sistemas de salud cuyas mejoras responden a demandas concretas de estos.

La investigación queda estructurada en:

Capítulo I: Marco Teórico

Se presenta la fundamentación teórica sobre las principales concepciones relacionadas con los servicios, la calidad percibida de servicios y la evaluación de la misma. Además se describen elementos esenciales del Sistema de Salud en Cuba y en Cienfuegos.

Capítulo II: Evaluación de la calidad percibida en el Hospital Provincial de Cienfuegos: antecedentes y procedimiento de Curbelo (2013) propuesto para su realización

En este Capítulo se realiza una caracterización general del Hospital Provincial “Dr. Gustavo Aldereguía Lima”. También se analizan los antecedentes en materia de evaluación de la calidad

percibida en dicha institución y se explica el procedimiento de Curbelo (2013) a emplear en la investigación, además se muestran los resultados de implementaciones previas del mismo.

Capítulo III: Implementación del procedimiento de Curbelo (2013) para la evaluación de la calidad percibida de servicios del Centro Provincial de Emergencias Médicas (CPEM) del Hospital “Dr. Gustavo Aldereguía Lima” de Cienfuegos

En este Capítulo se implementa el procedimiento de Curbelo (2013), específicamente para servicios del Centro Provincial de Emergencias Médicas (CPEM), lográndose validar un cuestionario para la evaluación de la calidad percibida, determinar la satisfacción de los pacientes y el análisis de alternativas de mejoras a las deficiencias detectadas. También se establecen precisiones encaminadas a la continuidad de aplicación de la investigación.

Además se presentan las conclusiones y recomendaciones derivadas del trabajo, así como la bibliografía y anexos correspondientes.



Capítulo I



CAPÍTULO I: Marco Teórico

Introducción

En el Marco Teórico se presentan concepciones que sustentan la investigación referentes a: gestión de la calidad en las organizaciones, calidad de servicios y en servicios de salud, y evaluación de la calidad percibida de servicios. Finalmente se ofrece una caracterización del Sistema Nacional de Salud y el provincial. Todo lo anteriormente destacado se representa en el hilo conductor que se muestra en la Figura 1.1.

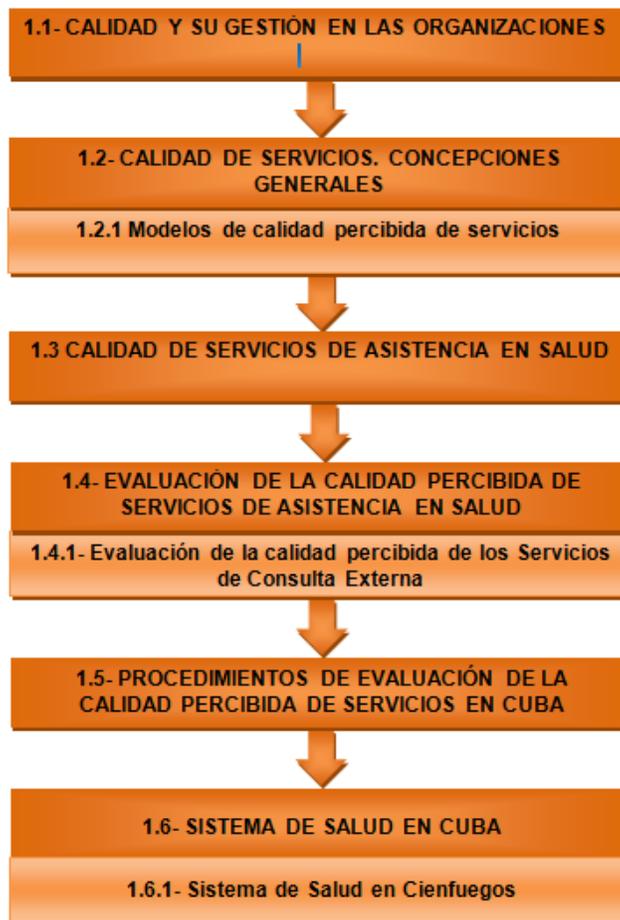


Figura 1.1: Hilo conductor del Marco Teórico

Fuente: Elaboración propia

Los aspectos considerados en el hilo conductor se desarrollan a continuación siguiendo la secuencia que en este se ilustra.

1.1-Calidad y su gestión en las organizaciones

En el tratamiento de la calidad como temática se especifica que esta es: el grado en que un conjunto de características inherentes cumplen con los requisitos (Organización Internacional de Normalización, 2000); la satisfacción del cliente, y adecuado para el uso es una buena definición alternativa (Juran y Blanton, 2001); abarca todas las cualidades con las que cuenta un producto o un servicio para ser de utilidad a quien se sirve de él (Cantú, 2001); es el juicio que el cliente tiene sobre un producto o servicio, el cual por lo general es la aprobación o rechazo (Gutiérrez y de la Vara, 2004).

Por su parte, la gestión de la calidad en las organizaciones es entendida como: actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización en lo relativo a la calidad (Organización Internacional de Normalización, 2000), para lo que se han desarrollado diferentes modelos definidos como: conjunto de elementos interrelacionados de manera esquemática que sirven como guía a las empresas para diseñar e implementar sus sistemas de gestión (Rangel, 2005).

Muchos autores han realizado comparaciones entre los modelos de gestión de la calidad existentes, Rangel (2005) analiza, mediante una matriz de conceptos, los modelos de: Crosby (1984), Juran (1987), Deming (1989), el de la ISO 9000: 2000, el del Premio de Calidad de Malcom Baldrige, el del Premio Nacional de Calidad de la República de Cuba, Modelo Iberoamericano de Excelencia en la Gestión, el Modelo Japonés y el Modelo Xerox. La comparación efectuada concluye que el modelo más completo es el de la familia de Normas ISO 9000:2000 que se ilustra en la Figura 1.2 (Rangel, 2005).



Figura 1.2: Modelo de un sistema de Gestión de la Calidad basado en procesos de la ISO 9000: 2000

Fuente: (Organización Internacional de Normalización, 2000)

El modelo de la familia de normas ISO 9000:2000 tiene como base los procesos y juegan un papel importante las partes interesadas al declarar sus demandas y su satisfacción con lo recibido. La gestión de la calidad siguiendo este modelo se realiza a partir de ocho principios con el fin de conducir a una mejora en el desempeño, estos son (Organización Internacional de Normalización, 2000):

- ✓ Enfoque al cliente: Las organizaciones dependen de sus clientes y por lo tanto deberían comprender las necesidades actuales y futuras de los clientes, satisfacer los requisitos de los clientes y esforzarse en exceder las expectativas de los clientes.
- ✓ Liderazgo: Los líderes establecen la unidad de propósito y la orientación de la organización. Ellos deberían crear y mantener un ambiente interno, en el cual el personal pueda llegar a involucrarse totalmente en el logro de los objetivos de la organización.
- ✓ Participación del personal: El personal, a todos los niveles, es la esencia de una organización y su total compromiso posibilita que sus habilidades sean usadas para el beneficio de la organización.
- ✓ Enfoque basado en procesos: Un resultado deseado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso.
- ✓ Enfoque de sistema para la gestión: Identificar, entender y gestionar los procesos interrelacionados como un sistema, contribuye a la eficacia y eficiencia de una organización en el logro de sus objetivos.
- ✓ Mejora continua: La mejora continua del desempeño global de la organización debería ser un objetivo permanente de esta. Se define como actividad recurrente para aumentar la capacidad para cumplir requisitos.
- ✓ Enfoque basado en hechos para la toma de decisión: Las decisiones eficaces se basan en el análisis de los datos y la información.
- ✓ Relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor: Una organización y sus proveedores son interdependientes, y una relación mutuamente beneficiosa aumenta la capacidad de ambos para crear valor.

Considerando los principios mencionados para la gestión se establecen en la ISO 9001: 2008 los requisitos que deben cumplir las organizaciones para certificar el Sistema de Gestión de la Calidad, lo que hoy es una meta para organizaciones en todo el mundo, tanto productoras de bienes como de servicios. Entre los principios descritos el contacto con los clientes es esencial,

conocer sus criterios y considerarlos se encuentra entre los requisitos antes abordados (Organización Internacional de Normalización, 2008), todo lo que se desarrolla principalmente en momentos de servicios, lo que se trata en lo adelante.

1.2- Calidad de servicios. Concepciones generales

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 Lehtin en (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.

Las características de los servicios mencionadas se explican detalladamente en el Anexo 1y se resumen en la Figura 1.3.



Figura 1.3: 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, 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, 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 coincide Curbelo (2013) y la autora de la presente.

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: servicio esperado, factor de influencia, servicio percibido, calidad del servicio prestado, atributos, nivel de satisfacción, nuevas actitudes y nuevo comportamiento. Dichos elementos se explican en el Anexo 2.

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).

Dicho concepto de satisfacción se ha ido matizando a lo largo del tiempo y puede ser vista, según Civera (2008), como:

1. Resultado o estado final: El concepto se relaciona con una sensación de estar saciado o contento, y va desde esta posición a la satisfacción como sorpresa ante situaciones que hacen que esta se manifieste lo que puede ser de manera positiva o negativa.
2. Proceso: Como tal la satisfacción tiene componentes cognitivo y afectivo. El primero de estos hace alusión a una evaluación emocional posterior a la compra, al uso, que es consecuencia del procesamiento de información relevante y que puede consistir en una comparación entre las expectativas de los sujetos y el rendimiento que perciben. El elemento afectivo está presente dado que en el momento de servicio aparecen fenómenos mentales relacionados con sentimientos subjetivos.

Civera (2008) aclara que la satisfacción y la calidad de los servicios percibida son antecedentes y consecuentes, pese a que también se visualiza la relación entre ambos en una sola dirección. La satisfacción en una transacción concreta viene determinada por la calidad de servicio percibida y a su vez, la satisfacción influye en la evaluación a largo plazo de la calidad de servicio que perciben los individuos. 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).

Por su parte, Díaz y Pons (2009) especifican que la calidad de servicio y la satisfacción son dos conceptos que se relacionan mucho y que se miden de igual forma (diferencia entre percepciones y expectativas). Si el cliente recibe un determinado servicio entre todos los que pueda brindar una empresa, experimenta un nivel de satisfacción específica relacionada con ese servicio recibido (transacción específica). Esta satisfacción, que se podría llamar como satisfacción específica o situacional del cliente, reviste una enorme importancia para el logro de la calidad global y de la satisfacción global, entendida esta como una valoración del cliente y de la satisfacción respectivamente de la excelencia del servicio en general, o sea, de la excelencia de todos los servicios específicos que en la empresa se ofrecen.

En esta investigación, siguiendo lo establecido por Curbelo (2013), 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 que se explican en seguidamente.

1.2.1- 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 1.4 aparecen modelos que responden a cada uno de los paradigmas explicados, son estos los mencionados reiteradamente en la literatura consultada.

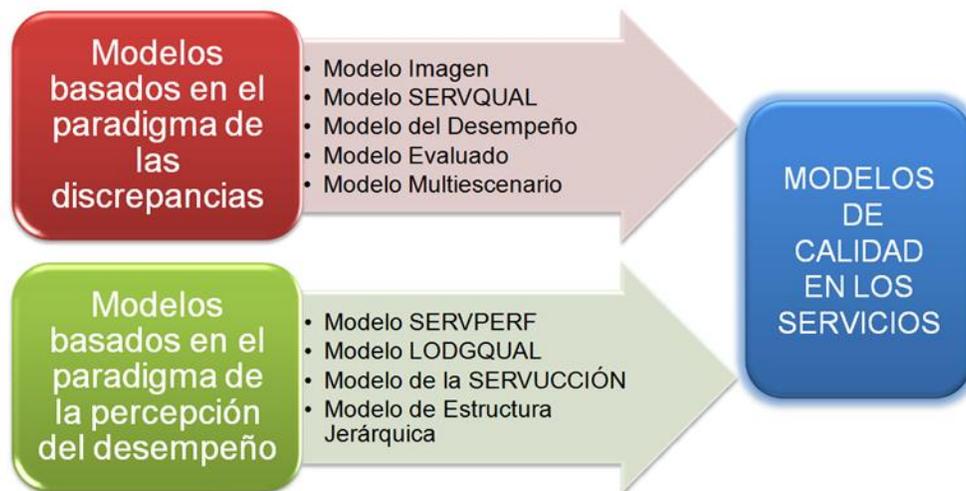


Figura 1.4: Modelos de calidad en los servicios

Fuente: (Fajardo, 2013)

Entre los modelos resulta sin dudas uno de los más utilizados el SERVQUAL que se muestra en el Anexo 3, afirmación que se sustenta en los criterios de diferentes autores que menciona Curbelo (2013), algunos de estos son:

1. 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).
2. 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).
3. 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).
4. 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).
5. 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).

SERVQUAL cuenta con una escala multidimensional para efectuar la evaluación de la calidad percibida que 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 (Curbelo, 2013).

La escala SERVQUAL se explica detalladamente en el Anexo 4 donde se presentan las dimensiones y ítems que se toman en cuenta al analizar calidad percibida a partir de este

modelo. Además se especifican en este anexo los problemas que pueden asociarse a la aplicación de SERVQUAL y los pasos a seguir para desarrollar la evaluación de manera adecuada. En el Anexo 5 se compendian diferentes ámbitos en que se ha empleado la escala SERVQUAL, entre estos: servicios de restaurante, deportivos, turísticos, bancarios y bibliotecarios.

En el caso de Cuba, entre los autores que exponen criterios sobre modelos de calidad percibida 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 6. Dicho modelo sigue el paradigma de las discrepancias e ilustra comportamientos probables de acuerdo a las percepciones de calidad de los clientes y deficiencias en los servicios que pueden causar insatisfacciones.

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, refieren que 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.

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 de servicios de asistencia en salud

En la literatura al analizar definiciones de calidad en la asistencia sanitaria 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 a 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: Característica 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. Ej. Tiempos de espera, la escasa información que se le proporciona sobre su padecimiento al paciente.

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 a las organizaciones sanitarias en que la atención debe radicar hoy en el enfermo como sujeto activo en la interacción con el profesional sanitario con una opinión que debe ser buscada y respetada en cuanto a la atención por recibir y los resultados obtenidos.

Vale destacar que en lo adelante se hace referencia solamente a la calidad percibida que guarda relación con cada uno de los objetivos propuestos, directamente con la satisfacción del paciente y atención a sus necesidades. Es dicha dimensión a la que se dirige el desarrollo de la presente investigación dada la relevancia del tratamiento del tema.

La calidad percibida de servicios de asistencia en salud es definida por Mira y Aranaz (2000) como la apreciación que hace el paciente de la adecuación, resultados y beneficios del conjunto de actuaciones en el marco de la atención sanitaria. Teniendo en cuenta ello se asiste a un cambio de actitud fundamental en los sistemas sanitarios de manera que el paciente pase a ser el centro de la atención y se considera que la calidad sólo mejorará cuando los procesos estén diseñados sobre la premisa de satisfacer sus necesidades y expectativas.

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. Teniendo en cuenta lo anterior, 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 siguiente:

- ✓ Necesidades/ expectativas básicas: Asistencia fiable, seria, formal. Personal capacitado y entendido. Staff cortés, respetuoso, educado, honesto, de confianza, creíble, libres de peligro, riesgo o duda. Resultados de tratamientos adecuados.
- ✓ Necesidades latentes: Demostrar interés y disposición por ofrecer un servicio rápido. Explicar el servicio y aportar seguridad. Tiempos de espera razonables. Atención individualizada. Reconocimiento de los requerimientos únicos del paciente. Personal implicado con aspectos humanos del cuidado.
- ✓ Necesidades extras: Buena apariencia del personal y las instalaciones.

Se especifica 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.

Los principios de gestión de la calidad están cada vez más presentes en el sector de la salud para garantizar la satisfacción de dichas necesidades y expectativas. 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 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.

Con estos últimos criterios se concuerda totalmente, lo cierto es que 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 como tal. Además de los pacientes, según el Instituto Argentino de Normalización (IRAM, 2003), también pueden señalarse como clientes: los familiares del paciente, organizaciones que contratan la provisión de servicios de salud (obras sociales, compañías de seguros, aseguradoras de riesgo de trabajo), otro profesional de la salud (médico derivante o de cabecera), y la comunidad o una parte de ella.

Concretamente los servicios hospitalarios tienen un papel destacado en el contexto del sector de la salud pública y los hospitales son su entidad distintiva. Cosiolls (2000), según García (2011), los considera como las actividades o procesos que realiza un profesional o un hospital para satisfacer las necesidades o las expectativas de cuidados, de atención y de información de los pacientes; un conjunto de procedimientos diagnósticos, terapéuticos y preventivos complejos, con un comportamiento especializado que pretenden resolver problemas, alterando el curso natural de la enfermedad.

Hernández (2010) expone, siguiendo los criterios de González (1997), que el servicio hospitalario posee las peculiaridades siguientes:

- ✓ El cliente no decide que va a comprar, no paga el producto o servicio que recibe, pero sí evalúa la calidad percibida, y percibe mayor calidad del servicio cuanto más tiempo se invierte en su atención.
- ✓ Los pacientes no siempre siguen igual secuencia en el proceso de servicio.
- ✓ Es el médico y no el paciente quien decide la demanda de servicios, tratamientos y atenciones hospitalarias.
- ✓ Existe gran variabilidad en la atención de salud y la práctica clínica.

Los servicios de salud pueden ser ambulatorios o de hospitalización. En el caso de los ambulatorios, el usuario recibe el servicio y se retira de la institución, puede que regrese o no para el seguimiento o que ingrese y pase a la hospitalización en que existe una mayor permanencia. En relación con ello el criterio del paciente y su familiar debe ser cuidado desde que se inicia el proceso que fluye de una forma más rápida por todo lo antes explicado. Los servicios de hospitalización son caracterizados por una mayor estadía de los usuarios o clientes en la institución de salud. En ambos casos es relevante la evaluación de la calidad percibida, a lo que se hace referencia en el apartado siguiente.

1.4- Evaluación de la calidad percibida de servicios de asistencia en salud

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, fundamentalmente considerando el SERVQUAL y el SERVPERF. Se hace referencia a estos trabajos no sólo por ser de aplicación sino por los aportes que muestran posibilidades de generalización en las actividades en que han sido validados.

En los intentos por evaluar la calidad percibida de servicios de salud 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

El cuestionario se envía por correo en el período de poshospitalización 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 1.1 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 referencia a aspectos totalmente subjetivos, difíciles de evaluar externamente y que sólo se basan en la mera opinión del paciente. El segundo factor nombrado 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) precisa que continúan desarrollándose 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. Entre los que menciona este autor: Salomonet al. (1999) describen la construcción de una escala para medir la opinión de pacientes hospitalizados sobre la calidad de la atención que reciben; Nathorst-Bööset al. (2001) proponen dos modelos para evaluar la satisfacción de los pacientes que llaman “Calidad desde la perspectiva del paciente” y “Calidad, satisfacción, desempeño”; además, Hendriks et al. (2002) evalúan la validez y confiabilidad de un instrumento llamado “Cuestionario de satisfacción de la atención hospitalaria” (Jiménez, 2004).

Jiménez (2004) también 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 de 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 i 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.

Son estas tres formas de realizar la evaluación para servicios psiquiátricos fundamentalmente, nótese que en el tercero se aplican los supuestos del SERVQUAL en cuanto a detectar discrepancias antes y después de recibido el servicio, los otros dos se aplican al final del servicio.

Por su parte, Civera (2008) realiza observaciones sobre la calidad y la 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, el mismo está compuesto por 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, sus ítems se muestran en el Anexo 7. Concluye Civera (2008) con la determinación de las condicionantes de la satisfacción, toda su 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.

Otro de los recientes estudios es el de Romero (2011) dirigido a la evaluación de la calidad percibida en el atención infantil temprana en Málaga, España. Esta investigación considera correcto en la concepción del cuestionario que valida compensar los criterios de las dos escuelas de calidad del servicio ya mencionadas y así estructura un instrumento que cuenta con 6 escalas o dimensiones y 48 ítems. Dichas 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.

En el apartado que sigue se realiza un análisis similar, pero con énfasis en los servicios de urgencias médicas en que se centra la presente investigación.

1.4.1- Evaluación de la calidad percibida en servicios de urgencias médicas

Con el objetivo de conocer la satisfacción de los pacientes en los servicios de urgencias hospitalarias se consultan diversas fuentes entre estas se encuentran los trabajos Andrés et al. (2007), Parra et al. (2011), Morales- Guijarro et al. (2011) y Fernández (2013).

Andrés et al. (2007) realizan un análisis para evaluar el efecto de mejoras en la información, mediante instrucciones estructuradas sobre cuidados al alta, en la satisfacción de los pacientes con procesos traumáticos menores. Para ello se realiza un estudio de intervención, prospectivo, de carácter multicéntrico, con 33 centros participantes de España. La población de estudio está constituida por los pacientes mayores de 18 años que acuden a los servicios de urgencias hospitalarias por enfermedades traumáticas menores, que se define como una afección accidental que no requiere ingreso hospitalario. La vía para obtener información al respecto es una encuesta que se desarrolla vía telefónica una vez han transcurrido 72 horas de haber recibido la asistencia médica.

Estos autores refieren que en su mayoría, los estudios realizados sobre la influencia de la información en la calidad percibida en los servicios de urgencias se centran en la información sobre los tiempos de demora del proceso asistencial, y demuestran que la información mejora la impresión sobre la asistencia recibida, además de los resultados del tratamiento. Todo ello condicionado por factores demográficos como la edad y el sexo.

Por su parte Parra et al.(2011) realiza una investigación para conocer las variables de calidad percibida que se relacionan con la satisfacción e identificar la influencia de los factores sociodemográficos en el grado de satisfacción del usuario de las urgencias hospitalarias. Para ello realizan encuestas telefónicas con un cuestionario que elaboran y aparece en el Anexo 8. El mismo se aplica a una muestra de 3600 usuarios de los servicios de urgencias de nueve hospitales públicos de España durante los años 2008 y 2009. El cuestionario diseñado consta de 31 preguntas organizadas siguiendo la secuencia del proceso de atención, e incluye tres tipos de variables:

- Sociodemográficas, para detectar y controlar el efecto de aquellos factores que pueden afectar a las valoraciones realizadas por los sujetos.
- Calidad percibida acerca de la competencia profesional, información, infraestructura, organización, tiempo de espera y trato.
- Satisfacción del usuario, obtenida mediante una valoración numérica global.

De las encuestas aplicadas 2469 fueron al propio paciente (68,6%) y 1131 al acompañante (31,4%), usuarios fundamentales. Como resultado se define que las variables que en mayor medida condicionan la satisfacción son: trato del personal médico, la profesionalidad del personal de enfermería y del celador, la infraestructura (limpieza y confort), la información recibida al alta, el tiempo pasado en urgencias y la percepción de tratamiento-diagnóstico correcto.

Mientras Morales et al. (2011) en su investigación se proponen como objetivos: determinar el grado de satisfacción de los acompañantes de los usuarios del servicio de urgencias del Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid, España; identificar factores que puedan influir en su satisfacción y establecer las áreas de mejora. Para ello utilizan un estudio retrospectivo descriptivo en el que se incluye a los familiares y/o acompañantes del paciente durante su estancia en urgencias. El muestreo es aleatorio y como instrumento se utiliza una encuesta telefónica. Las causas de insatisfacciones más frecuentes identificadas son: tiempo de atención, la falta de acompañamiento y el estado de las instalaciones. Entre las dimensiones que los acompañantes más valoran cuando acuden a un servicio de urgencias se encuentran la rapidez en la asistencia, las facilidades de acompañamiento, la información, la empatía y el trato amable.

Los cuestionarios analizados son propuestas validadas en diferentes países, en ninguno de los casos se han detectado referentes cercanos a Cuba con una mirada generalizadora sustentada en los modelos mencionados. Los análisis de la calidad percibida y la satisfacción en el país se realizan a partir de entrevistas y preguntas abiertas en los diferentes niveles del Sistema Nacional de Salud (SNS).

En cuanto a la evaluación de la calidad percibida, no sólo es relevante contar con los instrumentos de medición (cuestionarios) sino también orientar dicho proceso tomando los resultados del mismo como entradas fundamentales al enfocar la mejora en las organizaciones de salud, tal cual se destaca en los principios de la gestión de la calidad: enfoque al cliente, a procesos y mejora continua. En el apartado a continuación se detallan procedimientos para la evaluación de la calidad percibida de servicios que explican el proceso a seguir aplicados en diferentes sectores, entre estos el de la salud como punto de mira en este estudio.

1.5- Procedimientos de evaluación de la calidad percibida de servicios en Cuba

En cuanto a procedimientos de evaluación de la calidad percibida de servicios, Díaz y Pons (2009) afirman que de forma explícita en la literatura que revisan no es posible encontrar trabajos orientados a ello ni internacionalmente ni en Cuba. Con este criterio coinciden Moreno (2010), Curbelo (2013) y González (2013), quienes han desarrollado investigaciones en la temática y proponen procedimientos que validan en servicios informáticos, de salud y bancarios, respectivamente, los que se explican en lo adelante.

El procedimiento que proponen Díaz y Pons (2009) tiene un total de tres fases y ocho etapas que aparecen en el Anexo 9, lo generalizan como un modelo para empresas cubanas. Al evaluar la calidad percibida, para garantizar la mejora continua, consideran tanto los preceptos del SERVQUAL como del SERVPERF y recomiendan la utilización de cuestionarios que deben ser validados para servicios específicos.

Por su parte, Moreno (2010) valida un procedimiento en la División Desoft Villa Clara, este consta de 5 fases y 13 etapas según se presenta en el Anexo 10. La evaluación de la calidad que realiza está en función de las percepciones, considera el SERVPERF para construir el SOFTPERF, a partir de los resultados propone se enfoque la mejora. El autor incluye la periodicidad del estudio, tiene en cuenta el enfoque a procesos en el mejoramiento y atribuye importancia al control y seguimiento de la gestión de la calidad desde la percepción de los clientes.

Curbelo (2013) diseña un procedimiento para la evaluación de la calidad percibida de servicios de asistencia en salud tomando como caso de estudio el Centro Especializado Ambulatorio (CEA) del Hospital Provincial “Dr. Gustavo Aldereguía Lima” de Cienfuegos, único validado en el sector con que se cuenta. El procedimiento se estructura de forma que facilita el cumplimiento de los requisitos establecidos en la ISO 9001: 2008 y para ello tiene en cuenta criterios contenidos al respecto para la salud que especifica el Instituto Argentino de Normalización (IRAM, 2003). Toma como base los procedimientos de Díaz y Pons (2009) y Moreno (2010), pero tiene en cuenta en su concepción y puesta en práctica el procedimiento para la gestión por procesos que proponen Pons y Villa (2006) y el ciclo Planificar-Hacer-Verificar-Actuar (PHVA) de Deming para el mejoramiento (Beltrán, Carmona, Carrasco, Rivas, y Tejedor, 2002).

Además de estos elementos como resultado de su investigación, Curbelo (2013) no sólo brinda la metodología a seguir sino que explica detalladamente los pasos, ofrece las herramientas y demuestra su uso. Tiene como aportes prácticos fundamentales para el sector de la salud en Cuba: una mirada diferente al determinar la calidad percibida y la satisfacción con fundamento estadístico, una variante de instrumento para evaluarlas, de escala para analizarlas, de análisis al considerar los criterios de los pacientes y familiares para enfocar las mejoras.

Para el caso del sector bancario, González (2013) agrega al de Curbelo (2013) la necesidad de capacitar al personal y preparar un equipo de trabajo para la realización de la evaluación, dicho procedimiento aparece en el Anexo 11.

De los procedimientos mencionados y mostrados en anexos para el caso de la salud sólo se tiene el de Curbelo (2013) como se ha precisado, este se explica más adelante dado que se selecciona para el desarrollo de la investigación en curso. Dicha decisión se sustenta en que ha sido validado en el sector, a lo que puede sumarse que cumple con principios y requisitos en materia de gestión de la calidad y procesos, que brinda resultados que tributan a la mejora de estos, y por tanto se pretende implementarlo en la totalidad de los servicios del Hospital Provincial “Dr. Gustavo Aldereguía Lima” de Cienfuegos, restando los del Centro Provincial de Emergencias Médicas (CPEM) y el de Consulta Externa.

En aras de alcanzar el objetivo declarado labora un equipo de trabajo que funciona y conoce la temática dándole la relevancia que requiere para avanzar en materia de elevación de la calidad percibida de servicios y de los niveles de satisfacción de la población, lo que constituye una

prioridad del Sistema Nacional de Salud (SNS) en Cuba como se destaca en el apartado que sigue.

1.6- Sistema de Salud en Cuba

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 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 12.

La satisfacción de la población con los servicios tiene una importancia destacada para el Ministerio de Salud Pública (MINSAP), 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.

A ello puede sumarse que 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 como antes se ha especificado.

1.6.1- 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. Tiene como misión dirigir, ejecutar y controlar la aplicación de la política del Estado y el Gobierno en cuanto a la Salud Pública y el desarrollo de las ciencias médicas en el territorio; así como cumplir las indicaciones que en este sentido emita el Ministerio de Salud Pública, la dirección del Partido y del Gobierno en la provincia.

El SPS se estructura tal cual se muestra en el Anexo 13. El mismo cuenta al cierre del año 2014 con las unidades que se presentan en la Tabla 1.2.

Tabla 1.2: Estructura física del SPS

Fuente: (Dirección Provincial de Salud de Cienfuegos, 2014)

Instituciones del SPS	Cantidad
Hospitales	3
Policlínicos	20
Consultorios Médicos (CMF)	388
Hogares Maternos	5
Hogares de ancianos	3
Casas de abuelos	29
Clínicas estomatológicas	6
Unidades de Higiene y Epidemiología	9
Salas de rehabilitación	20
Centros de salud mental	2
Farmacias	81

Ópticas	10
Balneario	1
Banco de Sangre	1

Estas unidades de salud se distribuyen por municipios como se detalla seguidamente.

- ✓ Abreus: El municipio cuenta una población de 31 727 habitantes y una extensión territorial de 579 Km². Cuenta con nueve instituciones de salud: un centro comunitario de salud mental, dos policlínicos, una Unidad Municipal de Higiene y Epidemiología, un hogar materno, tres casas de abuelos y una óptica; además con 32 CMF.
- ✓ Aguada: El municipio tiene 30 348 habitantes con una extensión de 680 Km². Cuenta con 12 unidades de salud: dos policlínicos, una Unidad Municipal de Higiene y Epidemiología, cuatro casas de abuelos, una óptica, un centro de ortopedia técnica, una clínica estomatológica y un Servicio de Rehabilitación Neurológica Infantil; además con 29 CMF.
- ✓ Rodas: Tiene una población de 33 917 habitantes y una extensión territorial de 697 Km². Cuenta el municipio con siete unidades de salud: dos policlínicos, una Unidad Municipal de Higiene y Epidemiología, cuatro casas de abuelos, una óptica y una Clínica Estomatológica; además con 36 CMF.
- ✓ Palmira: El municipio cuenta con una población de 31 214 habitantes y una extensión territorial de 318 Km². Cuenta el municipio con ocho unidades de salud: dos policlínicos, una Unidad Municipal de Higiene y Epidemiología, tres casas de abuelos y una óptica; además con 28 CMF.
- ✓ Cruces: Tiene una población de 32 062 habitantes y una extensión territorial de 192 Km². Cuenta con seis unidades de salud: un policlínico, un Hogar de Ancianos, una Unidad Municipal de Higiene y Epidemiología, tres casas de abuelos, una óptica y un Hogar Materno; además con 30 CMF.
- ✓ Lajas: Tiene 22 802 habitantes y una extensión territorial de 430 Km². Se cuenta con cuatro unidades de salud: un policlínico, una Unidad Municipal de Higiene y Epidemiología, una casa de abuelos y una óptica; además con 23 CMF.
- ✓ Cumanayagua: Tiene una población de 49 917 habitantes y una extensión territorial de mil 101 Km². Cuenta con nueve unidades de salud: un hogar de ancianos, dos policlínicos, una Unidad Municipal de Higiene y Epidemiología, un hogar materno, dos casas de abuelos, una óptica y una clínica estomatológica; además con 60 CMF.

- ✓ Cienfuegos: El municipio tiene 172 930 habitantes y una extensión territorial de 337 Km². Cuenta con 22 unidades de salud: un centro comunitario de salud mental, ocho policlínicos, una Unidad Municipal de Higiene y Epidemiología, un hogar materno, nueve casas de abuelos, cuatro ópticas y tres clínicas estomatológicas; además con 150 CMF.

En estas instituciones que componen el SPS laboran un total de 17701 trabajadores, distribuidos por funciones como se muestra en la Figura 1.5, además de 2084 cumpliendo misión internacionalista en 37 países.



Figura 1.5: Capital Humano por funciones en el SPS
Fuente: (Dirección Provincial de Salud de Cienfuegos, 2013)

Entre los tres hospitales que conforman el Sistema de Salud en Cienfuegos se encuentra el Hospital Clínico Quirúrgico Docente “Dr. Gustavo Aldereguía Lima” (Hospital GAL), cuyos servicios son objeto de estudio en la presente investigación y en otras anteriores.

1.7- Conclusiones del Capítulo I

Al finalizar el análisis de la teoría que sustenta el desarrollo de la presente investigación se concluye:

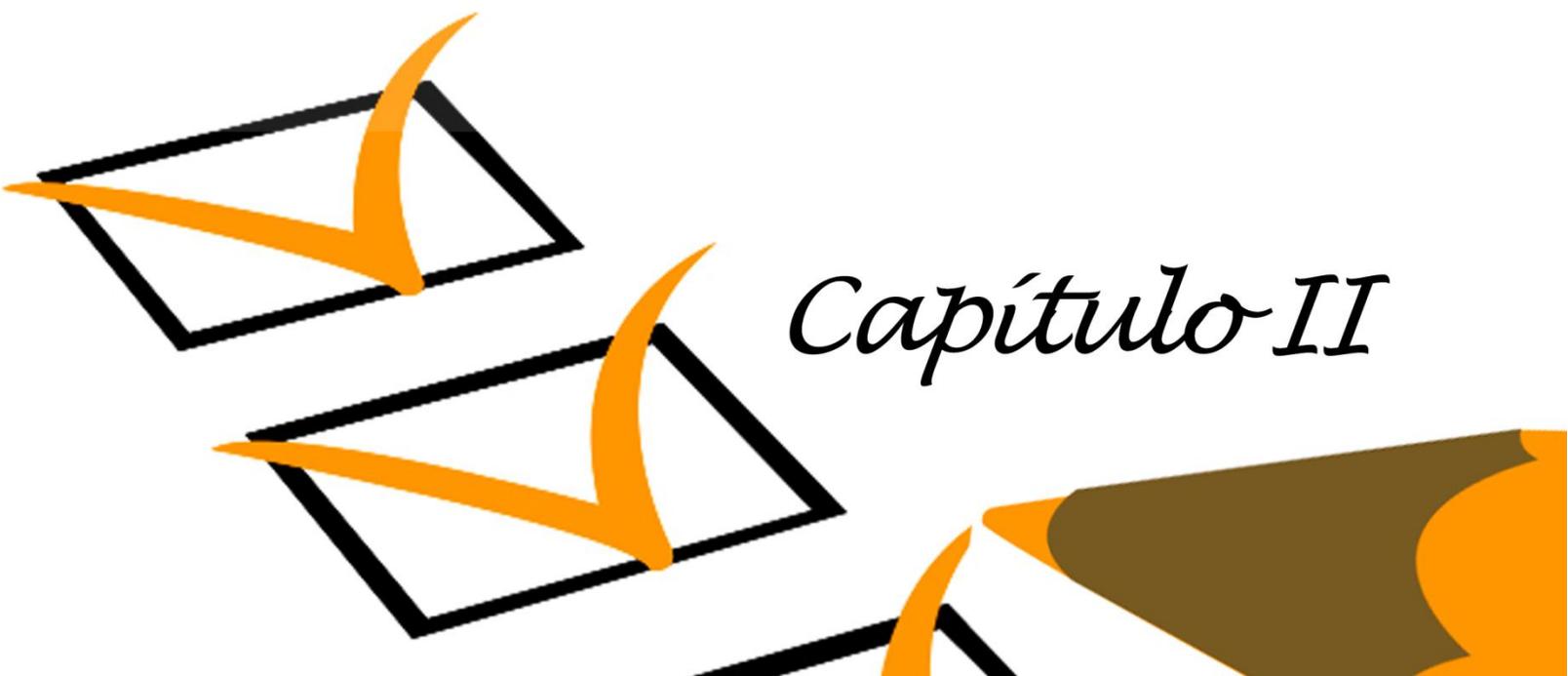
1. En organizaciones de todo el mundo es propósito certificar el sistema de gestión considerando el modelo de las ISO 9000: 2000, realidad de la que instituciones cubanas no están exentas, donde los clientes tienen un rol esencial y su satisfacción con los bienes y/o

servicios que reciben es objetivo en la gestión. Las percepciones del servicio recibido son una fuente de retroalimentación importante en materia de calidad para garantizar la mejora continua. Teniendo en cuenta ello se han desarrollado diferentes modelos entre los que destacan el SERVQUAL y el SERVPERF y sus aplicaciones en sectores como la salud.

2. En cuanto a la evaluación de la calidad percibida los principales resultados alcanzados en los estudios realizados internacionalmente se orientan a la utilización de cuestionarios que han sido validados en servicios u hospitales específicos, tal es el caso de los servicios de urgencias, todos siguiendo un enfoque multicriterio.
3. El análisis de diferentes procedimientos para la evaluación de la calidad percibida que se realiza permite elegir para el desarrollo de la investigación el de Curbelo (2013) que orienta dicho proceso y tiene en cuenta diferentes principios claves para la gestión de la calidad en instituciones de salud.
4. En el Sistema de Salud en Cuba, al que tributa el Sistema de Salud en Cienfuegos, constituye una prioridad elevar la satisfacción de la población con los servicios que se brindan en los diferentes niveles de atención. Además, se ha identificado la necesidad de aplicar métodos científicos para mejorar la gestión de los procesos y lograr el avance de las organizaciones.



Capítulo II



CAPÍTULO II: Evaluación de la calidad percibida en el Hospital Provincial de Cienfuegos: antecedentes y procedimiento de Curbelo (2013) propuesto para su realización

Introducción

En este Capítulo se realiza una caracterización general del Hospital Provincial “Dr. Gustavo Aldereguía Lima” considerando parte de su historia, datos del capital humano que labora en el mismo e información relacionada con los servicios y otros procesos que se desarrollan. También se analizan los antecedentes en materia de evaluación de la calidad percibida en dicha institución y se explica el procedimiento de Curbelo (2013) a emplear en la investigación, además se muestran los resultados de implementaciones previas del mismo.

2.1- Caracterización del Hospital Provincial de Cienfuegos “Dr. Gustavo Aldereguía Lima”

El Hospital Provincial de Cienfuegos “Dr. Gustavo Aldereguía Lima” (Hospital GAL) fue inaugurado el 23 de marzo de 1979, luego de 5 años en proyecto. La brigada número tres de la Empresa Constructora de Obras de Arquitectura (ECO) número 5 tuvo a su cargo la construcción del inmueble. El edificio ocupa 50 mil metros cuadrados de superficie, y el área total, que incluye el parqueo y el edificio de información, contempla 90 mil metros cuadrados (Castellanos, 2009; Hernández, 2010).

En sus inicios dicha organización tenía el encargo de 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, marco que propicia la idea y posterior surgimiento del Centro Especializado Ambulatorio “Héroes de Playa Girón” (CEA) anexo al mismo (Falcón, 2012).

El Hospital GAL en este momento tiene declaradas como misión y visión las siguientes:

Misión: Promover la salud, enfrentar las enfermedades, sus riesgos y secuelas, y mejorar la calidad de vida de los cienfuegueros, con servicios y programas de calidad y calidez, concertados en red, en un ambiente solidario, seguro y confortable, a la vez que forma y desarrolla capital humano integro, gestiona un sistema de ciencia e innovación tecnológica y usa responsablemente los recursos para generar bienestar y satisfacción sosteniblemente.

Visión: “...que este hospital sea un símbolo de la salud, la vida y la felicidad de los cienfuegueros”

Para ello se ha declarado una política de calidad a partir de la cual todas las áreas de asistencia médica, de apoyo y de educación continuada e investigación científica de este centro trabajan por actuar de manera coordinada en función de alcanzar la completa satisfacción de las

expectativas de los pacientes y trabajadores, sustentada en los altos valores humanos y profesionales que les distinguen mediante el mejoramiento continuo de la calidad. Se considera prioritaria la educación continuada de todos, la adherencia a las mejores prácticas, la disciplina y el orden, así como la honestidad y la eficiencia en la utilización de los recursos, el cuidado del medio ambiente, la seguridad del trabajador y el compromiso con los valores éticos de la sociedad, para potenciar al hospital como Colectivo Moral y de excelencia dentro del Sistema de Salud de Cuba.

Para el cumplimiento de su misión mostrada anteriormente laboran en el hospital un total de 2648 trabajadores al cierre del año 2014, en la Figura 2.1 se muestra la cantidad de trabajadores por categoría ocupacional en el Hospital GAL.

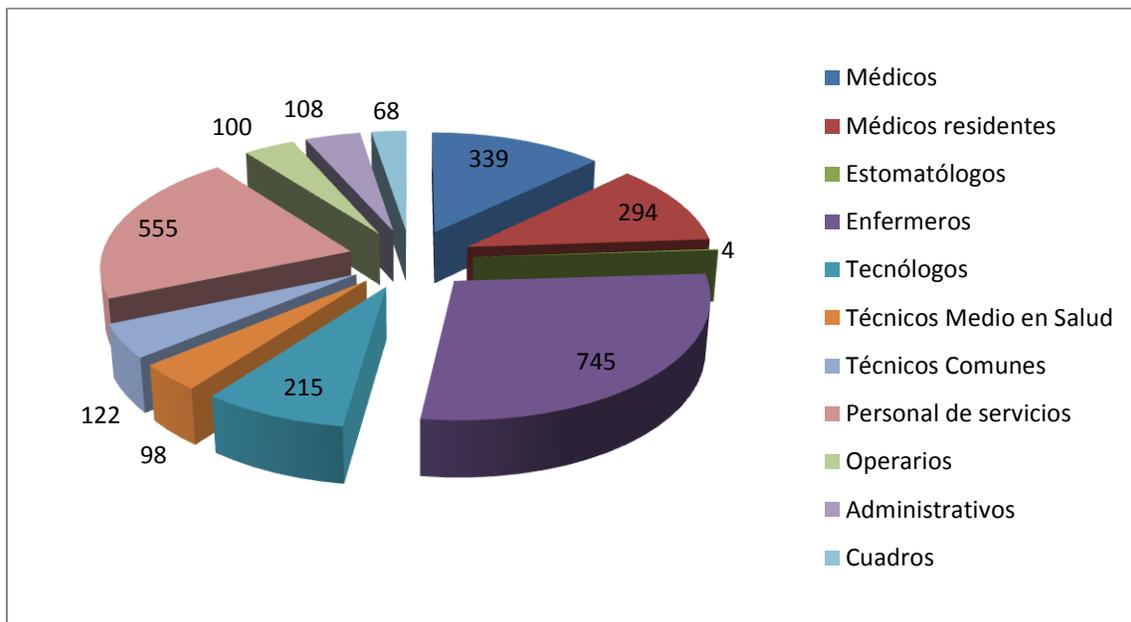


Figura 2.1: Clasificación de la fuerza de trabajo del Hospital Provincial

Fuente: Elaboración propia

En materia de gestión, el Hospital GAL tiene implantado y certificado el Sistema de Gestión de la Calidad según la NC-ISO 9001: 2001 en las áreas:

- ✓ Cuidados intensivos (UCI Polivalente)
- ✓ Cirugía oftalmológica (Centro Oftalmológico)
- ✓ Neonatología (Sala de Neonatología)
- ✓ Diagnóstico por imágenes (Centro de Diagnóstico por Imágenes)
- ✓ Cardiología (UCI del Corazón, Consulta Externa, Pruebas Diagnósticas)

Actualmente se trabaja por adoptar un enfoque de gestión por procesos, cambiando la mirada funcional hasta en la disposición física de los servicios, lográndose así una mayor organización y entendimiento de las interrelaciones entre los diferentes procesos que se desarrollan como parte del sistema. Los servicios claves se han organizado en tres Unidades Organizativas (UO de aquí en adelante) y dos centros, estos se distribuyen como se muestra en la Tabla 2.1.

Tabla 2.1: Unidades organizativas y servicios del Hospital GAL

Fuente: Elaboración propia

Unidad Organizativa Clínica	Unidad Organizativa Quirúrgica	Unidad Organizativa de Urgencias	Centro Materno Infantil	Centro Especializado Ambulatorio
Medicina interna	Cirugía general	Unidad de Cuidados Intensivos Polivalente	Ginecología	Rehabilitación
Neurología	Neurocirugía	Unidad de Cuidados Intermedios Clínica	Obstetricia	Servicio Quirúrgico Ambulatorio
Ictus	Oftalmología	Unidad de Cuidados Intermedios Quirúrgica	Neonatología	Servicio Quirúrgico de corta estadía
Dermatología	Angiología	Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios		Quimioterapia
Infeccioso	ORL	Unidad de Cuidados Intermedios Coronarios		Hemodiálisis
Nefrología	Máxilo Facial	Rehabilitación de Cardiología		Consulta externa
Rehabilitación	Ortopedia	Departamento de Donación y rescate de órganos		
Oncología	Cirugía reconstructiva- Quemados	Unidad de Cuidados Intensivos de Emergencia		
Hematología	Urología	Centro Provincial de Emergencias Médicas (CPEM)		
Geriatría	Proctología			
Psiquiatría	Anestesiología			
Gastroenterología	Estomatología			

Además de estos servicios se dan en el Hospital GAL otros procesos como los que se muestran en la Figura 2.2.



Figura 2.2: Procesos que se desarrollan en el Hospital GAL

Fuente: Elaboración propia

En todos estos servicios es esencial conocer el criterio de pacientes, familiares u otros clientes internos o externos, a lo que se ha encaminado el Hospital GAL desde el año 2007 con diferentes investigaciones que constituyen antecedentes de la presente, todo lo que se detalla en el apartado 2.3, luego de caracterizar los servicios del Centro Provincial de Emergencias Médicas (CPEM) en el epígrafe que sigue.

2.2- Caracterización de los servicios del Centro Provincial de Emergencias Médicas (CPEM)

El Centro Provincial de Emergencias Médicas (CPEM), es el lugar especializado en la atención de pacientes con urgencias y emergencias médicas- quirúrgicas, materno-infantil y cólera, previo a la valoración en las áreas de salud o sin ellas en el cual se brinda la atención clasificada con el respaldo de la tecnología más avanzada del territorio, así como tratamientos ambulatorios, de observación y/o vigilancia intensiva, si fuese necesario, antes de ser admitido en los servicios del hospital.

Es el centro de referencia para el desarrollo y la docencia de la emergencia médica en la provincia y cuenta dentro de sus funciones:

✓ Realizar atención de urgencia clínica, quirúrgica y de ginecobstetricia, acorde a una clasificación inicial según sus riesgos vitales, lo que permite identificar la demanda de atención con colores primarios, priorizan los códigos rojos, luego los amarillos y por último los verdes, acorde al manual de clasificación y como se muestra en la Figura 2.3.

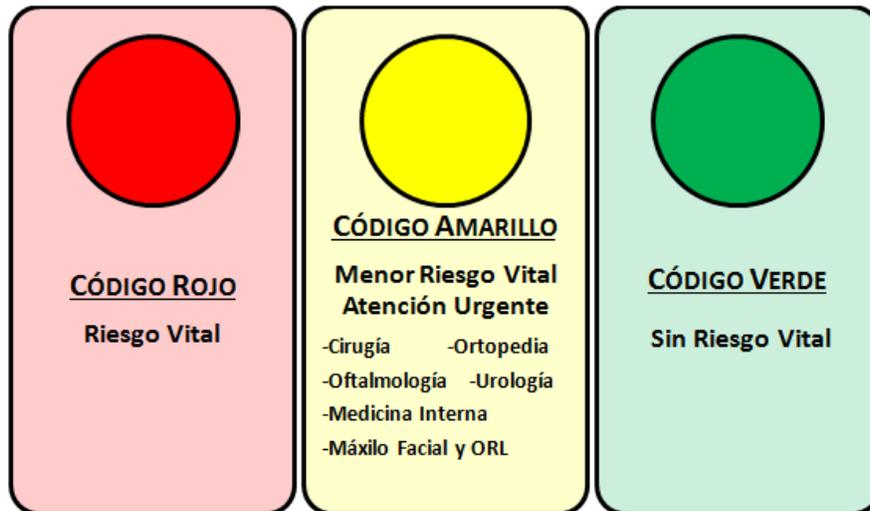


Figura 2.3: Identificación del riesgo vital de acuerdo al código de colores

Fuente: Elaboración propia

- ✓ Realizar la atención priorizada de los casos de Infarto Agudo del Miocardio, Enfermedades Cardiovasculares y Politraumatizados, para acortar los tiempos de atención.
- ✓ Prepararse para la recepción masiva de heridos.
- ✓ Ofertar docencia de pregrado a los alumnos de medicina y enfermería, de postgrado a los residentes y resto de los especialistas del hospital, así como la docencia a las tecnologías de la salud.
- ✓ Realizar investigaciones científicas.

El CPEM cuenta con una sala de Cuidados Paliativos donde se encuentran los pacientes en estado terminal, una Unidad Quirúrgica de Emergencias (UQE), el Código Rojo, atención por especialidades en el Código Amarillo y en el Código Verde, una sala de Observación con una capacidad instalada de 11 camas, una sala de Cólera con capacidad para 20 pacientes, además del servicio del Cuerpo de Guardia del Materno- Infantil. Particularmente en los Códigos Amarillo y Verde se brindan servicios de algunas especialidades, estas son: Urología, Medicina Interna, Cirugía, Oftalmología, Ortopedia y Máxilo Facial y Otorrinolaringología (ORL).

En los servicios del Centro Provincial de Emergencias Médicas (CPEM) el capital humano está compuesto como se muestra en las Figuras 2.4 y 2.5. El servicio de Código Amarillo cuenta con mayor cantidad de trabajadores.

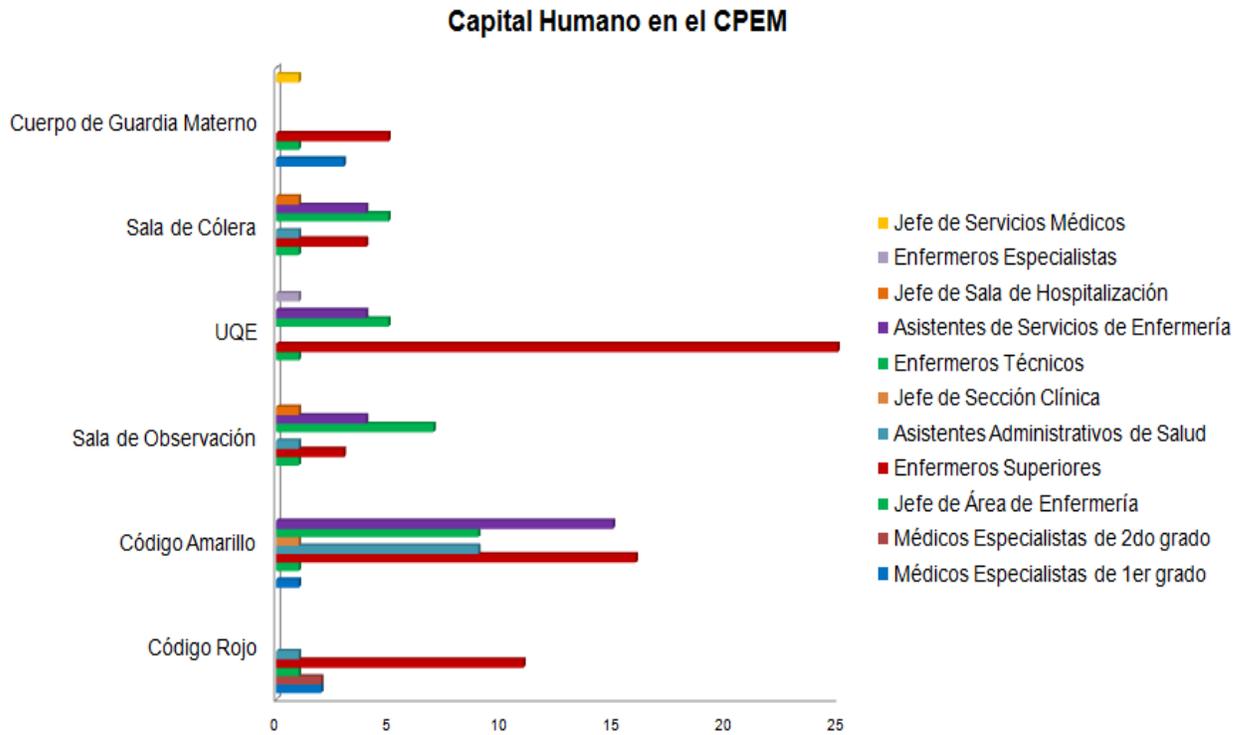


Figura 2.4: Capital Humano del CPEM

Fuente: Elaboración propia

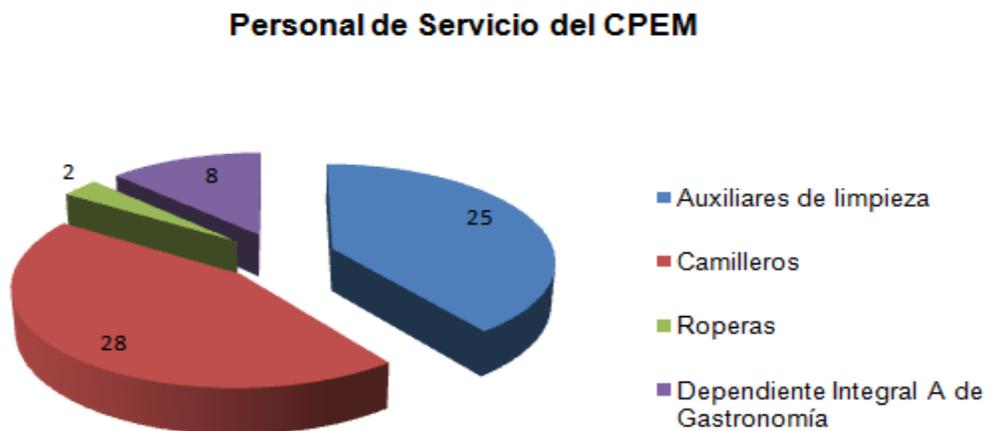


Figura 2.5: Personal de Servicio del CPEM

Fuente: Elaboración propia

En materia de asistencia médica, en los últimos ocho años se ha manifestado en el CPEM un incremento de la cantidad de pacientes tal cual se evidencia a partir de la Figura 2.6. En el 2014 la cifra de casos vistos asciende a 138146 pacientes, lo que equivale a 370 pacientes diarios.

Cantidad de pacientes atendidos

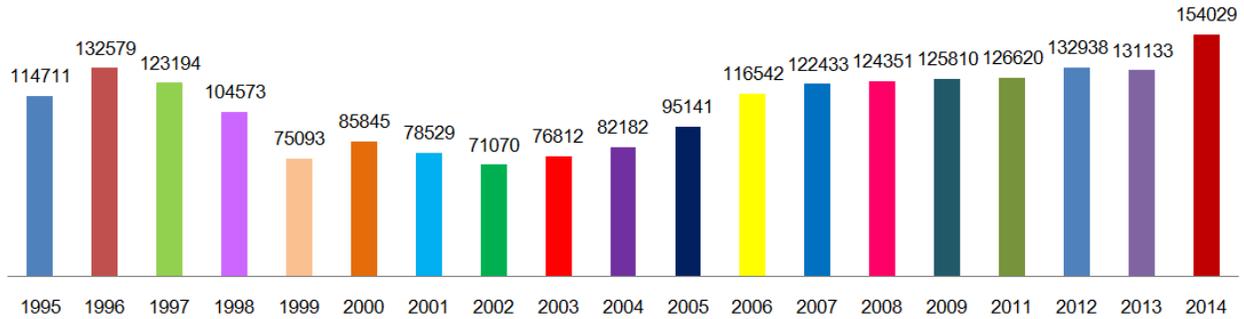


Figura 2.6: Cantidad de pacientes atendidos

Fuente: Elaboración propia

En el apartado que sigue se hace referencia al intercambio con los pacientes a modo de conocer sus criterios sobre la calidad de los servicios y su satisfacción con estos.

2.3- Antecedentes en la evaluación de la calidad percibida en el Sistema Provincial de Salud y en el Hospital Provincial de Cienfuegos

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 generales que se aplican en el nivel secundario de los cuales se infieren criterios indicativos del estado de la misma.

Para el caso del año 2013, se evidencia un incremento de 542 a 565 quejas mientras disminuyen las denuncias, anónimos y reclamaciones de 44 a 27. Se aplican un total de 73898 encuestas de las cuales se consideran positivas 70397 y negativas 3519, resultando satisfecho el 95.2 % de la población. Las principales insatisfacciones se asocian al horario y permanencia del personal médico en los Consultorios Médicos de la Familia (CMF), inestabilidad debido a cambios frecuentes de médicos, inconformidad con el reordenamiento de los servicios y

dificultades con la organización de las consultas de las especialidades no básicas (Dirección Provincial de Salud, 2014).

En el año 2014 el 83% de la población muestra satisfacción por la atención en los servicios que se brindan, mientras que el 17% está insatisfecho por diversas causas: por inestabilidad y no permanencia de los médicos en los consultorios, suspensión o llegadas tardes de especialistas a consultas de Policlínicos, estado constructivo de los CMF, funcionamiento del medibus a nivel de municipios. En el caso del Hospital GAL se registran deficiencias relacionadas con la limpieza y mantenimiento de los ventiladores, salideros, tupiciones y filtraciones, problemas con la iluminación en diferentes áreas del centro, necesidad de refrigerador y cajas de agua en salas e insatisfacción por atención médica relacionada con atención de enfermería (Dirección Provincial de Salud, 2015).

En el Hospital GAL, la evaluación de la calidad percibida es orientada y realizada por la Oficina de Atención de la Población del centro. La evaluación que se realiza tributa directamente al cumplimiento de principios y objetivos incluidos en el Programa de Gestión de la Calidad Hospitalaria (PGCH) diseñado desde el 2007. En el PGCH se declara entre los principios: Asegurar la evaluación integral de la calidad técnica y la calidad percibida; y entre 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 Hospital GAL la OAP es el área encargada de atender las quejas, denuncias, solicitudes, reclamaciones, planteamientos, sugerencias y recomendaciones de los pacientes, familiares y trabajadores; además de acompañar a los familiares y realizar los trámites para los pacientes que fallecen. A ello se suma la responsabilidad mencionada de vigilar y monitorear la satisfacción de los pacientes y familiares con los servicios que se les brindan 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).

La OAP en el Hospital GAL cuenta con su Manual de Organización y Procedimientos, documento en que se establecen las rutinas que aparecen en el Anexo 14 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, quienes reafirman 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 las encuestas que aplican 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. Al cierre del 2013 las principales insatisfacciones definidas a partir de esta rutina informadas a la OAP de la Dirección Provincial de Salud son: calidad de la limpieza (con énfasis en los baños), y necesidad inminente de reparación y mantenimiento del hospital debido a la presencia reiterada de filtraciones y salideros en las salas (Departamento de Atención a la Población, 2014).

Con respecto al año 2014 se observa que el número de quejas asciende a 337 mientras que no se registran reclamaciones, denuncias o anónimos. Han sido aplicadas 181 encuestas que muestran que el 55,25 % de la población se encuentra satisfecha con los servicios. Las principales insatisfacciones se encuentran relacionadas con la limpieza, la alimentación en cuanto a variedad, elaboración y horario de llegada a las salas; los salideros, tupiciones, filtraciones, problemas de iluminación, necesidad de refrigeradores y cajas de agua. Con respecto a la atención recibida por pacientes y familiares las principales insatisfacciones se relacionan con el personal de enfermería (Departamento de Atención a la Población, 2015).

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 Iraola et al. (2005), 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 utilizando como método el informe de usuarios, todas las respuestas se codifican en una escala dicotómica (Si/No), esta modalidad permite conocer datos objetivos sobre el servicio recibido. Ambas encuestas y el resultado del monitoreo de la satisfacción para el año 2013 se muestran en el Anexo 15.

En el Hospital GAL también se han efectuado 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 16(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 incrementa lo que no llega a corroborarse. Esta encuesta se muestra en el Anexo 17.

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, lo que se ha abordado en el apartado teórico de la presente.

Lo anteriormente planteado sustenta el desarrollo de la investigación de Curbelo (2013) que se tiene como referente tal cual se ha concluido en el Capítulo I, este se explica a continuación y se detallan los resultados de evaluaciones realizadas siguiendo los preceptos que establece.

2.4- Procedimiento de Curbelo (2013) para la evaluación de la calidad percibida de servicios de asistencia en salud

Curbelo (2013) propone un procedimiento para la evaluación de la calidad percibida de servicios de asistencia en salud y lo valida en el Servicio Quirúrgico Ambulatorio del Centro Especializado anexo al Hospital GAL. A partir de la revisión de la literatura que realiza y se resume en el epígrafe 1.4.1, fundamenta su propuesta que tiene como principios básicos los que se muestran en la Figura 2.7.



Figura 2.7: Principios del procedimiento de evaluación de la calidad percibida

Fuente: (Curbelo, 2013)

Cada uno de estos principios se explican según lo establece la autora (Curbelo, 2013):

- ✓ Enfoque a procesos: La organizaciones de salud están llamadas a seguir el enfoque por procesos y es esta una de las ideas rectoras de la familia de normas ISO 9000: 2000 (Instituto Argentino de Normalización IRAM, 2003; Organización Internacional de Normalización, 2008). La descripción del proceso de servicios que evaluará el cliente es el punto de partida para el entendimiento interno del mismo y así se considera relevante que se realice.

- ✓ Mejora continua: Al enfocar las mejoras se tiene en cuenta la retroalimentación permanente a la organización para garantizar que los clientes (pacientes, familiares, otros servicios) se mantengan satisfechos.
- ✓ Enfoque a clientes: Sólo los clientes de los servicios de organizaciones de salud, serán responsables de evaluar la calidad del servicio y en función de su percepción se identificarán oportunidades de mejora para garantizar un incremento de la satisfacción.
- ✓ Enfoque sistémico: Cualquiera de los servicios en que se aplique el procedimiento que se pretende validar se integra al sistema hospital, no ocurre como un proceso aislado y como tal su relación con otras partes componentes del mismo queda declarada al efectuar la evaluación de la calidad percibida.
- ✓ Aplicabilidad: El procedimiento en su presentación queda lo suficientemente detallado y con las herramientas necesarias para su aplicación aun por aquellas personas que no sean especialistas en el tema.
- ✓ Aprendizaje continuo: El procedimiento orienta a las organizaciones de salud en el aprendizaje continuo y así posibilita la potenciación de esta Capacidad, considerando la retroalimentación para la mejora que tiene en cuenta el mismo.
- ✓ Adaptabilidad: El procedimiento es adaptable a cualquier servicio de los que se brindan en un hospital moderno y también puede generalizarse a otros servicios en los que, como ya se ha descrito previamente, es usual la realización de estudios de calidad percibida.
- ✓ Pertinencia: El procedimiento está diseñado para una aplicación constante en organizaciones de salud que garantice conocer el estado de opinión de los pacientes sobre los servicios que recibe más allá de las quejas y/o reclamaciones que puede o no realizar.
- ✓ Flexibilidad: El procedimiento es flexible en cuanto a que, en dependencia de la etapa que se aplique y el servicio pueden omitirse algunos pasos sin afectar la evaluación final, considerando su pertinencia y sin perder la lógica de análisis. Además, también lo es en cuanto a las herramientas que se proponen para la consecución de cada uno de los pasos.
- ✓ Consistencia lógica: El procedimiento se articula de una forma lógica que permite cumplir con los principios anteriores para lo que está compuesto de etapas y como parte de las mismas de diferentes pasos, todo ello cohesionando criterios relacionados con calidad percibida y su evaluación.

El cumplimiento de estos principios se asegura si se siguen las etapas y pasos en que se estructura el procedimiento para evaluar la calidad percibida de servicios de asistencia en salud. Dicho procedimiento se presenta en la Figura 2.8.

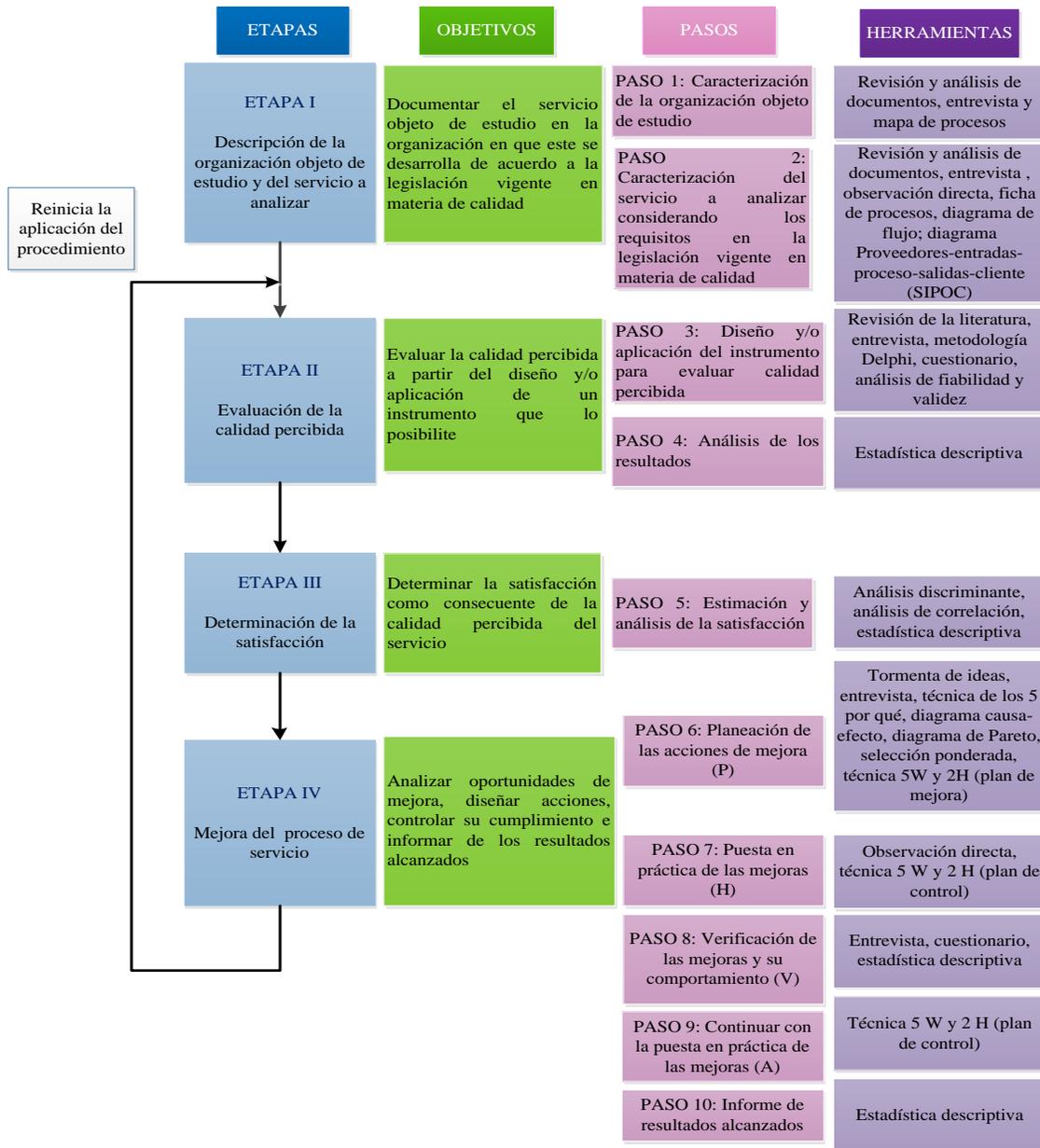


Figura 2.8: Procedimiento para evaluar la calidad percibida de servicios de salud

Fuente: Elaboración propia a partir de (Curbelo, 2013)

El procedimiento consta de cuatro etapas y diez pasos con objetivos bien marcados que van desde la descripción de procesos, la evaluación de la calidad percibida y la satisfacción como consecuente de esta, hasta la proyección y puesta en práctica de mejoras a las deficiencias

detectadas en función del criterio de pacientes y familiares, en fin de la calidad percibida. Para su implementación se emplean las herramientas que se precisan en la Figura 2.8 y se detallan en el Anexo 18.

Dada la relevancia que posee en la aplicación del procedimiento el diseño del instrumento de evaluación de la calidad percibida (paso 3), se explica en el Anexo 19 la propuesta de Curbelo (2010) que se toma como base para el caso en estudio.

En cuanto al procedimiento y su implementación se establecen como precisiones generales (Curbelo, 2013):

- ✓ La primera etapa adopta los pasos en función del avance que se tenga en la organización en materia de evaluación de calidad percibida. Se dan tres situaciones:
 - Si es la primera vez que se evaluará la calidad percibida en procesos de una organización con el enfoque que se propone en esta investigación: En este caso se siguen los pasos tal cual se han descrito.
 - Si ya se han evaluado otros servicios pero se incluye uno nuevo: Se comienza desde el paso 2 de los detallados para el servicio en que se analizará la calidad percibida.
 - Si ya se ha evaluado el servicio pero se procede a realizar este proceso sistemáticamente: Puede omitirse la primera etapa por completo.
- ✓ En la segunda etapa se seguirán los pasos de acuerdo a las variantes que se exponen:
 - Si es la primera vez que se evalúa la calidad percibida en el servicio: Se debe diseñar un instrumento que permita cumplir este fin con fiabilidad y validez comprobadas.
 - Si ya se ha evaluado antes la calidad percibida: Se aplica el instrumento antes diseñado.
- ✓ En la tercera etapa en que se desarrolla el quinto paso del procedimiento se debe considerar:
 - Si es la primera vez que se determina la satisfacción teniendo en cuenta las variables en estudio que forman parte del instrumento diseñado: Esta debe ser estimada considerando análisis estadísticos para luego valorar los resultados.
 - Si ya se ha estimado antes la satisfacción: Se procede a determinar esta según el modelo establecido.

- ✓ En la cuarta etapa una vez se ponen en práctica las mejoras propuestas (paso 7), se puede pasar, en lo que estas se verifican y reajustan en caso de ser necesario, a los pasos iniciales del procedimiento teniendo en cuenta lo anteriormente abordado. Debe notarse que esta se desarrolla siguiendo el Ciclo PHVA que propone Deming para la mejora continua como ya se ha precisado antes.

En el caso de la tercera etapa Curbelo (2013) llega a conclusiones que permiten garantizar mayor operatividad al realizar la evaluación de la calidad percibida y la satisfacción, un proceso periódico y que es efectuado por personas que no poseen conocimientos estadísticos elevados como para realizar análisis multivariantes de mayor complejidad.

Para la determinación de la satisfacción dicha autora valora dos variantes que son:

- ✓ Variante I: Se determina la satisfacción por cada paciente con médicos, enfermeros, personal de servicios e infraestructura utilizando como criterio la mediana.
- ✓ Variante II: Se realiza el mismo análisis pero considerando como criterio la media.

A estas, en investigaciones posteriores realizadas por Díaz (2014), Cortiza (2014) y Salas (2014), se agrega una tercera variante:

- ✓ Variante III: Determinación de la satisfacción considerando como criterio la moda.

Para definir cuál es la mejor variante se realiza un análisis comparativo entre la satisfacción determinada por cada una de estas y la marcada por los pacientes en el cuestionario que se les entrega, lo que únicamente se les pregunta en la primera aplicación en que se pretende revisar la validez y fiabilidad del instrumento de evaluación. El análisis se efectúa utilizando el coeficiente de correlación Rho de Spearman.

En investigaciones que dan continuidad a la de Curbelo (2013), y en la que esta autora desarrolla, se emplea como criterio la mediana aunque las correlaciones resultan significativas para las tres variantes. Esta decisión se fundamenta en que la media tiende a verse afectada dada la presencia de valores extremos y la moda puede tomar más de un valor (González-Quevedo, 2014; Sampayo, 2014; Díaz, 2014; Cortiza, 2014; Salas, 2014). Considerando ello y como resultado de una consulta a expertos, se obtiene la Ecuación 2.1 para la determinación de la satisfacción.

$$SG_i = (0.49 * SMe_i) + (0.27 * SEnf_i) + (0.13 * SPS) + (0.11 * SInf) \quad \text{Ecuación 2.1}$$

Donde:

SG_i- Satisfacción general del paciente i con el servicio recibido.

SMe_i- Satisfacción del paciente i con la atención médica recibida (Mediana de los valores por ítems).

SEnf_i- Satisfacción del paciente i con la atención del personal de enfermería recibida (Mediana de los valores por ítems).

SPS- Satisfacción del paciente i con la atención del personal de servicios (Mediana de los valores por ítems).

SInf- Satisfacción del paciente i con la infraestructura (Mediana de los valores por ítems).

Los valores obtenidos se llevan a la escala de la Figura 2.9 para conocer el estado general de la satisfacción. El paciente estará muy satisfecho si $SG \geq 4,5$, satisfecho si $4,5 > SG \geq 4$, medianamente satisfecho si $4 > SG \geq 3$, insatisfecho si $3 > SG \geq 2$ y muy insatisfecho si $2 > SG \geq 1$. La evaluación de mal, regular, bien, muy bien y excelente se asocia a la calidad del servicio según la percepción de los pacientes (Curbelo, 2013).

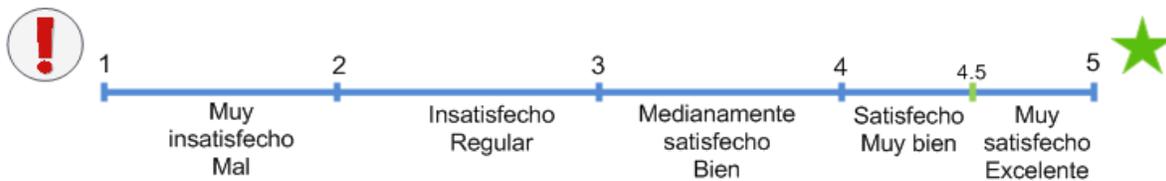


Figura 2.9: Escala para la evaluación de la satisfacción

Fuente: (Curbelo, 2013)

Considerando la importancia de evaluar la calidad percibida y llegar a determinar la satisfacción en procesos de servicios y concretamente en los de servicios de salud, el procedimiento de Curbelo (2013) se ha implementado en instituciones de este sector en Cienfuegos, a lo que se hace alusión en el apartado que sigue.

2.4.1- Implementación del procedimiento de Curbelo (2013) en servicios de salud de Cienfuegos

El procedimiento diseñado se implementa para su validación inicial en uno de los servicios del Hospital Provincial de Cienfuegos, específicamente en el Servicio Quirúrgico Ambulatorio del Centro Especializado Ambulatorio (CEA) anexo a este.

Al aplicar el procedimiento antes descrito para la evaluación de la calidad percibida del Servicio Quirúrgico Ambulatorio los principales resultados son:

- ✓ Se brinda a la organización una caracterización general del servicio acorde a las exigencias de la NC-ISO 9001: 2008.
- ✓ Se diseña una lista que puede ser tomada como punto de partida para la evaluación de la calidad percibida en servicios de atención médica considerando el criterio de 9 expertos de alta competencia. Dicha lista dividida en cuatro apartados fundamentales: médicos, enfermeros, personal de servicios e infraestructura.
- ✓ Se valida un instrumento que permite evaluar la calidad percibida teniendo en cuenta el criterio de 95 pacientes a quienes se aplica el cuestionario diseñado para el caso particular del Servicio Quirúrgico Ambulatorio del CEA.
- ✓ Se realiza un análisis que permite llegar a la estimación de la satisfacción a partir de la calidad percibida, lo que le agrega a ello un carácter científico requerido.
- ✓ Se estudian alternativas de mejora que se proponen a la organización para las principales deficiencias detectadas.
- ✓ Se diseña una herramienta informática que facilita la realización periódica en las organizaciones de salud de todos los análisis anteriores.

Por tales aportes para el sistema de salud, el procedimiento se ha implementado ya en la totalidad de los servicios del Centro Especializado Ambulatorio y en las cuatro Unidades Organizativas que conforman el Hospital Provincial de Cienfuegos. Teniendo en cuenta ello, se ha realizado la agrupación por tipo de servicios y de esta forma se han diseñado los instrumentos de evaluación, cada uno de estos se encuentra conformado por cuatro listas: médicos, enfermeros, personal de servicios e infraestructura.

En la Tabla 2.2 aparece un resumen de instrumentos que se han validado para el CEA y el Hospital GAL y de la cantidad de ítems con que cuentan estos. Hasta el momento se han desarrollado dos cuestionarios, uno para procesos ambulatorios y otro para los de hospitalización. En ambos casos se emplea una escala 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. Para la validación de dichos instrumentos se ha acudido a la cantidad de pacientes y familiares que se presenta en la Tabla 2.3, en el Hospital por Unidad Organizativa y en el CEA por servicios.

Tabla 2.2: Cantidad de ítems por cuestionario de evaluación de la calidad percibida y la satisfacción

Fuente: Elaboración propia

Tipos de servicios	Cantidad de variables por listas que conforman el cuestionario				
	Médicos	Enfermeros	Personal de servicios	de Infraestructura	Total
Ambulatorio	13	12	8	10	43
CEA- Servicio Quirúrgico Ambulatorio					
Hospitalización	13	12	8	13	46
CEA-Rehabilitación, Quimioterapia y Hemodiálisis					
HGAL- Unidades Organizativas Clínica, Quirúrgica y de Urgencias, y en el Centro Materno Infantil					

Tabla 2.3: Cantidad de usuarios encuestados para la evaluación de la calidad percibida y la satisfacción

Fuente: Elaboración propia

Hospital GAL	
Unidades Organizativas	Cantidad de encuestados
Unidad Organizativa Clínica	439
Unidad Organizativa Quirúrgica	426
Unidad Organizativa de Urgencias	248
Centro Materno Infantil	364
Total Hospital GAL	1477
Centro Especializado Ambulatorio	
Servicio Quirúrgico Ambulatorio	95
Rehabilitación	80
Quimioterapia	93
Hemodiálisis	91
Total CEA	359
Total de encuestados	1836

En el caso de los servicios con hospitalización de la Unidad Organizativa de Urgencias, la encuesta que se aplica aparece en el Anexo 20. De los nueve servicios que se agrupan en la

Unidad Organizativa de Urgencias del Hospital GAL se eligen para la investigación los servicios de: UCI Clínica, UCI Quirúrgica y Rehabilitación de Cardiología, restando el CPEM.

Luego de aplicados los cuestionarios a los 1836 encuestados, se calcula la satisfacción y se obtienen los resultados que se muestran en las Figuras 2.10-2.13 para el Hospital GAL y el CEA.

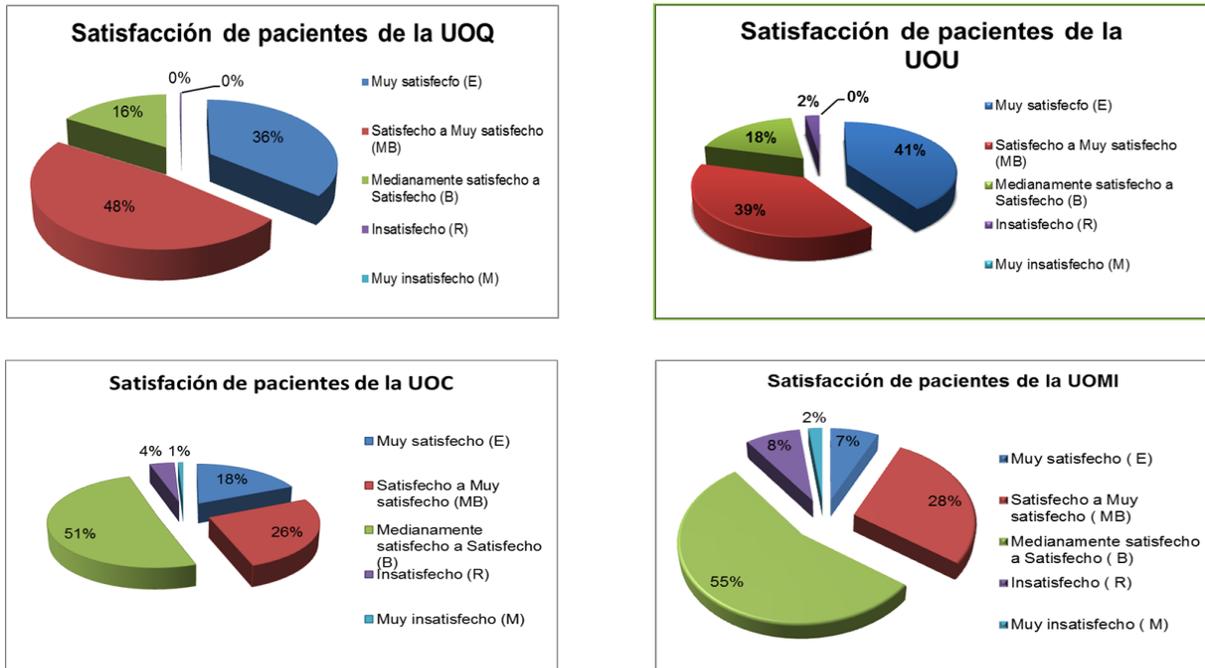


Figura 2.10: Evaluación de la satisfacción de los pacientes y familiares del Hospital GAL por UO y Centro Materno Infantil

Fuente: (Sampayo, 2014; Díaz, 2014; Cortiza, 2014; Salas, 2014)



Figura 2.11: Evaluación de la satisfacción de los pacientes y familiares del Hospital GAL de Cienfuegos

Fuente: (Sampayo, 2014; Díaz, 2014; Cortiza, 2014; Salas, 2014)

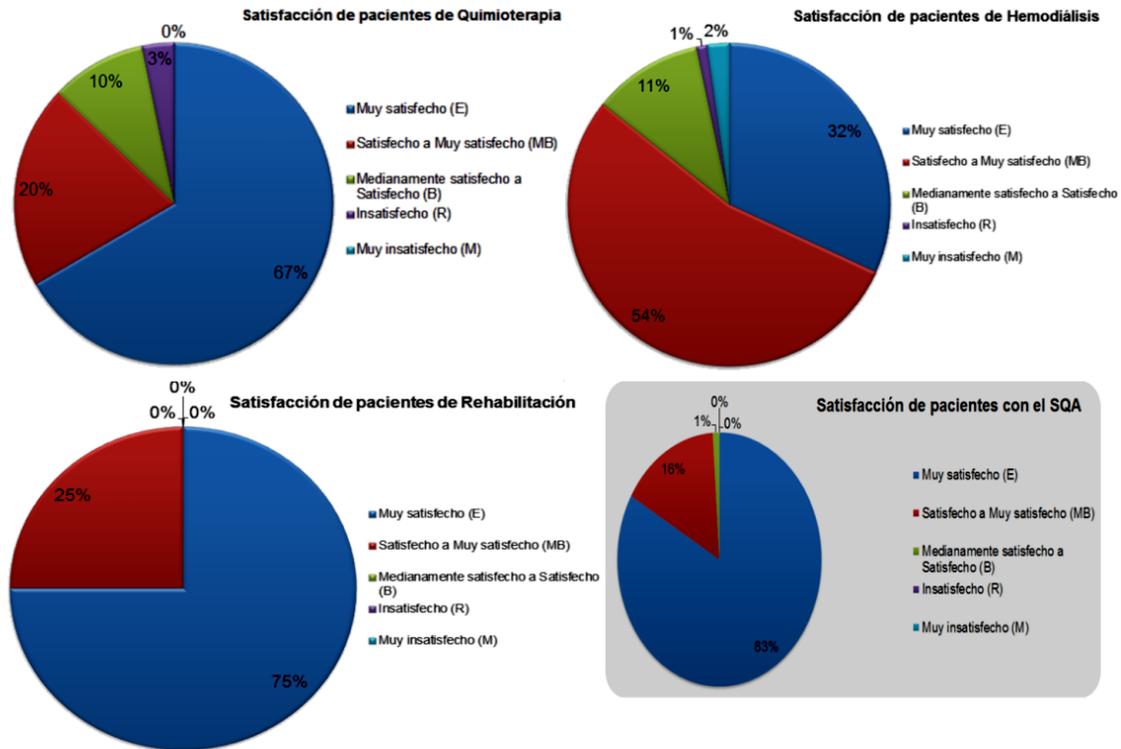


Figura 2.12: Evaluación de la satisfacción de los pacientes y familiares del CEA por servicios estudiados

Fuente: (González- Quevedo, 2014; Curbelo, 2013)

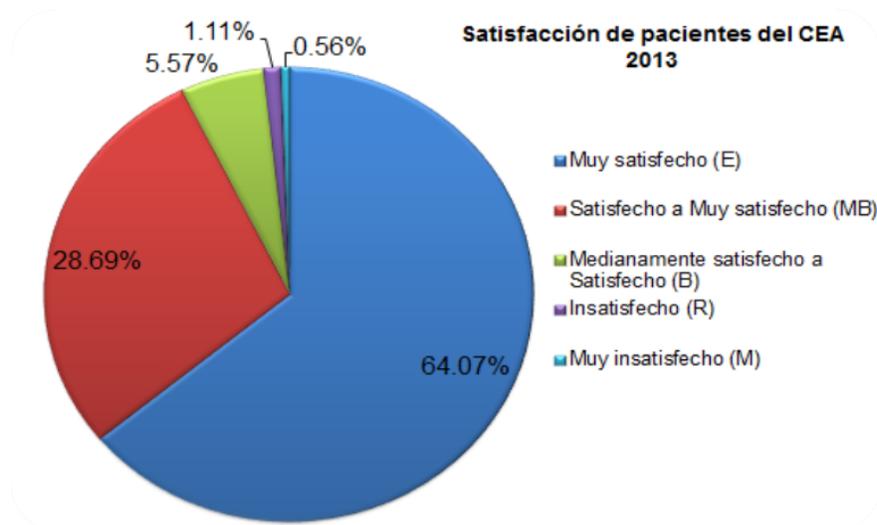


Figura 2.13: Evaluación de la satisfacción de los pacientes y familiares del CEA de Cienfuegos

Fuente: (González- Quevedo, 2014; Curbelo, 2013)

En función de los resultados alcanzados puede plantearse que en el caso del Hospital GAL la Unidad Organizativa más crítica es la Clínica, además del Centro Materno Infantil, en ambos casos se registran los más altos por cientos asociados a los niveles mínimos de satisfacción que no son deseados por la organización. Siguiendo esta lógica en el CEA, las mayores insatisfacciones se localizan en los servicios de Quimioterapia y Hemodiálisis. También se perciben las diferencias macro entre un centro y el otro, nótese que el nivel máximo de satisfacción en el CEA lo alcanza un 64% de los encuestados mientras en el Hospital GAL sólo se logra para un 24 %.

En cada uno de los servicios se realiza un análisis para identificar las deficiencias existentes por lista, o sea se definen las variables que en mayor medida afectan la calidad percibida y como consecuente la satisfacción. Las principales insatisfacciones con los servicios del Hospital Provincial GAL definidas al aplicar el procedimiento y teniendo en cuenta cada una de las listas: médicos, enfermeros, personal de servicios e infraestructura; aparecen en la Tabla 2.4.

Tabla 2.4: Deficiencias principales en la UOQ por listas analizadas

Fuente: Elaboración propia

Listas	Principales deficiencias
Médicos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ El proceso de atención no se realiza con una adecuada privacidad. ✓ Los médicos no llegan en el horario fijado para el proceso de atención médica. ✓ Los médicos no me hacen sentir confianza con los conocimientos y cuidados que me brindan en el proceso de atención. ✓ Los médicos no se comunican con otros especialistas a los que debo recurrir para mantenerse al tanto.
Enfermeros	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Los enfermeros no se expresan de manera adecuada. ✓ Los enfermeros no explican al aplicar los medicamentos en los horarios precisados por los especialistas, no conocen las alternativas de tratamiento, todo ello en caso de que lo requiera tanto yo como mis familiares.
Personal de servicios	<ul style="list-style-type: none"> ✓ El personal de servicios no es amable conmigo y mis familiares. ✓ El personal de servicio no se encuentra en el momento en que debe estar para la realización de su trabajo. ✓ El personal de servicios no dedica el tiempo requerido a cada paciente y familiar.
Infraestructura	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Las consultas no tienen adecuadas condiciones. ✓ Los alimentos no están bien elaborados. ✓ La alimentación no es acorde a la dieta que debo seguir.

Una vez se han identificado estas se efectúa un estudio de causas raíces empleando la técnica de los 5 por qué y el diagrama causa-efecto, y a las causas bases se proyectan alternativas de mejoras que las instituciones deben aplicar dando continuidad a los pasos 7-10 del procedimiento validado.

2.5- Conclusiones del Capítulo II

Al término de este Capítulo puede concluirse que:

1. El Hospital Provincial de Cienfuegos “Dr. Gustavo Aldereguía Lima” es una de las instituciones que prestigia el Sistema Provincial de Salud, en este se ofrecen diferentes servicios de atención a la población. Los servicios están organizados en cuatro Unidades Organizativas: Quirúrgica, Clínica, de Urgencias y Materno Infantil; que cuentan con capital humano y capacidad instalada para brindar la asistencia. Entre los servicios que se brindan en la Unidad Organizativa de Urgencias se encuentran los del Centro Provincial de Emergencias Médicas que cuenta con varios departamentos y capital humano especializado en cuidados de tal naturaleza, en el mismo la cantidad de pacientes se ha incrementado mostrándose la mayor cifra desde 1995 en el 2014.
2. En el Hospital Provincial de Cienfuegos predomina la subjetividad en la determinación de la satisfacción dado que se emplean las autoencuestas y evaluaciones por áreas críticas. Concretamente nunca se ha evaluado la calidad percibida siguiendo la mirada desarrollada en otros países, a lo que ya se encamina a partir de la realización de la investigación de Curbelo (2013) en el Servicio Quirúrgico Ambulatorio del Centro Especializado Ambulatorio anexo a este.
3. El procedimiento de Curbelo (2013) para la evaluación de la calidad percibida, estructurado en IV etapas y 10 pasos, consta de principios que orientan a la organización a la mejora continua, a enfocarse a procesos y a clientes. Dicho procedimiento se articula con una lógica que posibilita la evaluación de la calidad percibida y la satisfacción con base matemática, en lo que se aplican además herramientas para la captación, análisis y procesamiento de información relacionada con procesos. Lo anterior puede corroborarse a partir de los resultados de su implementación en diferentes servicios restando los de Consulta Externa y el Centro Provincial de Emergencias Médicas.



Capítulo III



CAPÍTULO III: Implementación del procedimiento de Curbelo (2013) para la evaluación de la calidad percibida deservicios en el Centro Provincial de Emergencias Médicas (CPEM) del Hospital Provincial de Cienfuegos

Introducción

En este Capítulo se implementa el procedimiento de Curbelo (2013) para la evaluación de la calidad percibida de servicios en el Centro Provincial de Emergencias Médicas (CPEM) del Hospital Provincial “Dr. Gustavo Aldereguía Lima” de Cienfuegos. Como resultados se logra diseñar un cuestionario, determinar la satisfacción de los pacientes y se proyectan alternativas de mejora a las deficiencias detectadas. También se establecen precisiones encaminadas a la continuidad de aplicación de la investigación.

3.1- Implementación del procedimiento de Curbelo (2013) en el Centro Provincial de Emergencias Médicas (CPEM) del Hospital Provincial de Cienfuegos

Las etapas y pasos en la implementación del procedimiento de Curbelo (2013) se explican detalladamente en los epígrafes siguientes.

3.1.1- Etapa I: Descripción de la organización objeto de estudio y de los servicios a analizar

PASO 1: Caracterización de la organización objeto de estudio

El Hospital Provincial de Cienfuegos “Dr. Gustavo Aldereguía Lima” (GAL) se ha descrito de manera general en el Capítulo II, apartado 2.1. En el Anexo 21 aparece el mapa de procesos que muestra las relaciones entre todos los diferentes servicios que se desarrollan.

En la presente investigación la evaluación de la calidad percibida se realiza para el caso del CPEM a la vez que se desarrolla un estudio paralelo en el Servicio de Consulta Externa con el objetivo de lograr una evaluación general de la calidad de servicios y la satisfacción en el Hospital GAL considerando el enfoque de Curbelo (2013).

PASO 2: Caracterización de los servicios en que se efectuará la evaluación

En el epígrafe 2.2 se realiza una caracterización general de los servicios del CPEM. En este paso, a la misma se suma, la descripción de dichos servicios como procesos. Para la obtención de información se utilizan la entrevista, la revisión de documentos y la observación directa. Luego de su aplicación se confeccionan los diagramas de flujo de los servicios de Código Rojo, Códigos Amarillo y Verde, atención a pacientes con Cólera y Cuerpo de Guardia del Materno; el servicio en la sala de Observación queda incluido en estos tal cual se precisa. También se

elaboran el diagrama SIPOC del CPEM y la ficha de procesos. Todo ello se presenta en los Anexos del 22 al 24.

Considerando lo desarrollado en estos dos primeros pasos de la implementación del procedimiento de Curbelo (2013), puede plantearse que el CPEM ya cuenta con la documentación requerida para la descripción de procesos según las normativas que a nivel internacional existen en materia de calidad.

3.1.2- Etapa II: Evaluación de la calidad percibida

PASO 3: Diseño y aplicación del instrumento para evaluar calidad percibida

Como se ha explicado antes, el CPEM cuenta con una sala de Cuidados Paliativos donde se encuentran los pacientes en estado terminal, una Unidad Quirúrgica de Emergencias (UQE), el Código Rojo, atención por especialidades en el Código Amarillo y en el Código Verde, una sala de Observación, una sala de Cólera, además del servicio del Cuerpo de Guardia del Materno-Infantil. De estos servicios se tiene posibilidad de intercambio para la evaluación de la calidad percibida con los pacientes y/o familiares de los seis últimos, considerando sus características y funcionamiento.

En la Figura 3.1 se muestran las cantidades de pacientes atendidos para el caso de los seis departamentos precisados del CPEM en el año 2014. Se puede observar que los departamentos con mayor número de pacientes atendidos son el Código Amarillo y el Código Verde, así como el Cuerpo de Guardia del Materno.

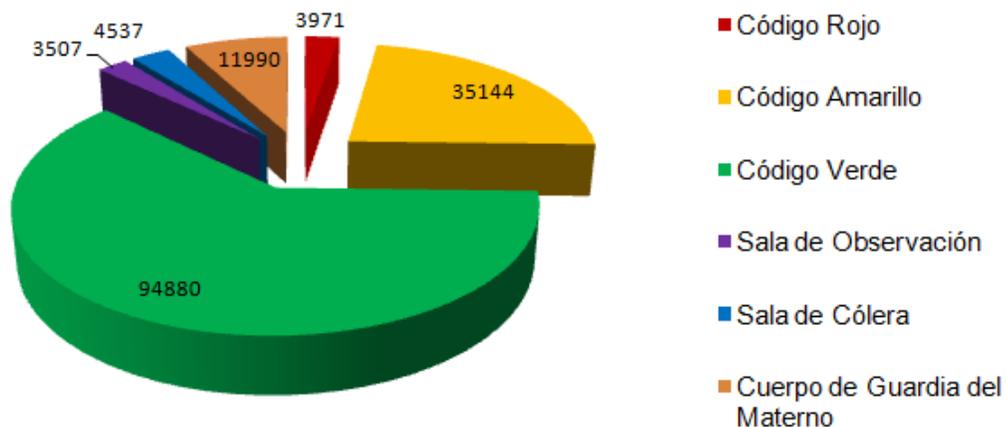


Figura 3.1: Cantidad de pacientes atendidos por departamento

Fuente: Elaboración propia

En el CPEM predominan los servicios ambulatorios y en algunos casos, según el diagnóstico, ocurre la hospitalización en otros servicios por especialidades en el Hospital GAL o en la salas de este: Observación (hasta 24 horas en el servicio) y Cólera, ello se detalla en los diagramas de flujo (Anexo 22). Para la evaluación de la calidad percibida en dichas salas se puede aplicar el instrumento validado por Cortiza (2014) que aparece en el Anexo 20.

Considerando que los servicios de urgencias tienen características específicas que les hacen diferenciarse del resto de los ambulatorios, se procede al diseño de un instrumento de evaluación de la calidad percibida que se ajuste a estas para su aplicación periódica en el CPEM, el mismo se empleará en los servicios de: Código Rojo, Códigos Verde y Amarillo, y Cuerpo de Guardia del Materno.

Seguidamente se detallan los pasos para el diseño del instrumento de evaluación de la calidad percibida en los servicios ambulatorios del CPEM y la evaluación de esta en los servicios de hospitalización a partir del cuestionario existente.

Diseño de un instrumento para la evaluación de la calidad percibida de servicios ambulatorios del CPEM

En el diseño del instrumento para evaluar calidad percibida se aplica el procedimiento de Curbelo (2010) explicado antes en el Anexo 19. Seguidamente se presenta un resumen de su aplicación por pasos.

Etapa 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 particularmente los de asistencia médica. Este tema ya ha sido abordado 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 105 ítems teniendo en cuenta los criterios que abordan autores como Phillips et al. (1998), Mira (et al. 1998), Iraola (et al. 2004), Fonseca, Sardiñas, Lorenzo y Alejo(2007),Civera (2008),Parra (2011), Fonseca, Arias, y Barletta (2012), y Curbelo (2013). En el Anexo 25 aparece la contribución de cada uno de estos a la lista elaborada. Dichos ítems, considerando el criterio de los autores mencionados

son concentrados en 4 posibles grupos de análisis para médicos, enfermeros y personal de servicios, a lo que se suma la infraestructura. Lo anterior se especifica en la Tabla 3.1.

Tabla 3.1: Cantidad de ítems en la lista inicial de características

Fuente: Elaboración propia a partir de (Curbelo 2013)

Listas	Ítems
Médicos	30
Enfermeros	26
Personal de apoyo	16
Infraestructura	33
Total de ítems	105

Etapa 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 en el Anexo 18 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: Para la selección de los expertos se aplica un cuestionario que aparece en el Anexo 26. Su procesamiento permite calcular el coeficiente de competencia lo que se detalla metodológicamente en el Anexo 18. En el Anexo 27 se presenta la caracterización de los expertos y su coeficiente de competencia, nótese que de los 9 expertos que se consultan para la investigación 8 presentan un coeficiente de competencia alto mientras que 1 presenta un coeficiente de competencia medio. Se incluyen en la investigación 4 expertos del sector de la salud y 5 externos a este pero que han desarrollado investigaciones en el mismo o sobre calidad percibida de servicios (académicos-investigadores).

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

En este caso al determinar la población y al seleccionar la muestra se realiza en función de la totalidad de los servicios del CPEM, sean ambulatorios o no. Con los ambulatorios se trabaja para el diseño del nuevo instrumento y en los de hospitalización se aplica el existente.

Paso 5: Delimitación de la población

Para la presente investigación se considera como población: Cantidad de pacientes que reciben servicios del CPEM de Cienfuegos.

Paso 6: Definición del tipo de muestreo a utilizar

Como tipo de muestreo a utilizar se selecciona el muestreo estratificado, se encuestan aleatoriamente pacientes y familiares que reciben los diferentes servicios que se brindan en el CPEM.

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

En la determinación del tamaño de muestra se aplica la Ecuación 1 del Anexo 19. Para ello se consideran: p y q de un 50% respectivamente, un error permisible (B) del 10%, un nivel de confianza del 95% por lo que z es 1.96, y un tamaño de población de 154 029 pacientes atendidos en el 2014 como período base (Figura 2.6). Así el tamaño de muestra es de 96 pacientes.

Para la estratificación de la muestra según los diferentes servicios (departamentos) se cuenta con los datos que aparecen en la Figura 3.1. Primeramente se determina la fracción del estrato (fh) y luego se multiplica este por las cantidades de pacientes atendidos por departamento (Nh) resultando el tamaño de muestra por departamento (nh), todo ello se realiza tomando como base los criterios de Hernández et al. (1998). Las cantidades a encuestar aparecen en la Tabla 3.2.

Tabla 3.2: Cantidad de clientes a encuestar por estrato

Fuente: Elaboración propia

Estratos	Nh	fh=n/N	Cantidad de clientes a encuestar nh=Nh*fh
Observación	3507	0.00062313	2
Código Amarillo	35144		22
Código Verde	94880		59
Código Rojo	3971		3
Sala de Cólera	4537		3
Cuerpo de Guardia del Materno	11990		7

En resumen, a 5 pacientes se aplicará la encuesta de hospitalización y a 91 pacientes se acudirán para la validación del nuevo instrumento.

Los elementos muestrales que para este caso pueden ser pacientes y familiares se seleccionan aleatoriamente hasta completar la muestra en estudio.

Etapa IV- Estudio exploratorio con expertos

En esta etapa se realiza la consulta a expertos para recopilar sugerencias (**Paso 8**) y reducir ítems (**Paso 9**), aplicando como herramientas la entrevista y la metodología Delphi respectivamente.

Inicialmente se analiza la lista de ítems resultante del paso 2 de este procedimiento de diseño (Anexo 25), esta se depura dejando solamente los ítems que abordan tres autores o más de los que se consultan. De dicho análisis resulta una lista de 56 ítems.

Luego se acude a los expertos para reducir la lista de ítems y recopilar sugerencias. La primera consulta aparece en el Anexo 28. Los resultados de esta consulta a expertos se procesan en el software SPSS Versión 19 para valorar si existe comunidad de criterios entre estos, se trata de aplicar la Metodología Delphi. En el Anexo 29 aparece dicho procesamiento, se concluye que el juicio de los expertos es consistente y que existe comunidad de preferencia entre estos con un coeficiente de W de Kendall de 0.603. Un análisis de los rangos promedio permite la eliminación de los 17 ítems que aparecen marcados en dicho anexo.

Las principales sugerencias se orientan al enfoque de algunas afirmaciones y a la posibilidad de unificación de otras por su interpretación final para los pacientes y familiares. En todos los casos se tienen en cuenta los criterios que aportan los expertos, estos son:

- ✓ Al ítem relacionado con la amabilidad puede unificarse el que hace referencia al respeto tanto para médicos como para enfermeros, resultando en ambos casos: Los médicos o enfermeros son amables y respetuosos en el trato conmigo y mis familiares.
- ✓ Los expertos concuerdan en que pueden unirse los ítems: los médicos están a la escucha de cualquier inquietud, duda o reclamación; y, los médicos responden a mis preguntas. Resulta así: Los médicos responden a mis preguntas, están a la escucha de mis inquietudes y reclamaciones.
- ✓ Se plantea que también pueden relacionarse los ítems: 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; y, los médicos explican sobre los

medicamentos, horarios y alternativas de tratamiento. El nuevo ítem es: Los médicos me informan sobre mi estado de salud, consecuencias y resultados clínicos, explican sobre los medicamentos, horarios y alternativas de tratamiento, lo mismo a mis familiares.

- ✓ Agregar al ítem: los enfermeros están a la escucha de cualquier inquietud o reclamación, la posibilidad de escucha de las dudas de pacientes y familiares.
- ✓ Redefinir el ítem: los enfermeros apoyan en la solución de mis problemas cumpliendo con lo que han establecido los especialistas. Resulta la afirmación: Los enfermeros cumplen con lo que han establecido los especialistas demostrando sus conocimientos y habilidades profesionales.
- ✓ Redefinir el ítem: el hospital cuenta con la señalización intrahospitalaria adecuada. Para un mejor entendimiento de pacientes y familiares, el ítem finalmente es: El CPEM cuenta con señales que orientan a los pacientes.
- ✓ Especificar que se trabaja en el apartado de enfermería también en función de los técnicos que laboran con pacientes y familiares. Además, detallar a quienes se incluye como personal de servicios.

Una vez se realizan todos los ajustes mencionados se acude nuevamente a los expertos para reducir ítems considerando los niveles de importancia de estos en la evaluación de la calidad percibida de servicios del CPEM. Dicha consulta aparece en el Anexo 30.

En el Anexo 31 se muestran los estadígrafos descriptivos para las diferentes variables. En este momento se analizan las variables que tienen media menor que 3.5, mediana y moda menores o iguales que tres, y frecuencia de marcado que supera el 50% en este rango para el caso de las variables que no coinciden en los tres criterios anteriores. Se define así que deben eliminarse las variables siguientes:

Médicos

- ✓ Los médicos solucionan los problemas por los que he acudido a su atención.
- ✓ Los médicos se muestran preocupados por mi caso.
- ✓ Confío en los cuidados que brindan los médicos.
- ✓ Los médicos se expresan de manera adecuada al intercambiar conmigo y mis familiares.

Enfermeros o técnicos

- ✓ Los enfermeros demuestran su disposición a la ayuda y entendimiento a los pacientes y familiares.
- ✓ Los enfermeros son preocupados por cada caso.
- ✓ El cuidado de los enfermeros me ofrece confianza.
- ✓ Los enfermeros emplean el tiempo necesario para mi atención.
- ✓ Los enfermeros me informan sobre mi estado de salud en caso de ser necesario, lo mismo a mis familiares.
- ✓ Los enfermeros se expresan de manera adecuada.

Personal de servicios

- ✓ La preparación y profesionalidad del personal de apoyo es adecuada para responder a mis demandas.

Infraestructura

- ✓ El sistema de información en el hospital se muestra organizado por sus resultados en el intercambio con los pacientes y familiares.
- ✓ Los locales de espera son amplios.

En la Tabla 3.3 aparece un resumen de los análisis efectuados en esta etapa en cuanto a la cantidad de ítems en los diferentes momentos de intercambio con los expertos.

Tabla 3.3: Cantidad de ítems en la lista de características luego de la consulta a expertos

Fuente: Elaboración propia

Momentos de intercambio con los expertos	Ítems				Total de ítems
	Médicos	Enfermeros o técnicos	Personal de servicios	Infraestructura	
Lista inicial	20	20	5	11	56
Recopilación de sugerencia y revisión de inclusión de ítems (Si/No)	11	13	5	9	38
Reducción de lista de ítems según nivel de importancia	7	7	4	7	25

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 y familiares de una forma estructurada para la obtención de resultados relacionados con los ítems que se ha validado con los expertos condicionan la calidad percibida, además es este el que propone Curbelo (2013).

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 los servicios de estudio.

En la primera evaluación que se realiza se incluye una interrogante final relacionada con la satisfacción por apartado del cuestionario, en esta igualmente se emplea una escala de tipo Likert donde: 1- Muy insatisfecho, 2- Insatisfecho, 3- Medianamente satisfecho, 4- Satisfecho, 5- Muy satisfecho.

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

El cuestionario que se diseña tiene cuatro apartados acompañados de las instrucciones para responderlo: datos generales de los usuarios, evaluación de la calidad de atención, evaluación de la satisfacción y sugerencias. La evaluación de la calidad de atención se estructura a partir de cuatro listas dirigidas a la atención de médicos, enfermeros y personal de servicios, además de la infraestructura.

El cuestionario listo para su aplicación a pacientes y/o familiares como usuarios fundamentales de los servicios del CPEM aparece en el Anexo 32. Una vez se tiene el instrumento diseñado se encuentran todas las condiciones creadas para que este sea completado por la muestra definida teniendo en cuenta el tipo de muestreo detallado.

Paso 13: Aplicación del instrumento de medición

En la aplicación del instrumento en este apartado se hace referencia a los 91 encuestados que reciben servicios con principios de funcionamiento ambulatorio, es el caso de los pacientes en: Códigos Rojo, Verde y Amarillo, además de Cuerpo de Guardia del Materno.

El cuestionario se aplica a la cantidad de usuarios que aparece en la Tabla 3.2 por cada uno de los servicios: Códigos Rojo, Amarillo y Verde y al Cuerpo de Guardia del Materno. Como antes se especifica se realizan diferentes momentos de aplicación en los meses de diciembre a mayo teniendo en cuenta la dinámica de los servicios de atención en salud. En caso de que el encuestado no esté en la disposición de responder se elige otro paciente o familiar. Todo ello se realiza hasta completar el tamaño de muestra definido.

En los servicios del CPEM, de acuerdo a sus características y a las condiciones de los pacientes que acuden al mismo, se aplica el instrumento en un mayor porcentaje a los familiares (47%), a un 36 % de los pacientes y sólo el 17% de los pacientes y familiares lo llenaron en conjunto. Predominan los encuestados entre 19 y 60 años, de los cuáles 55 corresponden al sexo femenino, lo que representa un 60% de la muestra. El mayor porcentaje de los pacientes y familiares que colaboraron con la investigación han cursado estudios técnicos y superiores, sumando un 73%, seguido de la enseñanza pre- universitaria (14%) y secundaria (11%), siendo menos representativos los encuestados que han cursado solamente estudios primarios, los que representan sólo el 2% de la muestra.

En la Figura 3.2 se resumen los resultados anteriores para el total de encuestados del CPEM.

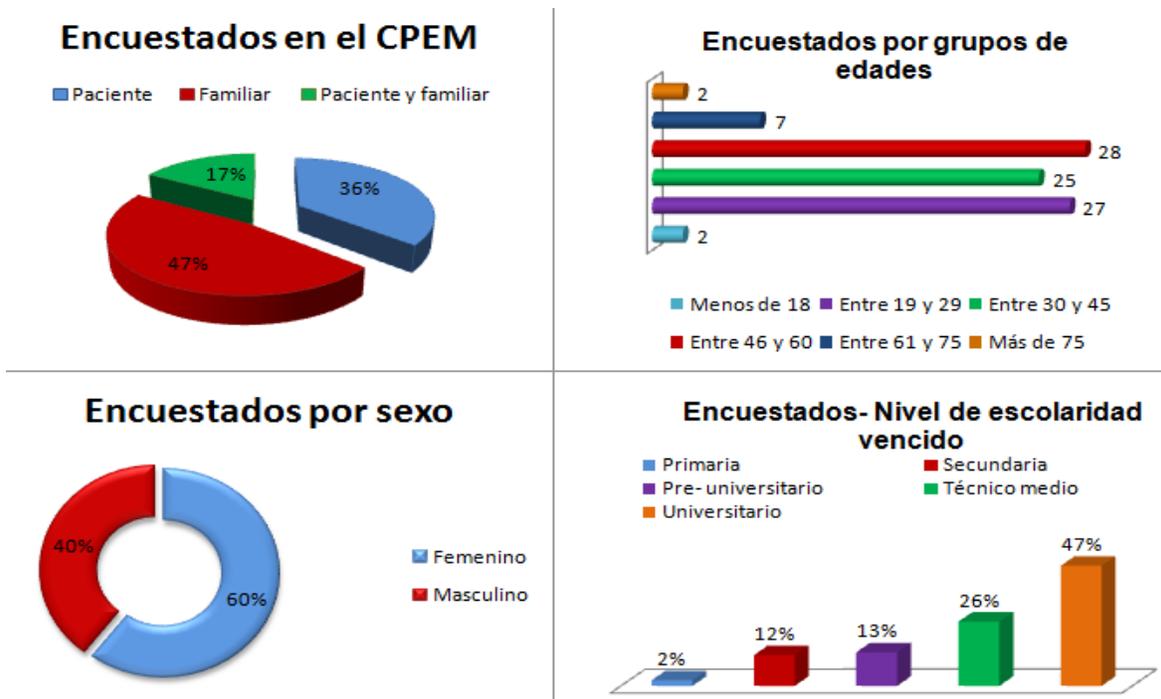


Figura 3.4: Caracterización de la muestra a que se aplica el cuestionario

Fuente: Elaboración propia

Luego de aplicado el cuestionario a la totalidad de la muestra del CPEM se procede a realizar los análisis estadísticos pertinentes que permiten asegurar la fiabilidad y validez del instrumento.

Paso 14: Análisis de fiabilidad y validez

En este paso es objetivo revisar las propiedades métricas del instrumento diseñado, para ello 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 aplicación de la etapa IV de este procedimiento que tiene como antesala la etapa I.
- ✓ Demostración de la validez de constructo: Se realiza mediante un análisis factorial de componentes principales y rotación Varimax, el mismo tiene fin confirmatorio porque se trata de verificar la significatividad de las variables para la evaluación de la calidad percibida en cada una de las listas. Dado que el tamaño muestral es de 91 usuarios se consideran variables significativas aquellas que carguen en más de 0.60 a un factor (Tabla 3, Anexo 18).

Para aplicar el factorial se verifica el cumplimiento de los supuestos fundamentales: 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 (por encima de 0.5).

- ✓ Demostración de la validez de criterio: La validez de criterio se demuestra comparando con resultados anteriores, ello se abordará más adelante.

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 análisis descriptivos que se utilizan en el PASO 4. En el caso del análisis factorial se requiere de la realización de dos corridas para obtener la matriz de cargas factoriales rotadas prefijando el número de factores a extraer como dos. Los resultados alcanzados aparecen en los Anexos 33- 40, estos se resumen en las Tablas 3.4- 3.7.

Tabla 3.4: Propiedades métricas del instrumento para médicos

Fuente: Elaboración propia

Criterios/ Corridas del factorial	Inicial (Primera corrida)	Segunda corrida
Alpha de Cronbach	0.846	0.846
Tamaño muestral	91	91
Cantidad de variables	7	7
Variables a excluir- Criterio de exclusión	No se obtiene la matriz de cargas factoriales rotada	Ninguna variable excluida- Cargas superiores a 0.60
Cantidad de factores- Por ciento de varianza explicada	1-52.569%	2-66.356%
Determinante	0.58	0.58
KMO	0.828	0.828
Significación asintótica de la prueba de Esfericidad de Bartlett	0.000	0.000

Tabla 3.5: Propiedades métricas del instrumento para enfermeros

Fuente: Elaboración propia

Criterios/ Corridas del factorial	Inicial (Primera corrida)	Segunda corrida
Alpha de Cronbach	0.846	0.846
Tamaño muestral	91	91
Cantidad de variables	7	7
Variables a excluir- Criterio de exclusión	Ninguna variable excluida- Cargas superiores a 0.60	Ninguna variable excluida- Cargas superiores a 0.60
Cantidad de factores- Por ciento de varianza explicada	1 –53.361%	2 –67.108%
Determinante	0.62	0.62
KMO	0.871	0.711
Significación asintótica de la prueba de Esfericidad de Bartlett	0.000	0.000

Tabla 3.6: Propiedades métricas del instrumento para personal de servicios

Fuente: Elaboración propia

Criterios/ Corridas del factorial	Inicial (Primera corrida)	Segunda corrida
Alpha de Cronbach	0.793	0.793
Tamaño muestral	91	91
Cantidad de variables	4	4
VARIABLES A EXCLUIR- Criterio de exclusión	Ninguna variable excluida- Cargas superiores a 0.60	Ninguna variable excluida- Cargas superiores a 0.60
Cantidad de factores- Por ciento de varianza explicada	1- 40.484%	2 –80.627%
Determinante	0.248	0.248
KMO	0.737	0.737
Significación asintótica de la prueba de Esfericidad de Bartlett	0.000	0.000

Tabla 3.7: Propiedades métricas del instrumento para infraestructura

Fuente: Elaboración propia

Criterios/ Corridas del factorial	Inicial (primera corrida)	Segunda corrida
Alpha de Cronbach	0.892	0.892
Tamaño muestral	91	91
Cantidad de variables	7	7
VARIABLES A EXCLUIR- Criterio de exclusión	Ninguna variable excluida- Cargas superiores a 0.60	Ninguna variable excluida- Cargas superiores a 0.60
Cantidad de factores- Por ciento de varianza explicada	1- 51.822%	2-72.840%
Determinante	0.19	0.19
KMO	0.83	0.83
Significación asintótica de la prueba de Esfericidad de Bartlett	0.000	0.000

En todas las listas se cumplen los supuestos mencionados tanto para la fiabilidad de la escala como para el análisis factorial. De esta manera puede concluirse que el cuestionario para evaluar la calidad percibida del CPEM del Hospital Provincial es una propuesta fiable y válida.

Paso 15: Reajuste del instrumento de medición

Luego de corroboradas la fiabilidad y la validez de constructo, se plantea que no es necesario reajustar el instrumento porque no se elimina ninguna de las variables. Teniendo en cuenta ello para futuras evaluaciones de la calidad percibida en el caso del CPEM, debe emplearse el instrumento de evaluación que aparece en el Anexo 32. Del mismo puede suprimirse la interrogante relacionada con la satisfacción que se estimará como se explica más adelante (epígrafe 3.1.3).

El **paso 16** del procedimiento de diseño que cierra la aplicación del mismo se desarrolla a continuación dado que coincide con el **PASO 4** del procedimiento para la evaluación de la calidad percibida de Curbelo (2013) en implementación.

Evaluación de la calidad percibida de servicios del CPEM

En la evaluación de la calidad percibida de los servicios en la salas de Cólera y Observación se emplea, como antes se ha precisado el cuestionario validado por Cortiza (2014) que aparece en el Anexo 20. Según el tamaño de muestra calculado debe realizarse la aplicación a 5 pacientes. En este caso se acude en 5 momentos diferentes y se encuesta a distintos pacientes.

En el caso de los pacientes y familiares a los que se le aplica el instrumento antes mencionado y en el cual se incluyen ítems relacionados con la hospitalización del centro, 4 son pacientes y sólo 1 es familiar, predominan los encuestados del sexo masculino (4) y las edades oscilan entre 19 y 45 años de edad. De los usuarios encuestados 2 han cursado estudios técnicos, 2 estudios pre- universitarios y 1 ha cursado estudios superiores. El tiempo de hospitalización de los mismos se encuentra entre 1 y 15 días.

Los resultados de la aplicación del cuestionario se analizan en lo adelante.

PASO 4: Análisis de los resultados

Inicialmente se listan las sugerencias que aportan los encuestados, en resumen estas son:

- ✓ Proporcionar mayor bienestar y rápida atención a los pacientes que acuden al CPEM, la mejoría debe comenzar por el trato recibido.
- ✓ Mejorar la limpieza y calidad de los baños sanitarios.
- ✓ Orientar mejor a los estudiantes que hacen guardia.
- ✓ Mejorar la higiene y condiciones de las salas, en especial la de Observación.
- ✓ Garantizar que los médicos, enfermeros y técnicos se encuentren localizables y en sus puestos de trabajo.

- ✓ Existe una notable decadencia de la atención médica en los últimos años. Todo tipo de servicio: ultrasonido, chequeos, pruebas se dificultan demasiado.
- ✓ Los locales de espera deben disponer de los asientos necesarios y tener un ambiente más favorable y confortable.
- ✓ Tener como principio la ética profesional que ha quedado olvidada y que se estudia en las carreras de medicina y enfermería, que se trabaje por vocación, con sentido de pertenencia y humanismo.
- ✓ Eliminar la dependencia del trato en correspondencia con lo que lleve o no el paciente, que se atienda a todos por igual.
- ✓ En caso de que la atención al paciente la realice un estudiante que sea en presencia del especialista, pues muchas veces están solos y este último no evalúa al paciente.
- ✓ Los médicos deben ser más amables y atentos, ya que trabajan con el pueblo.
- ✓ Dedicar un poco de recursos a los materiales de aseo necesarios: sábanas, toallas, etc. y dedicar un poco de atención al personal que labora (médicos, enfermeros, auxiliares) para que trabajen contentos y con los recursos que necesitan.
- ✓ Que se trabaje para lograr servicios de excelencia a la altura de lo que se espera de la salud en Cuba.
- ✓ Mejorar dentro del Cuerpo de Guardia los servicios de Ortopedia y Rayos X en todos los sentidos.
- ✓ Muchas veces la atención no es la adecuada, en ocasiones el personal que labora manifiesta que no tienen con qué trabajar y los chequeos y pruebas son resueltos por amistad. Los diagnósticos que se realizan muchas veces no son correctos, por lo que se sugiere que la atención al enfermo (priorizando al adulto mayor) sea la más adecuada.

Ambulatorio

Se consideran en este paso los Anexos 33, 35, 37 y 39. A partir de los mismos se definen las variables o ítems que generan criterios negativos de los usuarios como aquellos que poseen media inferior a 3.5, mediana y moda menores que 4. En general el 88% de las variables presentan deficiencias en los servicios del CPEM. Las problemáticas por listas se analizan seguidamente.

Médicos

- ✓ Los médicos demuestran seguridad y profesionalidad al establecer sus intercambios: al emitir un diagnóstico y realizar un procedimiento. (A)
- ✓ Los médicos son amables y respetuosos en el trato conmigo y mis familiares. (B)
- ✓ Los médicos responden a mis preguntas, están a la escucha de mis inquietudes y reclamaciones. (C)
- ✓ El tratamiento médico se realiza con una adecuada privacidad. (D)
- ✓ Los médicos tratan de que se reduzcan los tiempos de espera para su atención. (E)

Enfermeros

- ✓ Los enfermeros cumplen con lo que han establecido los especialistas demostrando sus conocimientos y habilidades profesionales. (F)
- ✓ Los enfermeros son amables y respetuosos en el trato conmigo y mis familiares. (G)
- ✓ El personal de enfermería labora respetando la privacidad del paciente. (H)
- ✓ Los enfermeros están presentes cuando los necesito. (I)
- ✓ Los enfermeros tratan de que se reduzcan los tiempos de espera para sus servicios. (J)
- ✓ Los enfermeros están a la escucha de cualquier inquietud, duda o reclamación. (K)

Personal de servicios

- ✓ El personal de apoyo realiza su trabajo de manera que no se afecten las labores de médicos y enfermeros, mostrando su dominio del mismo. (L)
- ✓ El personal de apoyo es amable conmigo y mis familiares. (M)
- ✓ El personal de apoyo se expresa de manera adecuada. (N)
- ✓ El personal de apoyo tiene una apariencia adecuada. (Ñ)

Infraestructura

- ✓ El CPEM cuenta con señales que orientan a los pacientes. (O)
- ✓ Los locales de espera están limpios. (P)
- ✓ Los locales de espera disponen de los asientos necesarios. (Q)
- ✓ Los locales de espera tienen un ambiente agradable. (R)
- ✓ Las consultas están limpias. (S)
- ✓ Las consultas disponen del mobiliario necesario. (T)
- ✓ Las consultas tienen un ambiente agradable. (U)

Hospitalización

En el Anexo 41 aparece un análisis descriptivo de las variables que se miden en el cuestionario.

El mismo permite identificar como deficiencias:

- ✓ Los locales de espera tienen adecuadas condiciones.
- ✓ Las consultas tienen adecuadas condiciones.
- ✓ Las salas tienen adecuadas condiciones. (V)

De las problemáticas detectadas en servicios ambulatorios y de hospitalización coinciden las inadecuadas condiciones de consultas y locales de espera. De igual forma concuerdan con las problemáticas detectadas en otras unidades y servicios del Hospital GAL donde se ha realizado el estudio que el proceso de atención no se realiza con una adecuada privacidad, que los médicos no llegan en el horario fijado y que no hacen sentir confianza con los conocimientos y cuidados que brindan en el proceso de atención. Se corrobora además que los enfermeros y personal de servicios no son amables en el trato y que las consultas no disponen del mobiliario necesario.

Los resultados alcanzados concuerdan con las insatisfacciones que se han venido registrando relacionadas con el CPEM lo que se corrobora considerando la revisión de documentos existentes en la Oficina de Atención a la Población y en entrevista con el Jefe del Servicio. 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.

3.1.3- Etapa III: Determinación de la satisfacción

PASO 5: Estimación y análisis de la satisfacción

La determinación de la satisfacción es esencial en el presente estudio por ello se ha incluido la variable satisfacción con: médicos (SMe), enfermeros (SEnf), personal de servicios (SPS) e infraestructura (SInf) en las encuestas, tanto para la hospitalización como para los ambulatorios. En el Anexo 42 se muestran los estadísticos descriptivos para cada caso que se resumen en la figura a continuación, a partir de esta se concluye que la mayor cantidad de usuarios encuestados se encuentran medianamente satisfechos. Vale destacar que en los niveles mínimos de satisfacción se localizan más usuarios que en los niveles máximos.

Por ciento de pacientes en los diferentes niveles de satisfacción por listas

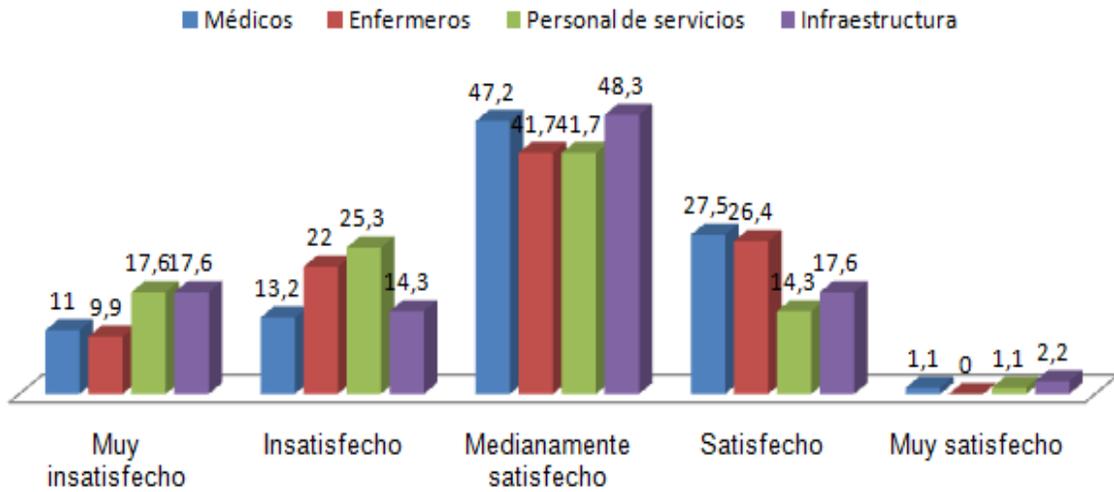


Figura 3.5: Satisfacción de los pacientes

Fuente: Elaboración propia

Un resumen porcentual de los encuestados con niveles de satisfacción entre medio y muy insatisfecho (1-3) por lista se realiza en la Figura 3.6 que permite plantear que estas son significativas (por encima del 50%) en todas las listas, son los más críticos personal de servicios e infraestructura.

Por ciento de pacientes entre muy insatisfechos y medianamente satisfechos

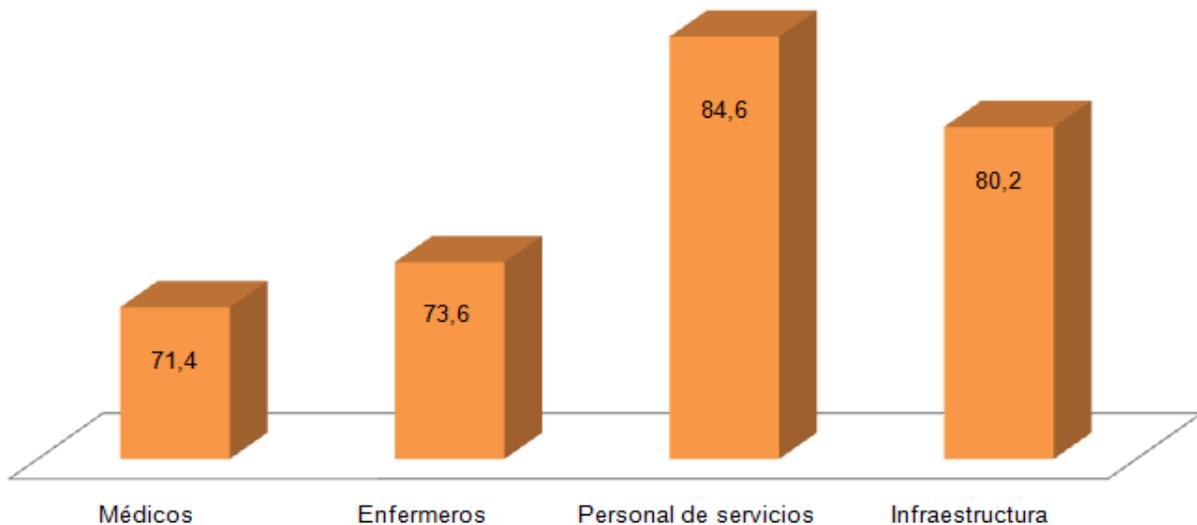


Figura 3.6: Insatisfacciones de los usuarios por lista

Fuente: Elaboración propia

En el caso de los servicios ambulatorios, predominantes en el CPEM, en la investigación en curso se agrega una interrogante relacionada con la satisfacción general como antes se especifica. Los estadísticos descriptivos de esta se presentan en el Anexo 42 y se precisan en la Figura 3.7.

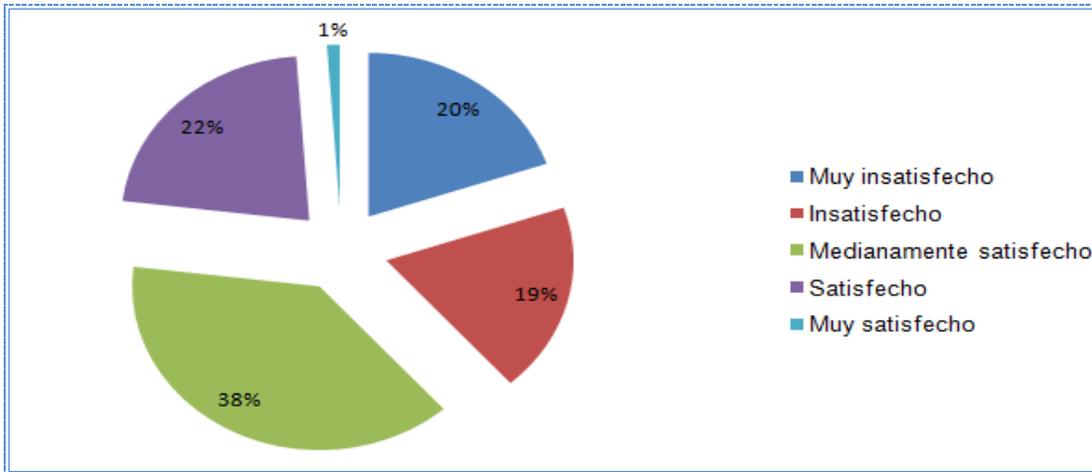


Figura 3.7: Satisfacción de los pacientes del CPEM según marcan en el cuestionario

Fuente: Elaboración propia

En la presente investigación para obtener la satisfacción general se emplea la Ecuación 2.1 validada por Curbelo (2013) que se especifica en el Capítulo II y se codifica considerando la Figura 2.9. Como se ha explicado antes el paciente estará muy satisfecho si $SG \geq 4,5$, satisfecho si $4,5 > SG \geq 4$, medianamente satisfecho si $4 > SG \geq 3$, insatisfecho si $3 > SG \geq 2$ y muy insatisfecho si $2 > SG \geq 1$. En la Figura 3.8 se muestran los resultados alcanzados por esta vía.

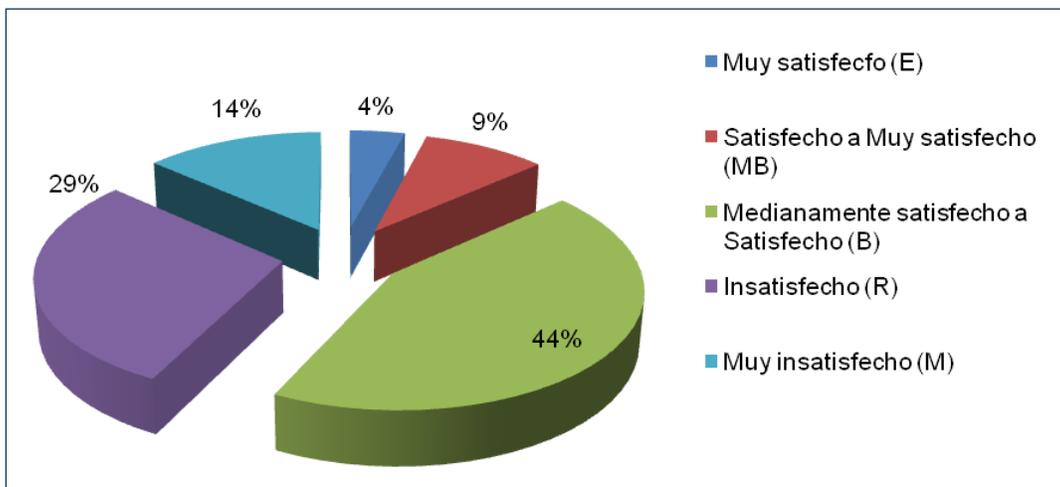


Figura 3.8: Satisfacción de los pacientes con los servicios del CPEM (Ecuación 2.1)

Fuente: Elaboración propia

En la Figura 3.9 aparece el mismo análisis pero sólo para el caso de los pacientes ambulatorios.

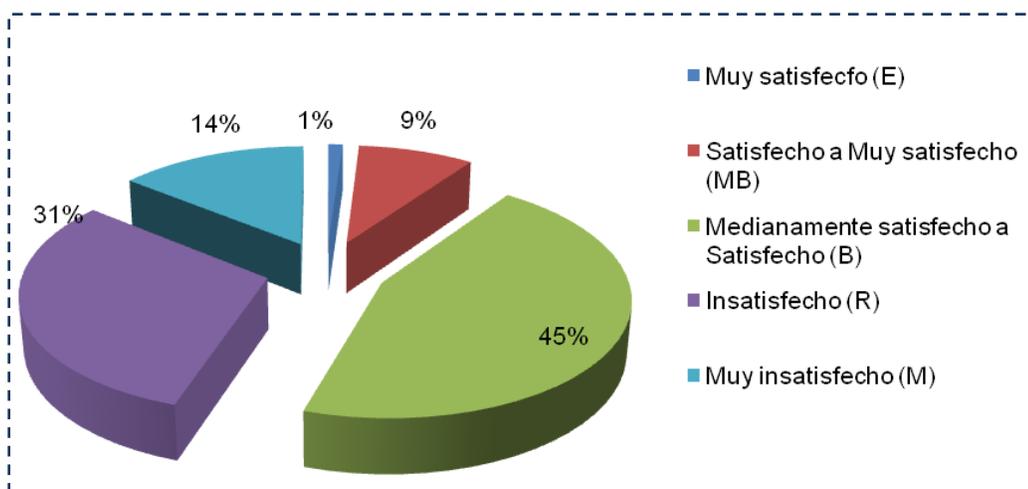


Figura 3.9: Satisfacción de los pacientes ambulatorios (Ecuación 2.1)

Fuente: Elaboración propia

De las Figuras 3.8 y 3.9 puede acotarse que, según la ecuación de cálculo, predominan los usuarios medianamente satisfechos, cantidades muy similares a los por cientos acumulados de insatisfechos y muy insatisfechos. Evidentemente, la realidad en el CPEM es que la menor cantidad de pacientes y familiares encuestados se ubica en los niveles de satisfacción deseados por la organización (4-5).

Un análisis considerando las cantidades de variables con mediana menores que 4 permite obtener los resultados que aparecen en la figura a continuación, se llega a la misma conclusión, o sea, son críticos el personal de servicios y la infraestructura.

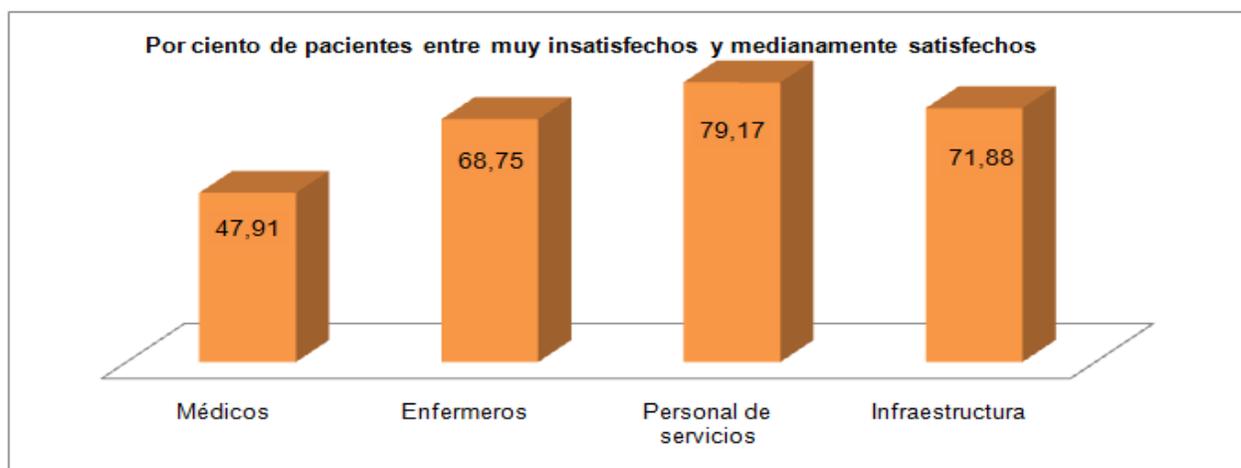


Figura 3.10: Insatisfacciones de los usuarios por lista (Medianas menores que 4)

Fuente: Elaboración propia

Aunque los valores no son exactos, si se comparan los marcados directamente por los pacientes y los resultantes de la ecuación, conducen a resultados similares. Esta conclusión se fundamenta además estadísticamente con un análisis de correlación utilizando los coeficientes Rho de Spearman y el de Pearson para el caso de los servicios ambulatorios en que se incluye la interrogante general de satisfacción (91 usuarios). Los resultados alcanzados se muestran en el Anexo 43.

Las correlaciones son significativas considerando el criterio del SPSS para un 1% de significación, ello indica que la ecuación brinda resultados que se ajustan al criterio de los usuarios directamente expresado, lo que confirma que esta puede emplearse para determinar la satisfacción tal cual plantea Curbelo (2013) y evidencia que la misma puede ser valorada como consecuente de la calidad percibida.

Teniendo en cuenta que la investigación en curso y la de Hernández (2015) paralela a esta, cierran un ciclo de estudio iniciado por Sampayo (2014), Díaz (2014), Cortiza (2014) y Salas (2014), se decide determinar la satisfacción general con los servicios del Hospital GAL. Este resultado se ilustra en la Figura 3.11.



Figura 3.11: Satisfacción general con el Hospital GAL

Fuente: Elaboración propia

Además se especifica seguidamente la satisfacción por niveles en cada uno de los grupos de servicios analizados para lo que se toman en cuenta los resultados mostrados en la Figura 2.10 y los alcanzados.

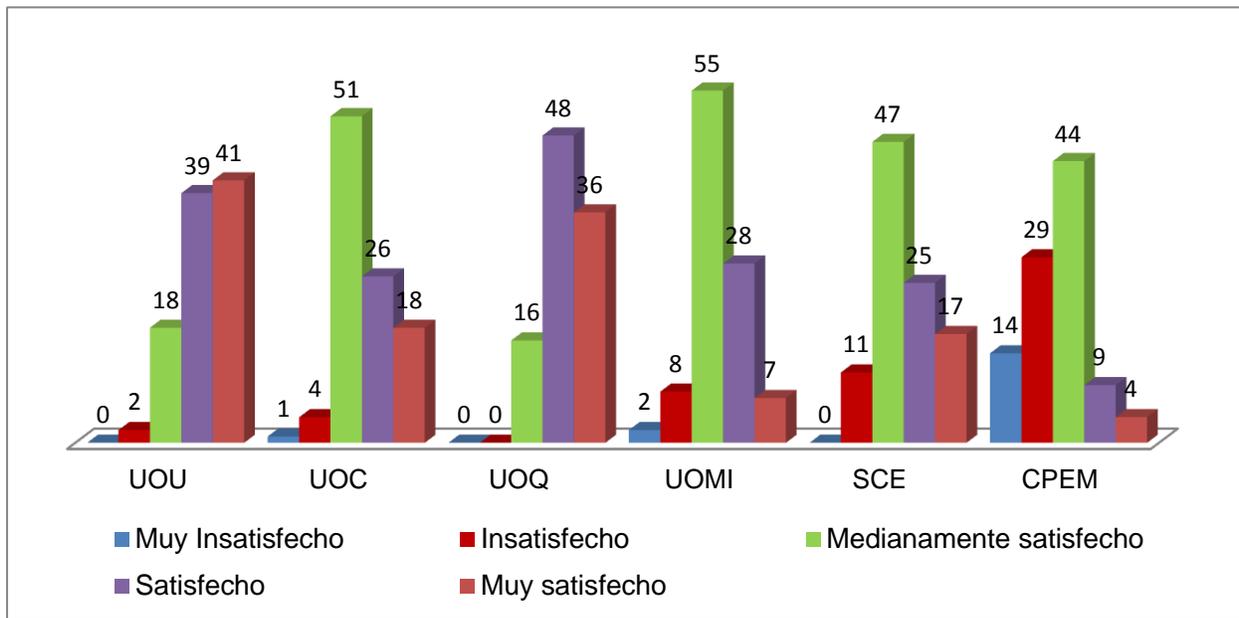


Figura 3.12: Por cientos por niveles de satisfacción general por servicios del Hospital GAL

Fuente: Elaboración propia

A partir de las figuras anteriores se corrobora que en sentido general predominan los usuarios de medianamente satisfechos a satisfechos, la calidad percibida se ubica entre buena y muy buena. El mayor por ciento de pacientes en los niveles mínimos de satisfacción (1-2) se localiza en el CPEM, y en los niveles máximos (4-5) se ubica en la Unidad Organizativa Quirúrgica.

En el Hospital GAL, pese a que existen deficiencias identificadas en las diferentes investigaciones efectuadas, sólo un 8% de los 1 723 pacientes y familiares encuestados durante un año se encuentran en los niveles mínimos de satisfacción, en ello influye que las menores insatisfacciones son con la atención de médicos y enfermeros, y esta pesa más al determinar la satisfacción general.

El estudio efectuado para evaluar la calidad percibida y determinar la satisfacción de los usuarios de servicios del CPEM permite detectar deficiencias que se analizan en el apartado que sigue.

3.1.4- Etapa IV: Mejora de los procesos de servicios

PASO 6: Planeación de las acciones de mejora en función de los resultados alcanzados.

(P)

Las principales deficiencias antes especificadas en el PASO 4 se analizan a profundidad en función de definir las más críticas para el CPEM. Si se considera la frecuencia de marcado entre totalmente en desacuerdo (1) y ni de acuerdo ni en desacuerdo (3) pueden definirse las variables más críticas por listas.

En la Figura 3.13 aparece el análisis mencionado con los por cientos acumulados, la leyenda que se emplea se especifica en el desarrollo del PASO 4. La mayor cantidad de variables identificadas como deficiencias se localizan en las listas de personal de servicios e infraestructura, ello se relaciona directamente con los resultados mostrados en la Figura 3.10.

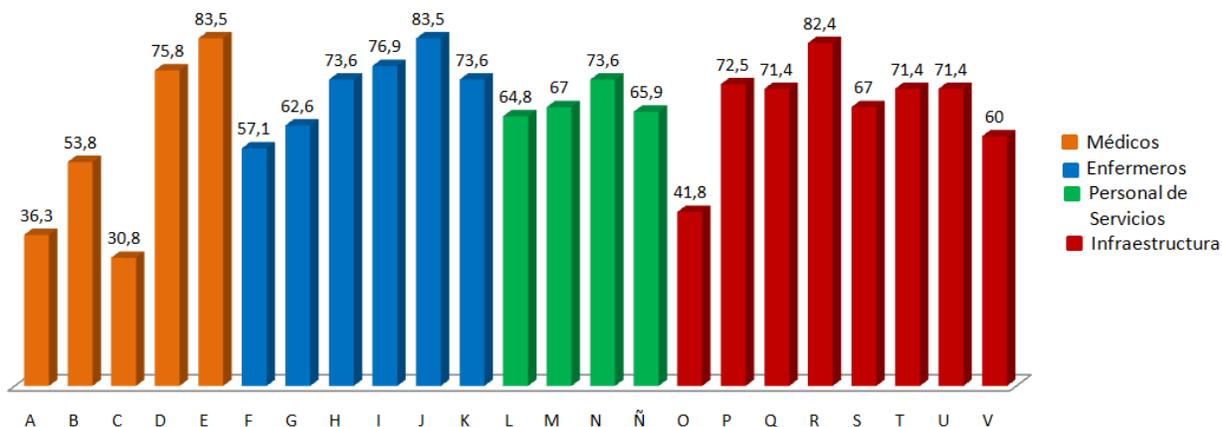


Figura 3.13: Frecuencia de marcado (%) de las variables más críticas

Fuente: Elaboración propia

Nótese que en sólo tres variables la frecuencia de marcado está por debajo del 50%. Para fundamentar la definición de las variables más críticas y focalizar las mejoras a estas en la presente investigación se realiza una prueba de comparación de medias utilizando como estadígrafo el LSD (Least Significant Difference) de Fisher. Los resultados alcanzados se muestran en el Anexo 44 luego del procesamiento empleando el Statgraphics Centurion Versión 18.0.

A partir de la tabla de agrupación inicial se identifica que existen doce grupos homogéneos en cuanto a su media y se decide trabajar con los tres primeros que agrupan el 50% de las variables. Para el caso del CPEM se consideran como variables más críticas:

- ✓ El tratamiento médico no se realiza con una adecuada privacidad. (D)
- ✓ Los médicos no tratan de que se reduzcan los tiempos de espera para su atención. (E)
- ✓ Los enfermeros no están presentes cuando los necesito. (I)

- ✓ Los enfermeros no tratan de que se reduzcan los tiempos de espera para sus servicios. (J)
- ✓ Los enfermeros no están a la escucha de cualquier inquietud, duda o reclamación. (K)
- ✓ El personal de apoyo no se expresa de manera adecuada. (N)
- ✓ Los locales de espera no están limpios. (P)
- ✓ Los locales de espera no disponen de los asientos necesarios. (Q)
- ✓ Los locales de espera no tienen un ambiente agradable. (R)
- ✓ Las consultas no disponen del mobiliario necesario. (T)
- ✓ Las consultas no tienen un ambiente agradable. (U)

En aras de detectar las causas raíces de las principales problemáticas se emplea la técnica de los 5 por qué tal cual aparece en el Anexo 45. En función de ello se efectúan entrevistas a pacientes, familiares, trabajadores y directivos del Hospital GAL y sesiones de trabajo en grupo. Los resultados alcanzados se resumen en la Tabla 3.8.

Tabla 3.8: Deficiencias principales en el CPEM por listas analizadas

Fuente: Elaboración propia

Listas	Principales deficiencias
Médicos y Enfermeros	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se deben incrementar acciones concretas de acuerdo a las necesidades por áreas en la estrategia de comunicación. ✓ Se debe aumentar el control y la toma de medidas en cuanto a la disciplina y puntualidad del personal médico y de enfermería, al cumplimiento de lo reglamentado. ✓ Falta de conocimiento y conciencia de los pacientes en cuanto a las posibilidades de acceso al CPEM y los servicios en las áreas de salud. ✓ Exceso de pacientes en los servicios del CPEM por mal funcionamiento de las Áreas de Salud. ✓ El personal de servicios y la enfermera clasificadora no realiza su trabajo de manera adecuada. ✓ Mejorar la organización del servicio.
Personal de servicios	<ul style="list-style-type: none"> ✓ No existen condiciones adecuadas para la realización de su labor y por tanto no se completa la plantilla, además luego de cambios en función de ello no se realiza la socialización de los mismos para atraer posible personal. ✓ No existe diseño de capacitación sobre temas de comunicación en el área de Capital Humano.

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se debe aumentar el control y la toma de medidas con quienes infrinjan en indisciplinas en cuanto al tratamiento a los pacientes y familiares.
Infraestructura	<ul style="list-style-type: none"> ✓ No se cumple adecuadamente la política para el mantenimiento. ✓ Debe incrementarse el enfrentamiento desde la institución a las indisciplinas sociales y maltrato a la propiedad social a partir de la toma de medidas con los pacientes y familiares. ✓ No se cuenta con la cantidad de sillas necesarias. ✓ Las sillas no se utilizan por el lugar en que se encuentran. ✓ Debe mejorarse la organización del servicio y aumentarse el control en cuanto a ello.

En el Anexo 46 aparece el plan de mejoras teniendo en cuenta las causas raíces identificadas y la posible incidencia en estas, el mismo se construye empleando la técnica 5W y 1H.

El completamiento del desarrollo de esta etapa se trata de la puesta en práctica de las mejoras propuestas (paso 7), verificación de las mejoras y su comportamiento (paso 8), continuar con la puesta en práctica de las mejoras si son estas adecuadas y brindan los resultados deseados para el servicio (paso 9) e informe de resultados alcanzados (paso 10). Todo ello queda recomendado a la institución.

En lo que se realiza ello se puede proceder a las evaluaciones periódicas aplicando las etapas II y III del procedimiento de Curbelo (2013), para lo que se exponen algunas consideraciones en el epígrafe que sigue.

3.2- Consideraciones para la evaluación periódica de la calidad percibida del CPEM

Luego de implementado el procedimiento en el Centro Provincial de Emergencias Médicas (CPEM) del Hospital GAL, se brindan un conjunto de consideraciones que son punto de partida en las evaluaciones periódicas que se realicen en materia de calidad percibida y monitoreo de la satisfacción de los pacientes.

Siguiendo la idea de Curbelo (2013) se imponen como interrogantes las siguientes: ¿cómo se realizará la evaluación?, ¿quiénes la efectuarán?, ¿cuánto cuesta la alternativa? A cada una de las mismas se da respuesta en este apartado.

¿Cómo se realizará la evaluación?

La evaluación se realizará tal cual se ha explicado hasta el momento, o sea, siguiendo el procedimiento de Curbelo (2013) que se emplea para evaluar la calidad percibida. Corresponde en el CPEM: aplicar el instrumento validado en esta investigación, determinar la satisfacción y analizar los resultados de manera pertinente para tomar decisiones en cuanto a las alternativas de mejora.

El procedimiento se aplicará teniendo en cuenta tres aspectos:

✓ Frecuencia de aplicación: El procedimiento puede activarse trimestral o semestralmente. El instrumento, conformado por sus cuatro listas, será aplicado mensualmente. Luego de la aplicación se analizarán los resultados y se proyectarán las acciones de mejora para las principales variables que afectan la calidad percibida que se verificarán en el período en estudio.

En caso de que en los resultados del primer mes se verifique que las variables relacionadas con las insatisfacciones se agrupan principalmente en algunas de las listas (médicos, enfermeros, personal de servicio e infraestructura), la institución puede considerar como variante, durante los otros meses, aplicar sólo las listas en que estas se encuentren mientras el resto de las variables se considerarán con un comportamiento constante, ello permitirá verificar el cumplimiento de las acciones de mejora y la adecuación de estas.

En el caso del CPEM se recomienda que se haga semestralmente teniendo en cuenta la dinámica propia de los servicios de urgencias médicas.

✓ Tipo de muestreo: Cada mes se utilizará un muestreo aleatorio simple, o sea, se aplicará la encuesta a pacientes en los servicios del CPEM.

✓ Cantidad de pacientes a encuestar: Tomando como base la cantidad de casos atendidos en los servicios del CPEM en el año 2014 de 154029 pacientes, se calcula la cantidad de pacientes que como muestra mínima deben ser encuestados en el 2015 siguiendo la propuesta que se valida, utilizando la Ecuación 1 del Anexo 16 para determinar el tamaño de muestra (n) antes empleada. Si 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, el tamaño de muestra mínimo obtenido es de 96 pacientes que serán encuestados proporcionalmente por servicios cada vez que se active el procedimiento.

Este valor se incrementa al realizar la determinación de n por servicios como se muestra en la Tabla 3.9. La cantidad a encuestar se divide por semanas y si se analiza en períodos mayores se divide por meses.

Tabla 3.9: Cantidad mínima de pacientes a encuestar en el 2015

Fuente: Elaboración propia

SERVICIOS	Cantidad de pacientes atendidos en 2014	Cantidad mínima de encuestas por semestre en 2015	Cantidad de pacientes a encuestar por mes en 2015
Código Rojo	3971	188	31
Códigos Amarillo y Verde	130024	192	32
Sala de Observación	3507	188	31
Sala de Cólera	4537	188	31
Cuerpo de Guardia Materno	11990	190	32
Totales	154029	946	157

De estas cantidades se han encuestado hasta el momento 96 para la investigación en curso restando las cantidades por servicios que se especifican en la tabla anterior.

En relación con estos dos últimos aspectos vale destacar que también la institución puede elegir realizar muestreo no probabilístico y encuestar pacientes de acuerdo a las posibilidades que en la misma se den.

De las tres variantes se recomienda emplear la segunda en que la población base para la determinación de la muestra es la cantidad de pacientes atendidos por servicios en el año anterior al período de estudio.

Como se ha mencionado actualmente se emplea como método la autoencuesta, se recomienda no continuar con la aplicación de este sustituyéndolo por la propuesta que se valida, además ubicar a la entrada del CPEM un buzón de quejas y sugerencias que se revisará cada semana. El buzón debe ser visible a los usuarios y debe tener papel y lápiz para su uso.

¿Quiénes la efectuarán?

La realización de la evaluación de la calidad percibida, considerando el procedimiento que se propone y aplica en esta investigación, será efectuada por trabajadores de la Oficina de Atención a la Población con apoyo de los Licenciados en Psicología con que se cuenta en el centro con previa preparación para la presentación del instrumento.

Esta evaluación se facilita actualmente mediante el uso de un libro de Microsoft EXCEL pero se trabaja en el diseño de un software para el procesamiento de los resultados que luego serán interpretados por los actores pertinentes del CPEM en el Hospital GAL.

¿Cuánto cuesta esta alternativa?

La alternativa que se propone seguir para la evaluación de la calidad percibida tiene costos relacionados con la impresión de la encuesta diseñada fundamentalmente. Se requiere para dicha impresión de la contratación con empresas prestadoras del servicio para lo que se realiza un análisis de diferentes variantes localizadas en el territorio de Cienfuegos que se muestran en la Tabla 3.10 a continuación.

Tabla 3.10: Costo de impresión de encuestas

Fuente: Elaboración propia

Empresas prestadoras del servicio de impresión	Costos por millar CUP	Costos por millar CUC
GEOCUBA- Gráfica Cienfuegos	75.29	27.29
Propaganda Provincial del Partido Comunista de Cuba	270.00	-
Imprenta del Ministerio del Azúcar (MINAZ)	172.15	-

Nótese que es la Imprenta del MINAZ la mejor variante. Si se tiene en cuenta la cantidad de pacientes y/o familiares a encuestar por semestre en la Tabla 3.9 para el CPEM, puede plantearse que el costo de impresión de las 1 892 encuestas al año para evaluar la calidad es de 344.30 CUP. Considerando que la investigación en curso culmina con el primer semestre del año se recomienda realizar el contrato para impresión en función del semestre que resta con un costo de 172.15 CUP.

Todo lo abordado en este Capítulo orienta de una manera más concreta la toma de decisiones para la mejora continua, un llamado latente en la actualidad cercano a la voz del paciente.

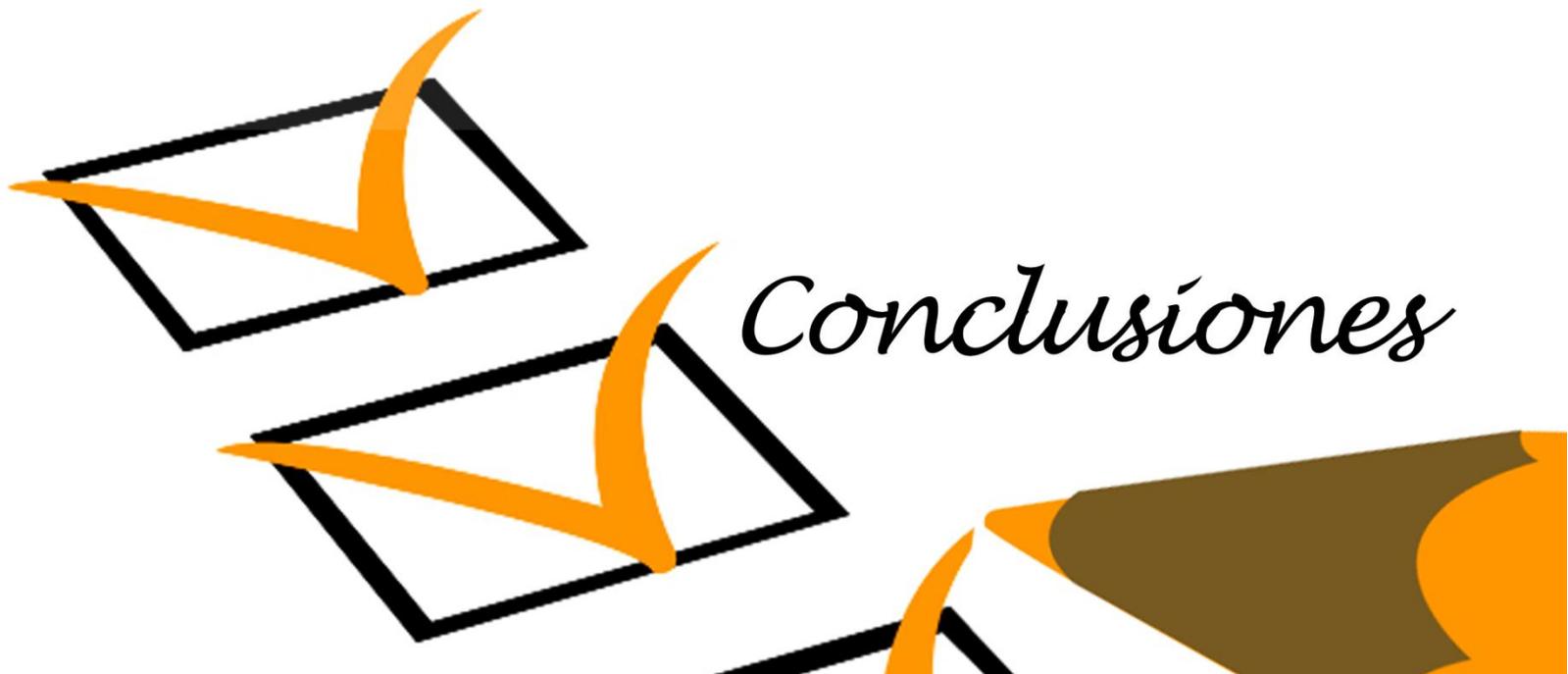
3.3- Conclusiones del Capítulo III

Al culminar este Capítulo se concluye:

1. El procedimiento para la evaluación de la calidad percibida en servicios de asistencia en salud se implementa de los pasos 1 al 6 en el Centro Provincial de Emergencias Médicas de Cienfuegos. La utilización de las herramientas que se proponen permite pasar de una etapa a la otra obteniendo los resultados que garantizan evaluar la calidad del servicio según la perspectiva de los pacientes y familiares.

2. El diseño de los diagramas de flujo y SIPOC, además de la elaboración de la ficha de procesos, que se realiza para la descripción de los diferentes servicios que se brindan en el CPEM (Códigos Rojo, Amarillo y Verde, la sala de Observación, la sala de Cólera y el Cuerpo de Guardia del Materno), permite plantear que en este se cuenta con documentación necesaria para garantizar el enfoque a procesos, tal cual lo exige la legislación existente y las nuevas formas de gestión a implementar en el sistema de salud.
3. El instrumento que se diseña, a partir de la aplicación del procedimiento de Curbelo (2010), es una propuesta fiable y válida para la evaluación de la calidad percibida de los servicios ambulatorios del CPEM. Se emplea con el mismo fin para los servicios de hospitalización el cuestionario resultante de la investigación de Cortiza (2014). Ambas variantes facilitan la identificación de criterios relevantes de los pacientes en función de la atención de médicos, enfermeros, personal de servicios y de la infraestructura.
4. Los pacientes y familiares de los servicios del CPEM se encuentran medianamente satisfechos en más alto por ciento, aunque la cantidad es similar acumulativamente a los que están en los niveles mínimos de satisfacción, lo que se corrobora a partir de la utilización de la ecuación y la escala propuestas por Curbelo (2013). Se comprueba que la ecuación mencionada conduce a resultados cercanos a lo que marcan los usuarios, por tanto esta puede emplearse para determinar la satisfacción en futuros estudios. Las mayores insatisfacciones se asocian al personal de servicios y a la infraestructura.
5. Los usuarios del Hospital GAL de Cienfuegos están predominantemente satisfechos, son mínimas las insatisfacciones y estas se asocian en mayor medida a los servicios que se brindan en el CPEM. Distingue por los resultados, en cuanto a la satisfacción la UOQ, donde el 84% de los encuestados se localiza en los niveles deseados por las instituciones de salud (calidad percibida de muy bien a excelente).
6. El estudio de causas raíces permite que se proyecten acciones encaminadas a la mejora para las variables que en mayor medida condicionan que la satisfacción no alcance los niveles deseados por la organización como son: preparación en comunicación, excesiva carga de trabajo, falta de organización, disciplina, selección del personal, el estado físico de las consultas y locales de espera, además de la limpieza y condiciones de trabajo.
7. Las consideraciones que se ofrecen para futuras aplicaciones de la evaluación de la calidad percibida y de la satisfacción en cuanto a modo, responsables y costo asociado, orientan la

periodicidad de aplicación del procedimiento en el Centro Provincial de Emergencias Médicas del Hospital GAL.



Conclusiones

CONCLUSIONES GENERALES

Al término de esta investigación se concluye:

1. En el Sistema de Salud en Cuba se considera una prioridad la satisfacción de la población y se trabaja por mejorar la calidad de los servicios de atención, lo que demanda la realización de análisis relacionados con temáticas como la calidad percibida. En relación con esta, existe consenso en la literatura consultada sobre la multidimensionalidad que le caracteriza y sobre la carencia de estudios específicos que orienten la acción, a lo que se encamina el Hospital Provincial de Cienfuegos con un ciclo que cierra la presente investigación.
2. En el Centro Provincial de Emergencias Médicas los servicios se encuentran descritos como procesos, también se dispone de un cuestionario para evaluar la calidad percibida de los ambulatorios validado en la presente investigación, todo ello a partir de la implementación del procedimiento de Curbelo (2013). A su vez, este posibilita conocer los criterios relevantes y la satisfacción de pacientes y familiares que para el caso en estudio se encuentran medianamente satisfechos en más alto por ciento, aunque la cantidad es similar a los que están en los niveles mínimos de satisfacción. Los resultados obtenidos encaminan la toma de decisiones para la proyección de acciones de mejora que se realiza.
3. En el Hospital Provincial de Cienfuegos los pacientes y familiares están predominantemente satisfechos, aunque se registran insatisfacciones que se asocian en mayor medida al personal de servicios y la infraestructura. Los servicios que se brindan en el Centro Provincial de Emergencias Médicas son los más críticos y en la Unidad Organizativa Quirúrgica se localiza el mayor por ciento de encuestados en los niveles deseados por las instituciones de salud (calidad percibida de muy bien a excelente).
4. Las consideraciones que se ofrecen para futuras evaluaciones de la calidad percibida orientan a los actores implicados en tal proceso en el Hospital Provincial de Cienfuegos teniendo en cuenta la forma en que debe efectuarse, los posibles responsables y el costo de la alternativa que se implementa en la presente investigación.



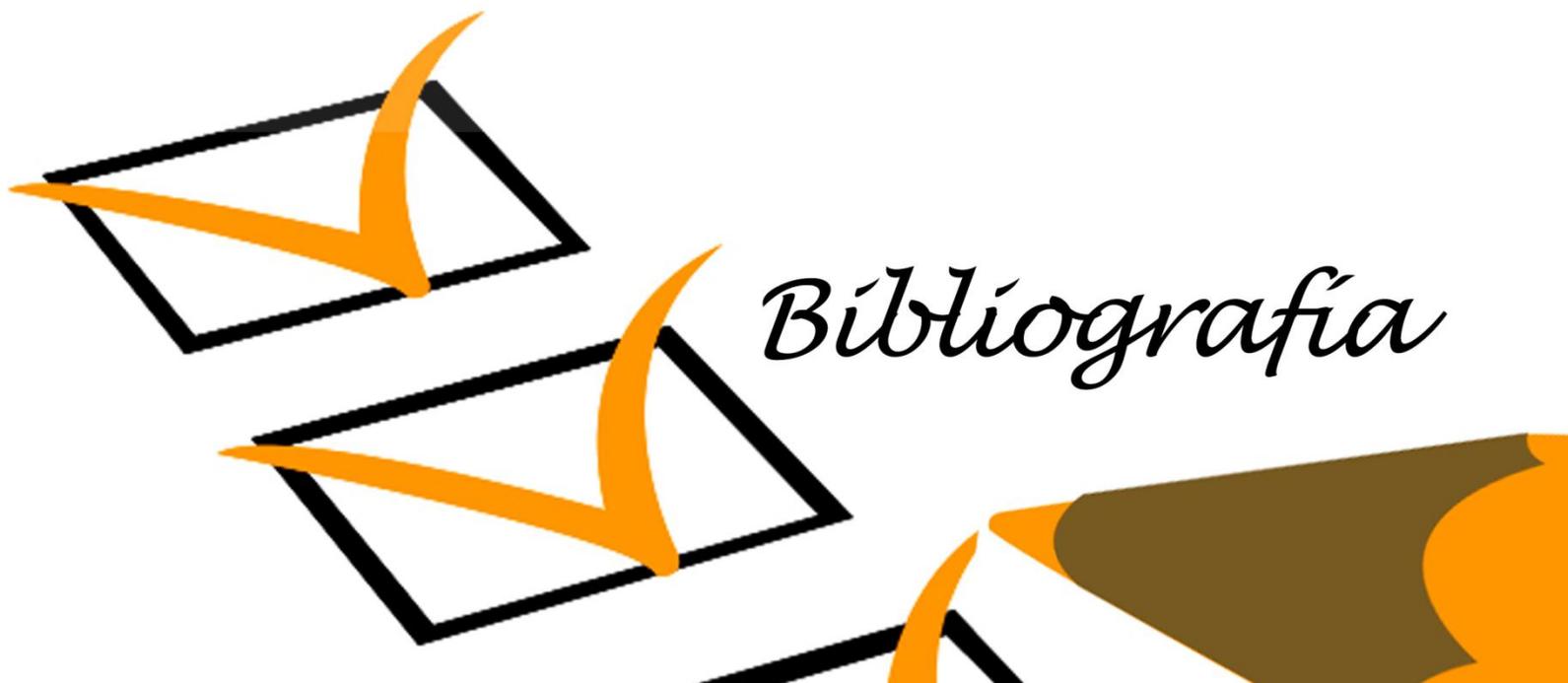
Recomendaciones



RECOMENDACIONES

Se recomienda a la dirección del Hospital Provincial de Cienfuegos y del CPEM:

- ✓ Poner en práctica las mejoras propuestas para cada una de las deficiencias detectadas que se asocian a criterios relevantes que poseen los pacientes y familiares de los servicios del CPEM, de acuerdo a las prioridades y posibilidades concretas del Hospital GAL lo cual debe analizarse en una sesión de trabajo con todos los actores implicados.
- ✓ Analizar causas-raíces y proyectar mejoras al resto de los problemas identificados en la investigación.
- ✓ Diseñar un buzón de quejas para ubicar en el CPEM.
- ✓ Analizar entre las alternativas que se brindan para la evaluación de la calidad percibida en cuanto a: frecuencia de aplicación del instrumento, tipo de muestreo y cantidad de pacientes a encuestar, para definir cómo se dará continuidad a la presente investigación en la cotidianidad.
- ✓ Establecer relaciones contractuales con la imprenta del Ministerio del Azúcar para la impresión de las encuestas de evaluación de la calidad percibida.
- ✓ Continuar fortaleciendo alianzas con investigadores de la Universidad de Cienfuegos para el diseño de un software que facilite la evaluación de la calidad percibida en lo que ya se trabaja.
- ✓ Incluir el procedimiento de Curbelo (2013) en el Manual de Organización y Procedimientos del CPEM en rutinas para la determinación de la satisfacción de los pacientes.



Bibliografía

BIBLIOGRAFÍA

- Andaleeb, S. S., & Conway, C. (2006). Customer satisfaction in the restaurant industry: an examination of the transaction-specific model, 3–11.
- Andrés, M., García Castrillo, L., Rubini, S., Juárez, R., Skaf, E., Fernández, M., Llorens, P., et al. (2007). Evaluación del efecto de la información en la satisfacción de los pacientes atendidos en los servicios de urgencias hospitalarios, 26(1).
- Bolton, N. R., & Drew, J. (1991). A Multistage Model of Consumers Assessment of Service Quality and Value.
- BSi Management Systems. (2002). A Guide for the Adoption of ISO 9001:2000 in Healthcare. The Process Practice. Retrieved from <http://www.bsibrasil.com.br/documentos/ISO9000InHealthcare.pdf>. Acceso: noviembre de 2014.
- Cantú, H. (2001). *Desarrollo de una cultura de calidad* (Segunda.). México: Mc Graw- Hill.
- Castellanos, M. (2009). *Presupuestación flexible para la atención de la patología Neumonía en el Hospital Provincial de Cienfuegos* (Tesis de Grado). Universidad “Carlos Rafael Rodríguez.”
- Castillo, E. (2005). Escala Multidimensional SERVQUAL. Universidad del Bío-Bío, Chile. Retrieved from <http://www.albaplataenegal.org/doc/doc58.pdf>. Acceso: noviembre de 2014.
- 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.
- Colectivo de autores. (2007). Programa de Gestión de la Calidad Hospitalaria del Hospital GAL. Comité Central del Partido. Lineamiento de la Política Económica y Social del Partido y la Revolución (2011).
- Cortiza Sardiñas, R. (2014). *Evaluación de la Calidad Percibida de Servicios del Hospital Provincial “Dr. Gustavo Aldereguía Lima” de Cienfuegos. Caso de Estudio: Unidad Organizativa de Urgencias* (Tesis de Grado). Universidad “Carlos Rafael Rodríguez.”
- 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”.
- Curbelo, D. (2013). *Procedimiento para la evaluación de la calidad percibida de servicios de asistencia en salud. Caso de estudio: Hospital Provincial de Cienfuegos* (Tesis de Maestría). Universidad “Carlos Rafael Rodríguez.”

- 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, 123–131.
- Denton, D. (1991). *Calidad en el Servicio a los Clientes*. Madrid: Díaz de Santos.
- Díaz Fabregat, E. (2014). *Evaluación de la Calidad Percibida de Servicios del Hospital Provincial “Dr. Gustavo Aldereguía Lima” de Cienfuegos. Caso de Estudio: Unidad Organizativa Clínica* (Tesis de Grado). Universidad “Carlos Rafael Rodríguez.”
- Díaz, Y., & Pons, R. (2009a). Conceptualización y modelización de la calidad de servicio percibida: Análisis crítico. Retrieved from <http://www.eumed.net/ce/2009b/>. Acceso: noviembre de 2014.
- Díaz, Y., & Pons, R. (2009b). Modelización y procedimiento de evaluación de la Calidad de servicios percibida en empresas cubanas de servicios. Retrieved from <http://www.eumed.net/cursecon/ecolat/cu/2009/dqpg.htm>. Acceso: noviembre de 2014.
- Dirección Provincial de Salud de Cienfuegos. (2012). *Sistema de Salud en Cienfuegos. Caracterización y principales resultados*. Cienfuegos.
- Dirección Provincial de Salud de Cienfuegos. (2013). *Resumen del Balance Anual del Sistema Provincial de Salud, Cienfuegos*. Presented at the Balance anual, Dirección Provincial de Salud, Cienfuegos.
- Dirección Provincial de Salud de Cienfuegos. (2014). *Informe de Balance Anual 2014*. Cienfuegos.
- Dirección Provincial de Salud de Cienfuegos. (2015). Estructura organizativa de la Dirección Provincial, Minicipal y Unidades.
- Donabedian, A. (1980). *Explorations in quality assessment and monitoring. The definition of quality and approaches to it assessment*. Ann Arbor Mich.
- Duque, E. J., Cervera, A., & Rodríguez, C. (2006). Estudio bibliométrico de los modelos de medición del concepto de calidad percibida del servicio en Internet, 223– 243.
- Fajardo, A. (2013). *Diseño de un instrumento para la medición de la calidad percibida del Servicio Quirúrgico Ambulatorio del Centro Especializado Ambulatorio de Cienfuegos* (Tesis de Grado). Universidad “Carlos Rafael Rodríguez.”
- Falcón, A. (2012a). *Balance de Trabajo del CEA*.
- Falcón, A. (2012b). Informe progreso CD4 1212.
- Fernández García, A. (2013). *Satisfacción de los pacientes en un servicio de urgencias con los cuidados de enfermeros*. (Tesis de Maestría). Universidad de Oviedo, España.

- 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."
- Gálvez, P. (2011). *Cuestionario para evaluar la calidad de servicios deportivos: estudio inicial de las propiedades psicométricas* (Tesis Doctoral). Universidad de Málaga.
- García Bermúdez Frida. (2011). Análisis del Ciclo de Vida de la generación de energía eléctrica en la Empresa Termoeléctrica Cienfuegos.
- González Pérez, R. (1997). *Modelo GOS para la mejora de la gestión de operaciones de servicio. Aplicación parcial en servicios hospitalarios*. (Tesis de Maestría). Universidad de Matanzas "Camilo Cienfuegos"., Matanzas, Cuba.
- González, R. (2013). *Procedimiento para la evaluación de la calidad percibida de los servicios bancarios. Caso de estudio: Sucursal 4822 del BPA en Cienfuegos* (Tesis de Maestría). Universidad "Carlos Rafael Rodríguez."
- González-Quevedo, S. (2014). *Evaluación de la calidad percibida de los servicios de Quimioterapia, Hemodiálisis y Rehabilitación del Centro Especializado Ambulatorio de Cienfuegos* (Tesis de Grado). Universidad "Carlos Rafael Rodríguez."
- 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. (1982a). An applied service marketing theory.
- Grönroos, C. (1982b). Strategic Management and Marketing in the Service Sector, Helsingfors: Swedish School of Economics and Business Administrations.
- Grönroos, C. (1984). A Service Quality Model and Its Marketing Implications.
- Gutiérrez, H., & de la Vara, R. (2004). *Control estadístico de la calidad y Seis Sigma*. México: McGraw-Hill Interamericana Editores.
- Hair, J., Anderson, R., Thatam, R., & Black, W. (1999). *Análisis Multivariante* (Quinta Edición.). Prentice Hall International, Inc.

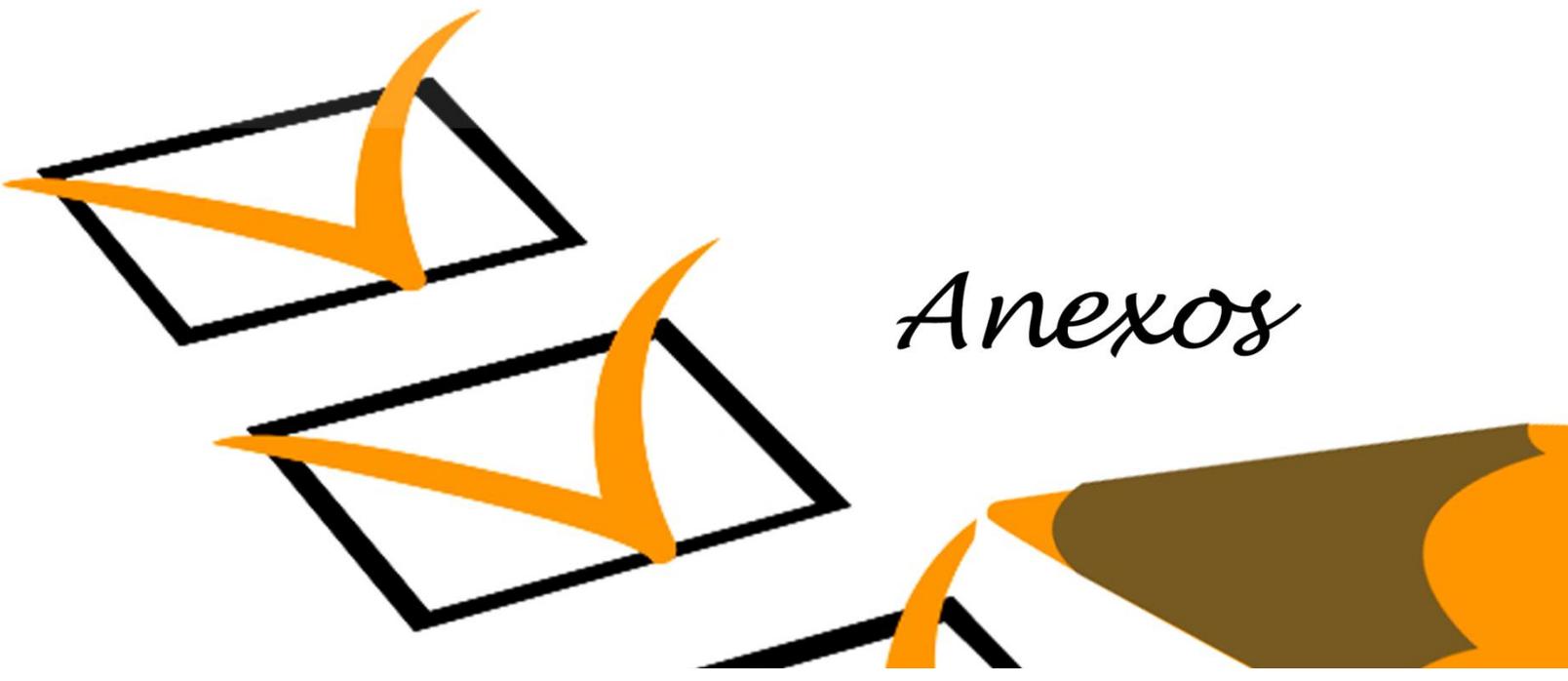
- Hernández, B. (2015). *Evaluación de la Calidad Percibida de servicios del Hospital “Dr Gustavo Aldereguía Lima” de Cienfuegos. Caso de estudio: Servicio de Consulta Externa.* Cienfuegos.
- Hernández, D. (2010). *Determinación del costo de los servicios de toma de muestra y diagnóstico de análisis en el Laboratorio de Microbiología del Hospital Provincial de Cienfuegos* (Tesis de Grado). Universidad “Carlos Rafael Rodríguez.”
- 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).
- 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.
- Jiménez, R. . (2004). Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual.
- Juran, J. M., & Godfrey, A. B. (2001). *Manual de Calidad de Juran.* (R. E. Hoogstoel & E. G. Schilling, Eds.) (Quinta edición., Vol. 3). España.
- Landro, L. (2012). Ten Ways Patients Get Treated Better. Retrieved from <http://online.wsj.com/article/SB10001424127887324296604578179723798981586.html>. Acceso: noviembre de 2014.
- Lehtinen, U. (1983). *Service quality: a study of quality dimensions.* Service Management Institute. Finlandia.
- Martínez-Tur, V., Peiró, J. M., & Ramos, J. (2001). *Calidad del servicio y satisfacción del cliente: una perspectiva psicosocial.* Madrid: Síntesis.
- Ministerio de Salud Pública (2007).
- 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.

- 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, 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, 12–18.
- Mira, J., Lorenzo, S., Rodríguez-Marín, J., Aranaz, J. M., & Sitges, E. (1998). *La gestión de la mejora continua de la calidad: aplicaciones al sector sanitario*. 13.
- Morales- Guijarro, A. ., Nogales-Cortés, M. ., & Pérez- Tirado, L. (2011). Acompañante satisfecho, un indicador de calidad. *Revista de Calidad Asistencial*, 26.
- 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.
- Organización Internacional de Normalización. Sistema de Gestión de la Calidad. Fundamentos y vocabulario., ISO 9000: 2000 (2000).
- Organización Internacional de Normalización. Sistema de Gestión de la Calidad. Requisitos., ISO 9001: 2008 (2008).
- Parasuraman, A. V. ., Zeithaml, V. ., & Berry, L. . (1985a). A Conceptual Model of Service Quality and its Implications For Future Research.
- Parasuraman, A. V. ., Zeithaml, V. ., & Berry, L. . (1988). SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality, *Journal of Retailing*.
- Parasuraman, Zeithaml, & Berry. (1985b). Quality Counts in Services, Too. *Business Horizons*.
- Parra Hidalgo, P., Bermejo Alegría, R. M., Más Castillo, A., Hidalgo Montesinos, M. D., Gómis Cebrián, R., & Calle Urra, J. E. (2011). Factores relacionados con la satisfacción de los pacientes en los servicios de urgencias hospitalarias., 26(2).
- Phillips, P., Carson, K., & Roe, W. (1998). Toward understanding the patient's perception of quality, 36–42.
- 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).

- 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. Retrieved from <http://www.monografias.com>. Acceso: noviembre de 2014.
- 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.
- Salas Fuentes, G. L. (2014). *Evaluación de la Calidad Percibida de Servicios del Hospital Provincial "Dr. Gustavo Aldereguía Lima" de Cienfuegos. Caso de Estudio: Unidad Organizativa Quirúrgica*. (Tesis de Grado). Universidad "Carlos Rafael Rodríguez."
- Sampayo, M. (2014). *Evaluación de la calidad percibida de servicios del Hospital Provincial "Dr. Gustavo Aldereguía Lima" de Cienfuegos. Caso de estudio: Unidad Organizativa Materno Infantil* (Tesis de Grado). Universidad "Carlos Rafael Rodríguez."
- Sangüesa, M. (2006). Manual de Gestión de la Calidad. Retrieved from mediateca.rimed.cu/media/document/2216.pdf. Acceso: noviembre de 2014.
- Santos, M. A., Ordúñez, P. O., Bécquer, C., & Rocha, J. F. (2003). Sistema de Vigilancia de la Satisfacción para el Hospital GAL de Cienfuegos.
- Shahin, A. (2006). SERVQUAL and model of service quality gaps: A frame work for determining and prioritizing critical factors in delivering quality services (pp. 117–131).
- Tejero, J., Gutiérrez, R., Rubio, M., & Hernández, S. (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. Presented at the XXVIII Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial, Santiago de Compostela, España.
- Varo, J. (1994). *Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria*. Madrid (España): Díaz de Santos.
- Wigodski, J. (2003). ¿Qué es SERVQUAL? Retrieved from <http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Enfermeria/Nov2003/2763>. Acceso: noviembre de 2014.
- Yesilada, F., & Direktör, E. (2010). Health care service quality: A comparison of public and private hospitals, 962–971.



Anexos



Anexo1: Características de los servicios

Fuente: Elaboración propia

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: Elementos de los servicios

Fuente: (Denton, 1991)

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.
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 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).comunicaciones externas, que incluyen una variedad de mensajes directos e indirectos, emitidos por las empresas a sus clientes actuales o futuros compradores.
Servicio percibido	Este elemento es el resultante del contacto del cliente con el proveedor del servicio.
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.
Atributos	Comprenden variables tanto objetivas como subjetivas que caracterizan el servicio. Se relaciona con las dimensiones que permiten caracterizarlo, por ejemplo Parasuraman <u>et al.</u> (1988) consideran: elementos tangibles,

	fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía, de lo que se abordará más adelante.
Nivel de satisfacción	Es la diferencia que hay entre lo que el cliente espera recibir del servicio y el servicio real que recibe.
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.
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.

Anexo 3: Modelos de gestión de la calidad de los servicios: SERVQUAL

Fuente:(Curbelo, 2013)

SERVQUAL se basa 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).
- ✓ GAP 2: Discrepancia entre la percepción que los directivos tienen sobre las expectativas de los clientes y las especificaciones o normas de calidad.
- ✓ GAP 3: Discrepancia entre las especificaciones de la calidad del servicio y la prestación del servicio.
- ✓ 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)
- ✓ 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 1) 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.

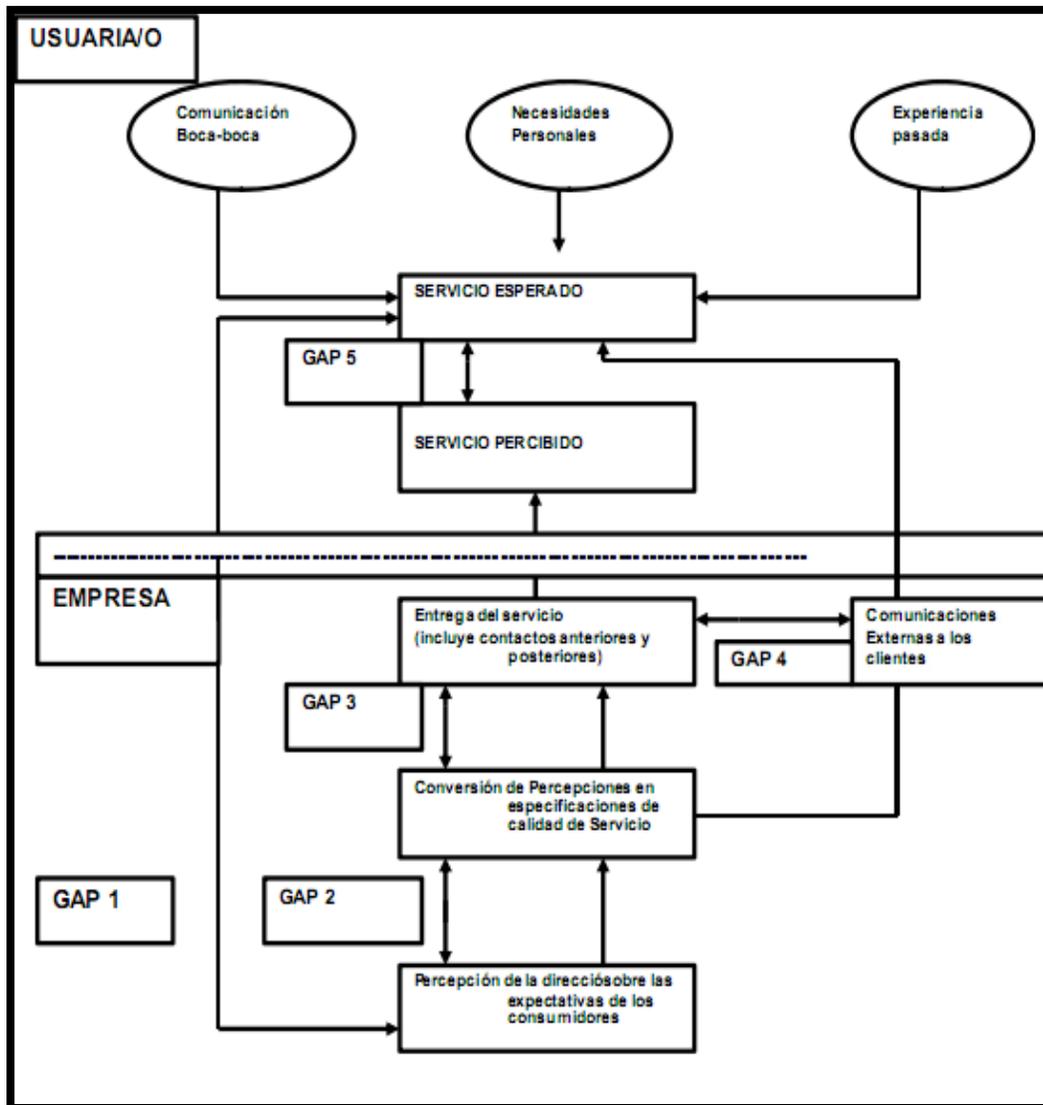


Figura 1: Modelo SERVQUAL

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).	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 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.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 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.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 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.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Comunicación descendente. ✓ Propensión a prometer en exceso.
Diferencia entre las expectativas y percepciones de los consumidores.	<p>Depende de las deficiencias anteriores y puede ser evaluada considerando cinco dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✚ Elementos tangibles. ✚ Capacidad de respuesta. ✚ Fiabilidad. ✚ Seguridad. ✚ Empatía.

Anexo 4: Escala SERVQUAL para la evaluación de la calidad de servicios percibida

Fuente:(Curbelo, 2013)

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	14. El comportamiento de los empleados de la empresa de servicios transmite confianza a sus clientes.

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

Según Parasuraman, Zeithaml, y Berry (1988) para evaluar la calidad de un servicio es necesario calcular la puntuación Servqual = percepciones – 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 <i>et al.</i> (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	Cranin 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) Cranin y Taylor (1992) Asubonteng <i>et al.</i> (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 (1996) Furrer <i>et al.</i> (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 sí 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 5: Aplicaciones del SERVQUAL

Fuente:(Curbelo, 2013)

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 6: 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.

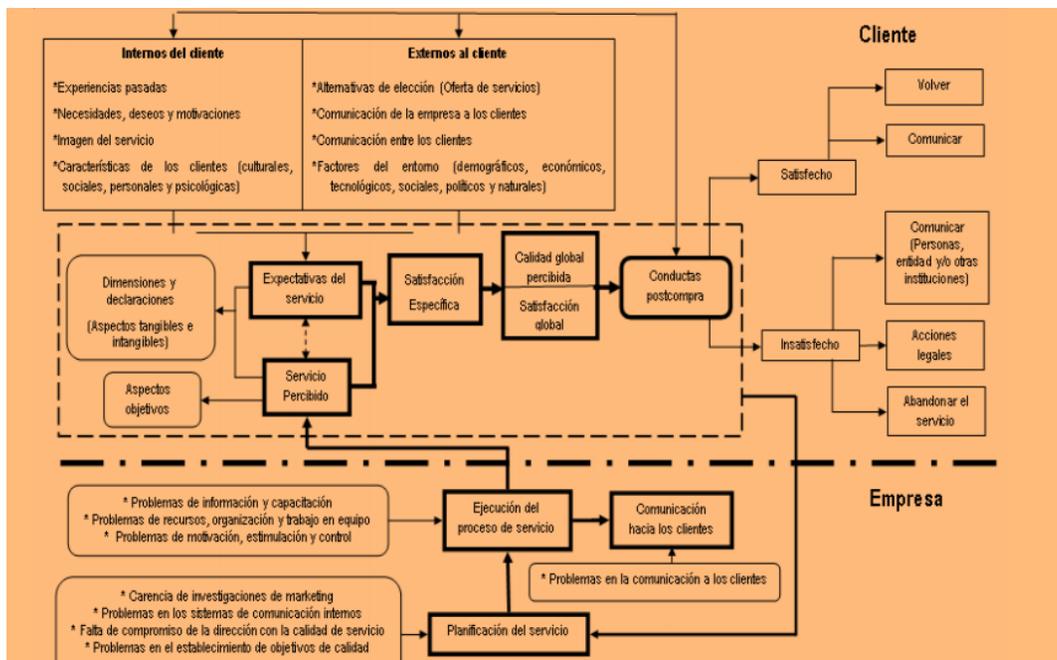


Figura 1: Modelo metodológico sobre calidad de servicios percibida en empresas cubanas de servicios

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.

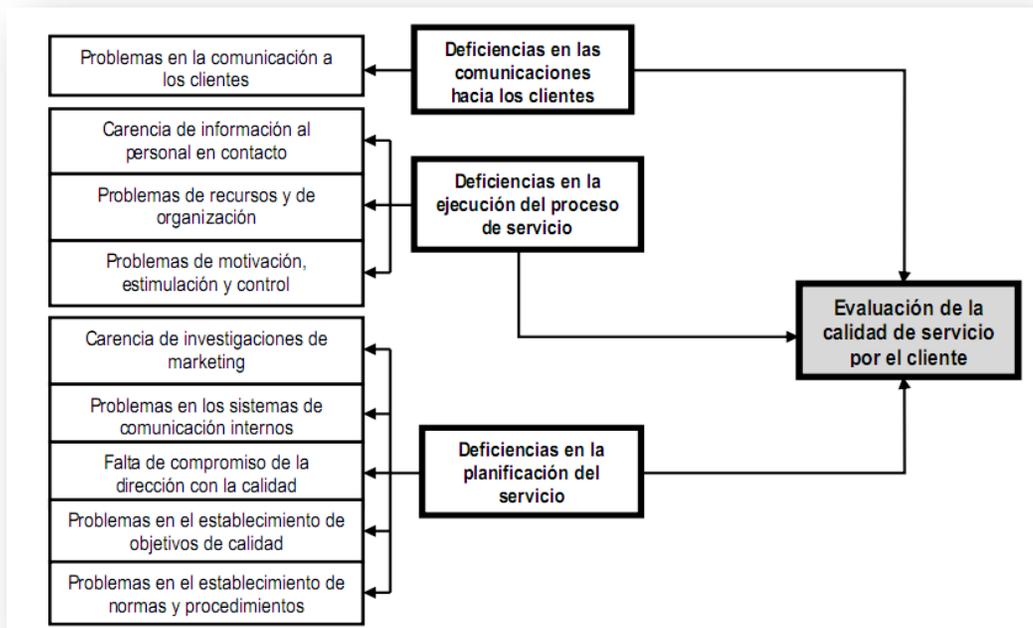


Figura 2: Deficiencias que inciden en la calidad de servicios percibida

Fuente:(Díaz y Pons, 2009)

Anexo 7: 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	<p>Disponen de los instrumentos necesarios para atenderme.</p> <p>El instrumental es moderno.</p> <p>El instrumental está en buen uso.</p>
Coordinación del personal de hospital	<p>El personal conoce los servicios que estoy recibiendo de otras especialidades.</p> <p>El personal siempre conoce el resultado de mis visitas a otras especialidades.</p> <p>Cuando tengo que hacerme pruebas existe coordinación entre el personal implicado en el proceso.</p>
Dedicación del personal	<p>La duración de la visita es adecuada.</p> <p>Pasan visita de Lunes a Sábado ambos incluidos.</p> <p>Pasan visita por la tarde.</p>
Comodidad de las salas de espera y consultas	<p>Las salas de espera están limpias.</p> <p>Las salas de espera disponen de suficientes asientos para todos.</p> <p>El ambiente de las salas de espera es agradable.</p> <p>Las salas de espera son amplias.</p> <p>Las consultas están limpias.</p> <p>Las consultas disponen del mobiliario adecuado.</p> <p>Las consultas permiten la intimidad en la relación médico/paciente.</p> <p>El ambiente de la consulta es agradable.</p>
Instalaciones del interior del servicio	<p>Es fácil localizar en este servicio las instalaciones que buscan.</p> <p>Las instalaciones del servicio son amplias.</p> <p>El acceso a las instalaciones del servicio es fácil.</p>

Anexo 8: Cuestionario para evaluar el grado de satisfacción del paciente de urgencias hospitalarias.

Fuente: Elaboración propia a partir de Parra (2011)

Preguntas
1. ¿Estuvo acompañado? Sí ____ No ____
2. Trato amable a los acompañantes Sí ____ No ____
3. Información suficiente a los acompañantes Sí ____ No ____
4. ¿Por qué fue a urgencias del hospital? Médico____ Familiares____ Otros____
5. Cuando fue a urgencias pensaba que su problema era Muy grave____ Grave ____ Poco grave ____ Leve ____
6. Tiempo hasta ser atendido 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____
7. Respeto de intimidad Sí ____ No ____
8. Trato del personal médico Muy malo ____ Malo ____ Regular ____ Bueno ____ Muy bueno ____
9. Trato del personal de enfermería Muy malo ____ Malo ____ Regular ____ Bueno ____ Muy bueno ____
10. Trato del personal administrativo Muy malo ____ Malo ____ Regular ____ Bueno ____ Muy bueno ____
11. Trato del personal celador Muy malo ____ Malo ____ Regular ____ Bueno ____ Muy bueno ____

12. Identificación del personal Sí ____ No ____
13. Explicación de lo que estaban haciéndole Siempre ____ Casi siempre ____ A veces ____ Casi nunca ____ Nunca ____
14. Profesionalidad del personal médico Muy malo ____ Malo ____ Regular ____ Bueno ____ Muy bueno ____
15. Profesionalidad del personal de enfermería Muy malo ____ Malo ____ Regular ____ Bueno ____ Muy bueno ____
16. Profesionalidad del personal administrativo Muy malo ____ Malo ____ Regular ____ Bueno ____ Muy bueno ____
17. Profesionalidad del personal celador Muy malo ____ Malo ____ Regular ____ Bueno ____ Muy bueno ____
18. Fallos en tratamiento, pruebas o cuidados Sí ____ No ____
19. Limpieza en salas de espera Sí ____ No ____
20. Limpieza en las consultas Sí ____ No ____
21. Limpieza en los aseos Sí ____ No ____
22. Temperatura buena Sí ____ No ____
23. Existencia de ruido Sí ____ No ____
24. Explicaciones al alta Sí, claridad ____ Sí, no claro ____ No explica ____

25. Tiempo pasado en urgencias

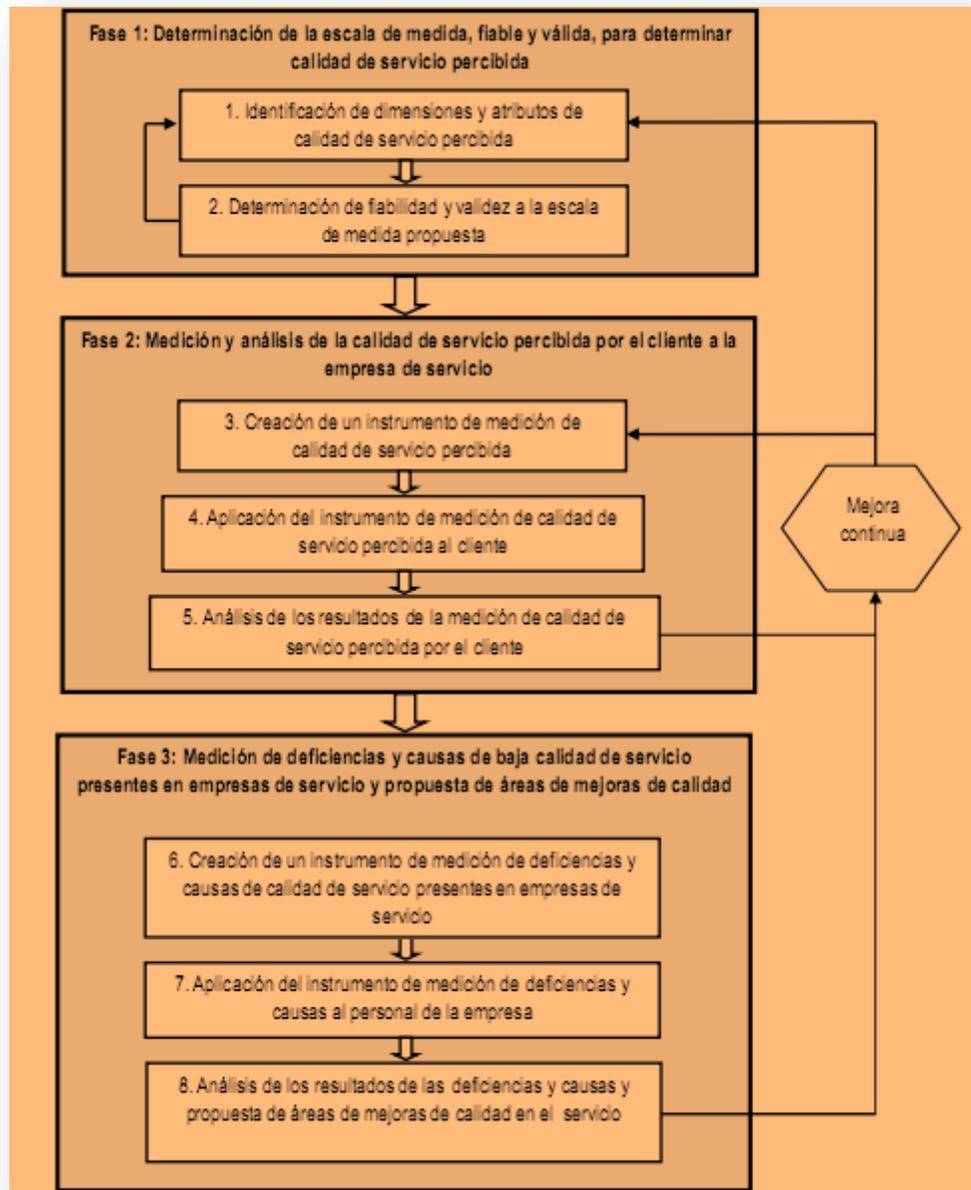
Alta en tiempo ____ Alta pronto ____ Alta tarde ____

26. ¿Considera que su problema solo lo podían atender en las urgencias del hospital?

Sí urgencias ____ Punto cont. ____ Centro salud ____ Comp. Privada ____

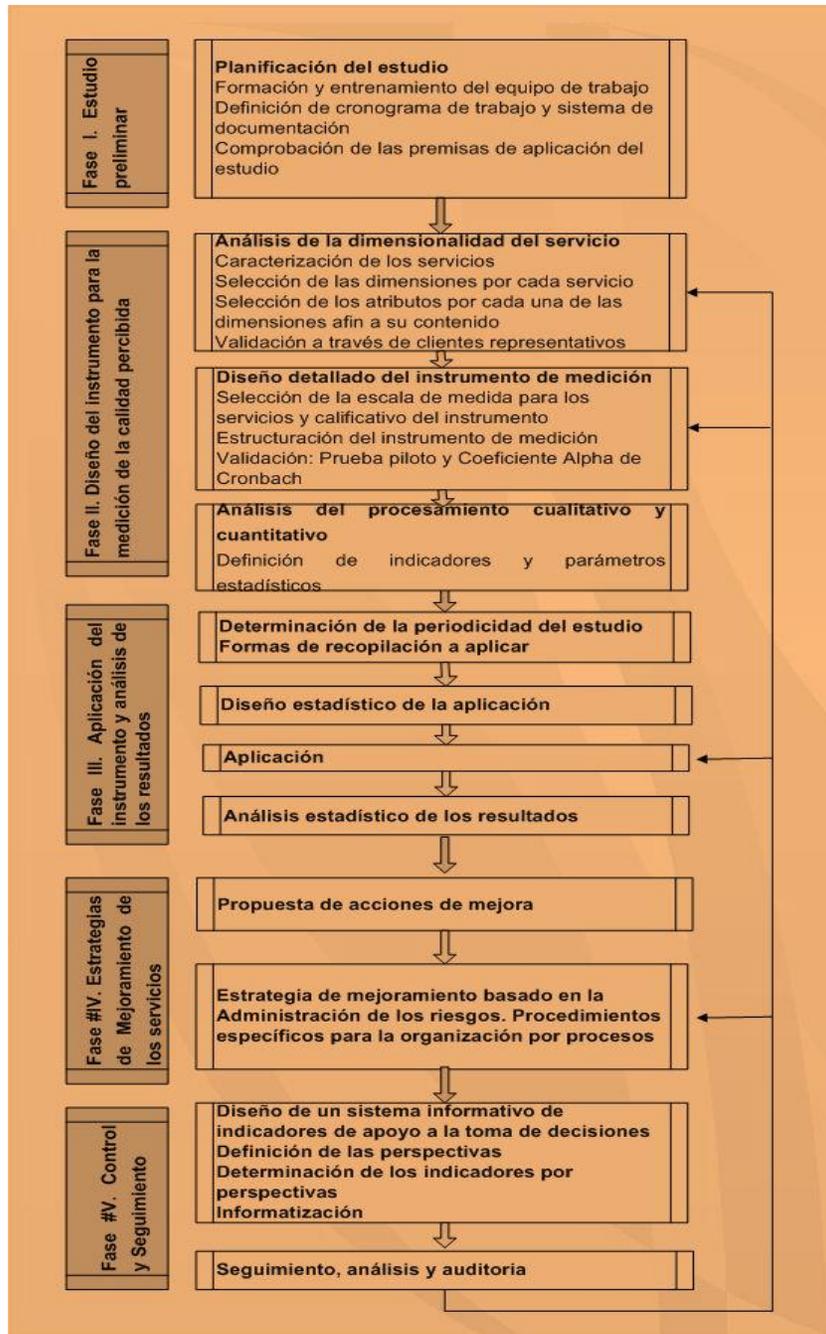
Anexo 9: Procedimiento para la evaluación de la calidad de servicios percibida en empresas cubanas de servicios

Fuente: (Díaz y Pons, 2009)



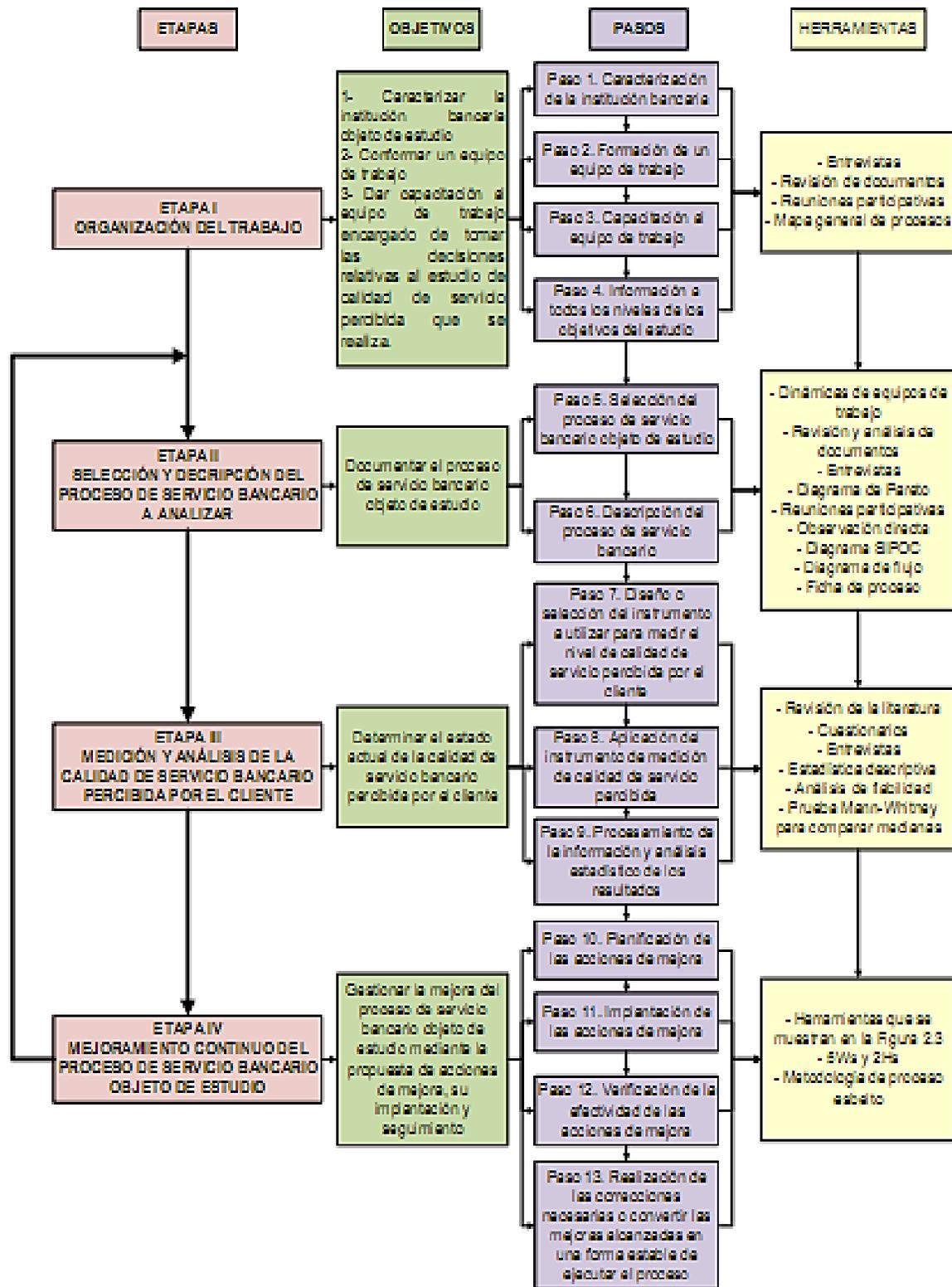
Anexo 10: Procedimiento para la medición de la calidad percibida, el mejoramiento y control de los servicios en Desoft S.A.

Fuente: (Moreno, 2010)



Anexo 11: Procedimiento para evaluar la calidad percibida de servicios bancarios

Fuente: (González, 2013)



Anexo 12: Niveles administrativos y de atención en el SNS

Fuente: (Curbelo, 2013)

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

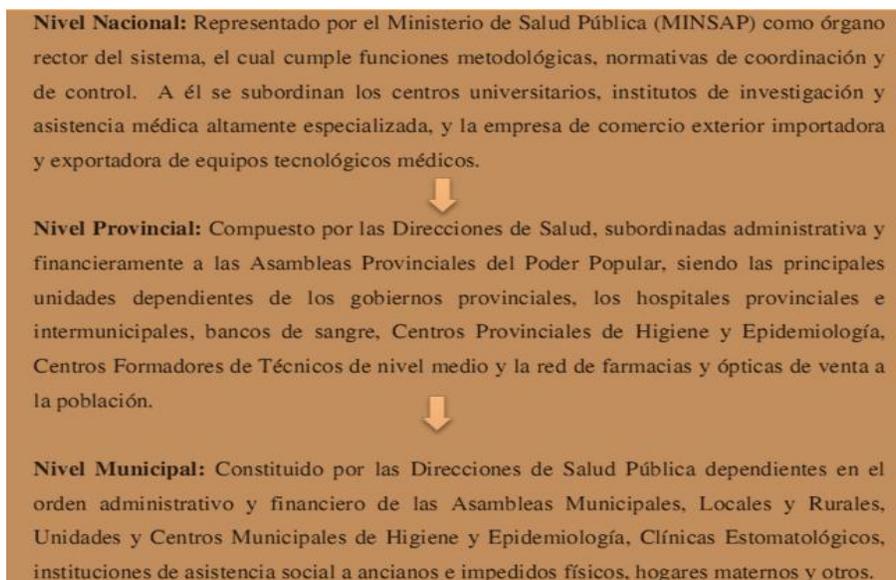


Figura 1: Niveles administrativos en el SNS

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	<ul style="list-style-type: none"> • Institutos de Investigación. • Hospitales Nacionales. • Servicios especializados Nacionales. 	MINSAP. Consejo de Ministros.
Secundario	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitales Intermunicipales. • Hospitales Provinciales. • Hospitales Interprovinciales. • Centro Provincial de Higiene y Epidemiología. 	Dirección Provincial de Salud. Consejo de la Administración Provincial.
Primario	<ul style="list-style-type: none"> • 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 ello representado en la Figura 2.

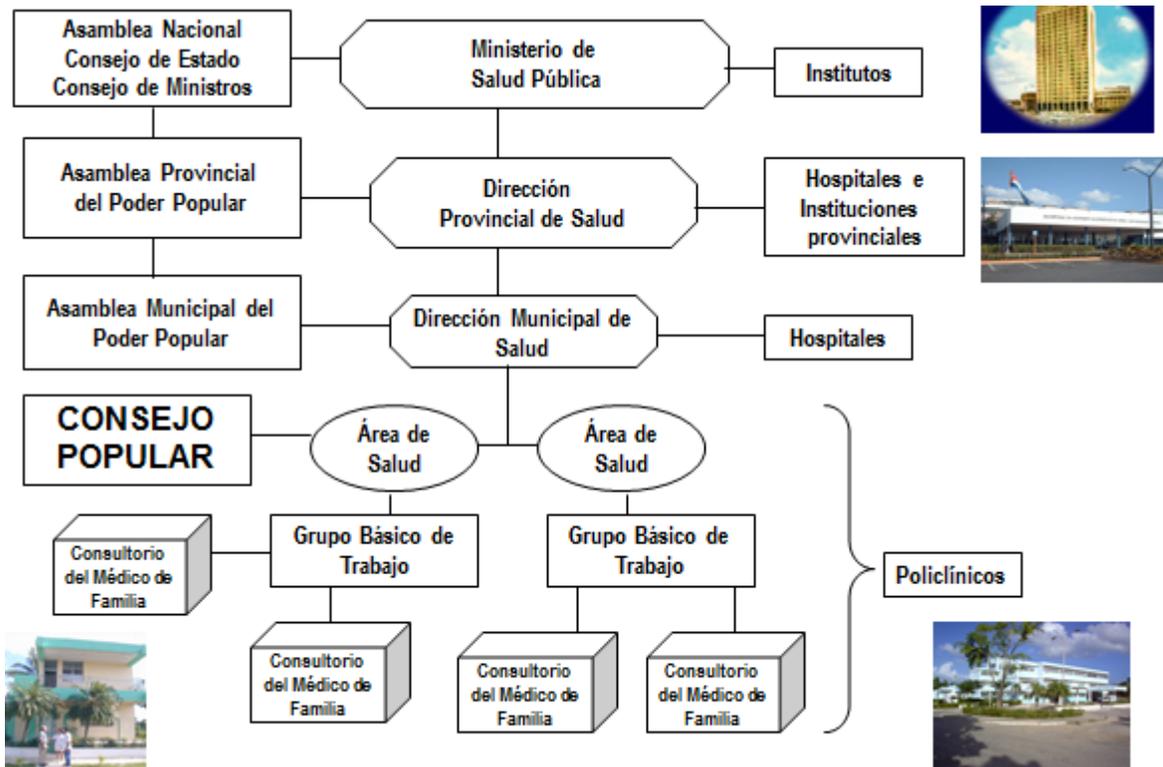
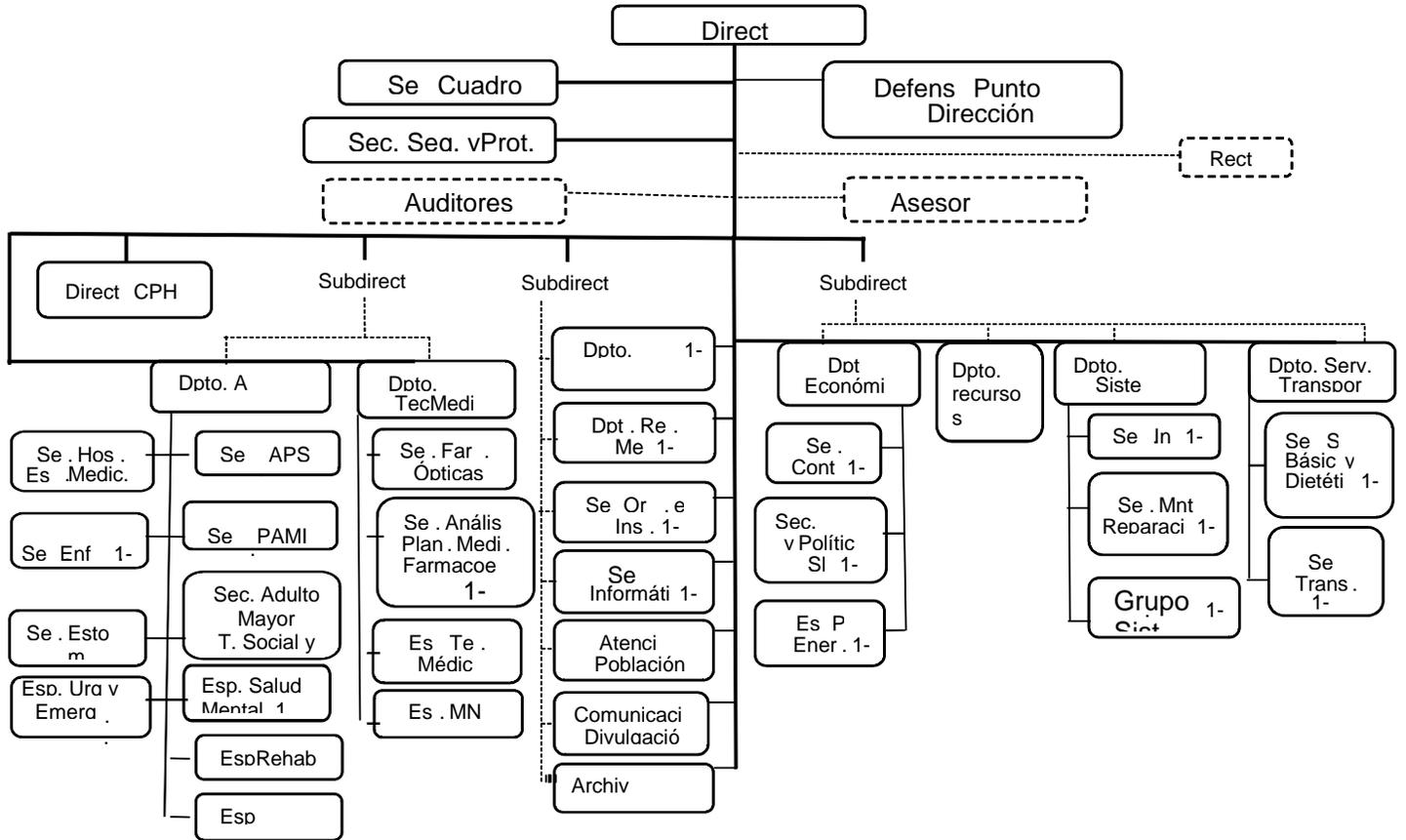


Figura 2: Sistema de Salud

Fuente:(Dirección Provincial de Salud de Cienfuegos, 2012)

Anexo 13: Estructura del Sistema Provincial de Salud

Fuente: (Dirección Provincial de Salud de Cienfuegos, 2015)



Anexo 14: Rutinas en la vigilancia de la satisfacción de la Oficina de Atención a la Población del Hospital GAL

Fuente: (Fonseca, 2012)

Vigilancia de la satisfacción en áreas críticas

Etapas	Ejecuta
1. Identificar las áreas críticas debido: <ul style="list-style-type: none"> ✓ 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

Etapas	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 15: Cuestionarios desarrollados en el Hospital GAL para el monitoreo de la satisfacción

Fuente:(Iraola et al., 2004)

Cuestionario aplicado a pacientes en servicio de urgencia y luego hospitalizados

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

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

El resultado del monitoreo de la satisfacción se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1: Resultados del monitoreo de la satisfacción en el 2013

Fuente: (Fonseca, 2013)

Sala	No. de encuestas	B	R	M	MM
UO Clínica	411	192	219		
UO Quirúrgica	715	504	211		
UO Urgencias	168	158	10		
CMI	242	91	151		
Hospital	1536	945	591		

Principales insatisfacciones:

- ✓ Incremento del número de ingresos.
- ✓ Dificultades en cuanto a la disponibilidad de camas.
- ✓ Exceso de pacientes en sala y en consulta externa.
- ✓ Percepción de que el número de personas e incluso de médicos para atenderlos es insuficiente.
- ✓ Calidad de la limpieza, con énfasis en los baños.
- ✓ Necesidad inminente de reparación y mantenimiento del hospital debido a la presencia reiterada de filtraciones y salideros en las salas, fundamentalmente en los baños.
- ✓ Pésimas condiciones en la infraestructura de las salas, problemas con la iluminación en salas, pasillos y galerías, falta de tomacorrientes en los cubículos, falta de duchas y llaves en los lavamanos.
- ✓ Necesidad de refrigerador y caja de agua.
- ✓ Calidad de la alimentación y horario de llegada de los alimentos.
- ✓ Dificultades para la atención por déficit de recursos (flowmeter, algunos medicamentos).

Anexo 16: 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

10: Nivel más alto

No, lo peor

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 qué 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 qué 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 17: 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 18: Herramientas útiles en la aplicación del procedimiento de Curbelo (2013) para la evaluación de la calidad percibida de servicios de asistencia en salud

Fuente: (Curbelo, 2013)

✓ Mapa de procesos

El mapa de procesos es definido por Beltrán et al. (2003) como la representación gráfica de la estructura de procesos que conforman el sistema de gestión.

Por su parte, Pons y Villa (2006) conceptualizan los procesos en tres niveles como se muestra en la Figura 1.



Figura 1: Tipología de procesos en el mapa

Fuente: (Pons y Villa, 2006)

En un mapa de procesos deben quedar incluidos los procesos que corresponden a cada una de las categorías que se explican.

✓ Diagrama SIPOC

Este diagrama permite entender las interrelaciones entre los proveedores del proceso (S), las entradas (I), el proceso en sí (P), las salidas (O) y los clientes (C) que las reciben.

Esta herramienta se utiliza cuando no está claro:

- ¿Quién provee entradas al proceso?
- ¿Qué especificaciones se ponen en las entradas? (CTQs)
- ¿Quiénes son los clientes verdaderos del proceso?
- ¿Cuáles son los requerimientos de los clientes? (CTQs)

Un diagrama SIPOC se ilustra como aparece en la Figura 2, ubicando en cada apartado lo que/quien corresponde por tanto se requiere de la aplicación de entrevistas, observación, revisión de documentos, por mencionar algunas herramientas para que pueda realizarse de una mejor manera, lo más cercano posible a lo que sucede verdaderamente en el proceso.

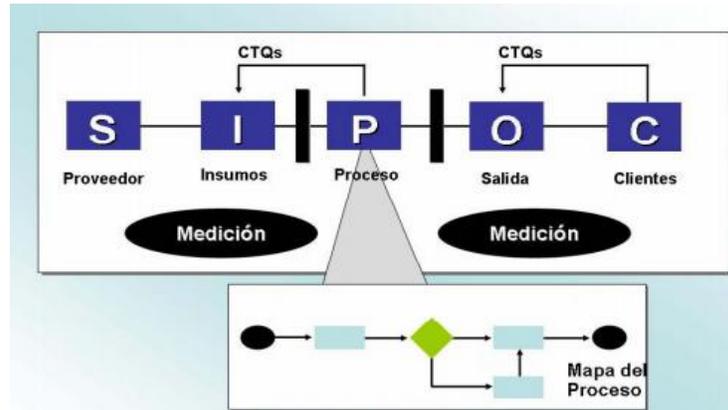


Figura 2: Mapa de proceso (SIPOC)

Fuente: (Pons y Villa, 2006)

✓ **Diagrama de flujo**

Los diagramas de flujo permiten la descripción de las actividades de un proceso y sus relaciones (Beltrán et al., 2003). Para la representación de este tipo de diagramas se requiere de información que se codifica empleando los símbolos que aparecen en la Figura 3.

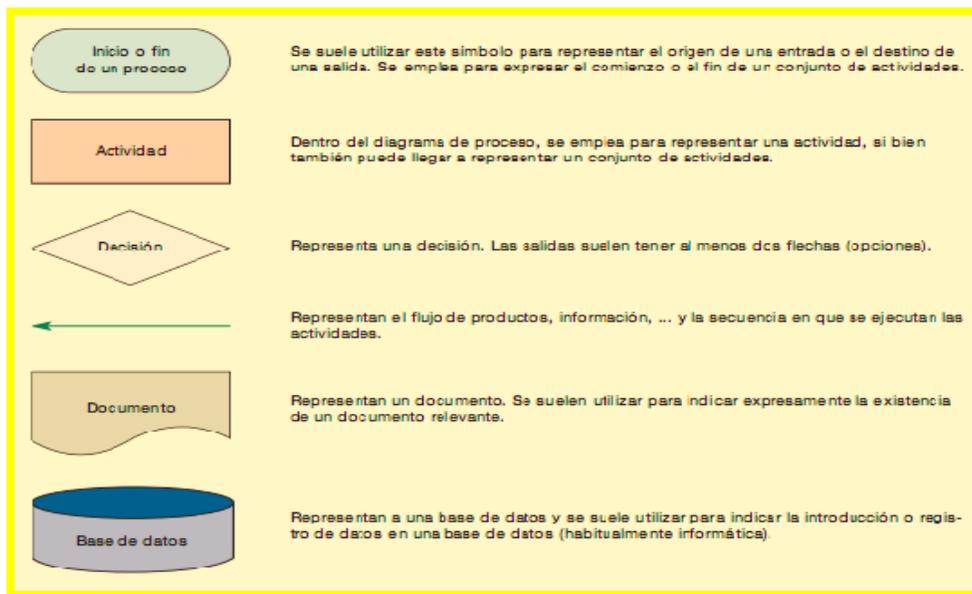


Figura 3: Símbolos más empleados en la representación de diagramas de flujo

Fuente:(Beltrán et al., 2003)

El investigador, empleando herramientas propias para la captación de información, puede llegar a conocer el proceso para registrar su flujo básico con el mayor nivel de precisión que permita entender este lenguaje común al analizar procesos.

✓ **Ficha de proceso**

Una ficha de proceso se puede considerar como el soporte de información que pretende recabar todas aquellas características relevantes para el control de las actividades definidas en el diagrama, así como para la gestión del proceso (Beltrán et al., 2003).

En la literatura se encuentran diferentes tipos de fichas de procesos en cuanto a la información que incluyen pero son elementos comunes: nombre, responsable, objetivos (misión), descripción del proceso, recursos necesarios, documentación normativa, alcance, procesos del sistema con que se relaciona, cadena proveedor- cliente, inspecciones, registros, variables de control e indicadores para medir el proceso.

La ficha permite entender, como documento que acompaña el proceso, desde su descripción hasta su evaluación.

✓ **Revisión y análisis de documentos**

Consiste en revisar documentos existentes en las organizaciones y analizarlos para obtener información necesaria para la investigación que se realice, cuyo sustento teórico nace de la revisión de la literatura.

En cuanto a la información existente en documentos y en la literatura, son útiles (Hernández, Fernández, & Baptista, 1998):

- Revisión de fuentes primarias de información: libros, antologías, artículos de publicaciones periódicas, monografías, tesis y disertaciones, documentos oficiales, trabajos presentados en conferencias o seminarios, artículos periodísticos, revistas científicas, que proporcionen datos de primera mano.
- Revisión de fuentes secundarias y terciarias de información: Consisten en compilaciones, listados de referencias publicadas en un área del conocimiento en particular, bases de datos, son publicaciones que se refieren a las fuentes primarias y secundarias.

Particularmente la revisión de la literatura puede iniciarse con el apoyo de medios de búsqueda como los que se encuentran en Internet, mediante el acercamiento a especialistas en el tema, o acudiendo a bibliotecas, tres de las variantes más empleadas en la actualidad.

✓ **Observación directa**

La observación consiste, según plantean Cortés e Iglesias (2005) referenciando a Olabuénaga e Ispízu (1989), en contemplar sistemática y detenidamente cómo se desarrolla la vida social, sin manipularla ni modificarla, tal cual ella discurre por sí misma.

La observación, por principio, es susceptible de ser aplicada a cualquier conducta o situación. Pero una observación sin una adecuada planificación pierde interés y los resultados no son utilizados con efectividad (Cortés e Iglesias, 2005).

La observación se ha clasificado, entre otros criterios, en:

- Directa o indirecta: Dado el conocimiento del objeto de investigación.
- Participante o no participante: Considerando el nivel de participación del sujeto que se observa.

El modo de efectuarla lo define el investigador en función de las características del estudio que realice.

✓ **Encuesta**

La encuesta, como método de investigación científica, es uno de los más utilizados porque persigue obtener respuestas a un conjunto de preguntas. Estas pueden presentarse en forma de entrevista o cuestionario.

- Entrevista

Es una conversación de carácter planificado entre el entrevistador y el (o los) entrevistado(s), en la que se establece un proceso de comunicación en el que se intercambia información (Hernández et al., 1998).

En su tipología la más abordada es la que la clasifica en: estructurada y no estructurada. La entrevista se considera estructurada si se basa en un grupo de preguntas predeterminadas y no estructurada si en esta el investigador puede formular preguntas no previstas, posibilitando mayor flexibilidad en el tipo de pregunta y respuesta a ejecutar. Otras formas de clasificar las entrevistas son: informativa u orientada, individual o grupal y exploratoria, introductoria o de control (Hernández et al., 1998).

Los autores Cortés e Iglesias (2005) proponen un conjunto de consideraciones a tener en cuenta en la concepción y realización de entrevistas:

1. Adecuada selección del contenido y estructuración apropiada de las preguntas.
2. Crear un clima favorable y hacer que los entrevistados se sientan cómodos.

3. Realizar una adecuada orientación, lo que depende en gran medida de la planificación de la entrevista.
4. Propiciar una adecuada comunicación: La conversación no sigue un esquema rígido de desarrollo, razón por la cual, es posible retroceder, retomar temas ya tratados. Mantener la conversación con incentivos que garanticen e incrementen la motivación, el interés y la participación espontánea. Se debe propiciar una relación amistosa entre entrevistador y entrevistado.
5. En algunos momentos se hace necesario cambiar de actividad, para luego retomar la misma.
6. Concretar progresivamente la conversación para obtener datos cada vez más reveladores, más significativos.

- Cuestionario

El cuestionario es un instrumento que se elabora por escrito y en el que se realizan interrogantes que permiten obtener información con determinados objetivos, estos deben quedar explícitos al intercambiar con los participantes que representan a una población determinada para la que fue diseñado.

Las preguntas se organizan de acuerdo con determinados requisitos en un cuestionario, cuya elaboración requiere de un trabajo cuidadoso y, a su vez, esfuerzo y tiempo para prepararlo adecuadamente, y que sirva para despertar el interés de los sujetos que lo responderán.

Las interrogantes pueden ser abiertas o cerradas, y de acuerdo con esta forma también se clasifican las encuestas. Las interrogantes abiertas son útiles cuando no se tiene información sobre las posibles respuestas de las personas o cuando esta información es insuficiente. Las preguntas cerradas contienen categorías o alternativas de respuesta que han sido limitadas porque se proponen a los encuestados para que estos indiquen cuál es su posición (Hernández et al., 1998; Pons y Villa, 2005).

Al estructurar el instrumento de medición, en el caso de los cuestionarios no deben obviarse consideraciones como las que plantean Hernández et al. (1998):

1. La introducción del cuestionario expone las instrucciones para responderlo, debe ser breve y explicar el propósito del mismo, sin dejar de agradecer al respondiente por el tiempo que dedica a contestarlo.
2. Las primeras preguntas del cuestionario no deben ser difíciles de responder ni muy directas, estas se ubican en el desarrollo.

3. Las preguntas deben ser claras y comprensibles para los respondientes, no deben incomodarlo, no deben inducir a las respuestas, el lenguaje utilizado en las preguntas debe ser adaptado a las características del respondiente.

4. Sobre el tamaño del cuestionario no existe una regla, debe tenerse en cuenta que si es muy corto se pierde información y si es muy largo puede resultar tedioso al responder.

✓ **Tormenta de ideas**

La tormenta o lluvia de ideas es una forma de pensamiento creativo encaminada a que todos los miembros de un grupo participen libremente y aporten ideas sobre un tema (Gutiérrez y de la Vara, 2004).

Las reglas esenciales en su realización son (Colectivo de autores, 2005; Cortés e Iglesias, 2005):

- No evaluación de las ideas.
- Aliente las ideas atrevidas.
- Tome las ideas de otros y contribuya a ellas.
- Luche por la cantidad de ideas, limite estas en función del tiempo y de las características de los participantes, del debate que se genere.

✓ **Metodología Delphi**

La metodología Delphi consiste en la utilización sistemática del juicio intuitivo de un grupo de expertos para obtener un consenso de opinión. Los pasos que se siguen para ello son (Cortés e Iglesias, 2005):

1. Concepción inicial del problema: Esclarecer qué objetivo se persigue en el intercambio con los expertos.
2. Selección de los expertos: En cuanto a la selección de los expertos debe calcularse el tamaño de muestra y demostrar, a partir del cálculo del coeficiente de competencia, que poseen conocimientos y argumentación suficiente en el tema que se analiza.

Se recomienda que el número de expertos varíe entre 7 y 15. La expresión que se utiliza para realizar el cálculo es(Covas, 2009):

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

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 1.

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

Tabla 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

El coeficiente de competencia de los expertos, según exponen Cortés e Iglesias (2005), se calcula a partir de la aplicación de un cuestionario general y la fórmula siguiente:

$$K \text{ comp} = \frac{1}{2} (Kc + Ka)$$

Ecuación 2

Donde:

Kc: Coeficiente de Conocimiento: Se solicita al posible experto que se autoevalúe en función de sus conocimientos sobre el tema que se analiza marcando entre 0 y 10. El Kc se obtiene multiplicando la autovaloración del propio experto por 0.1.

Ka: Coeficiente de Argumentación: Se solicita a los expertos marcar el nivel de argumentación de diferentes fuentes de sus conocimientos sobre el tema en cuestión. El Ka es la suma de los valores del grado de influencia de cada una de las fuentes de argumentación con respecto a una tabla patrón (Tabla 2).

Tabla 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 Kc y Ka 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 de entre los auto 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.

3. Preparación de los cuestionarios o encuestas: Se preparan las encuestas para hacerlas llegar a los expertos y someterlas a su criterio.
4. Procesamiento y análisis de la información: En este paso se define si existe concordancia entre los expertos o no mediante una prueba de hipótesis donde:

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

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

Para esta prueba se debe calcular el coeficiente de Kendall (W) que no es más que un coeficiente de regresión lineal que da el grado de correlación entre los expertos o la llamada concordancia. Este es un índice, entre 0 y 1, que indica que no existe concordancia entre los expertos, que no están de acuerdo con las ideas reflejas en el trabajo, o que los expertos concuerdan totalmente con los criterios planteados y el orden de los mismos, respectivamente.

Las hipótesis planteadas pueden probarse si $k \geq 7$ (Cantidad de criterios para la evaluación de los expertos) utilizando el estadígrafo Chi- Cuadrado que se calcula:

$$\chi^2_{calculada} = n(k-1)W \quad \chi^2_{tabulada} = \chi^2(\alpha, k-1)$$

Región crítica: $\chi^2_{calculado} > \chi^2_{tabulado}$.

Chi – Cuadrado tabulado se localiza en la tabla estadística que se corresponde con tal distribución para $k - 1$ grados de libertad y un nivel de significación prefijada, generalmente, $\alpha = 0.05$ ó $\alpha = 0.01$.

Si se procesa la información en el paquete de programas SPSS se considera como región crítica: P-Value $< \alpha$.

De no existir concordancia entre los expertos se sigue a otra ronda de análisis hasta lograrla realizando los cambios pertinentes en función de lo que evalúan.

✓ **Análisis de fiabilidad**

La confiabilidad es la probabilidad de que un componente o sistema desempeñe satisfactoriamente la función para la que fue creado, durante un período establecido y bajo condiciones específicas de operación (Gutiérrez y de la Vara, 2004).

Para el análisis de confiabilidad pueden utilizarse diferentes procedimientos, estos son explicados por Hernández et al. (1998):

- Medida de estabilidad (confiabilidad por test-retest): El instrumento de medición es aplicado dos o más veces a un mismo grupo de personas luego de un período de tiempo. Las correlaciones entre los resultados de las diferentes aplicaciones permitirán evaluar la confiabilidad.
- Método de formas alternativas o paralelas: En este procedimiento no se administra el mismo instrumento de medición sino dos o más versiones equivalentes a este. Los resultados de las aplicaciones deben estar correlacionados, los patrones de respuesta deben variar poco.
- Método de mitades partidas (split- halves): Este procedimiento supone una sola aplicación lo que considera es la división del conjunto total de ítems en dos mitades, y se comparan las puntuaciones de ambas, si el instrumento es confiable las puntuaciones de ambas deben estar correlacionadas.
- Coeficiente Alfa de Cronbach: Este coeficiente requiere una sola administración del instrumento y su valor está entre 0 y 1.

De los procedimientos antes resumidos uno de los que más se emplea es el Alfa de Cronbach, recomendándose generalmente para que una escala sea confiable que tome valores mayores que 0,7. El análisis de confiabilidad, a partir de cómo se comporta esta si se elimina alguna de las variables o ítems, permite definir cuáles son las menos significativas en el estudio que se realiza.

✓ **Análisis de validez**

Demostración de la validez de contenido

Para ello es necesario un amplio estudio cualitativo de la literatura relevante y recoger las impresiones de expertos en el tema investigado, académicos y profesionales, que aporten sus criterios de acuerdo a la experiencia que poseen respecto al tema en cuestión (Díaz, 2006).

Se puede afirmar que un instrumento de medición tiene validez de contenido si se siguen correctamente las etapas I y IV, del procedimiento de (Curbelo, 2010).

Demostración de la validez de criterio

La validez de criterio se analiza comparando los resultados del instrumento empleado y un criterio externo a este fielmente establecido (Hernández et al., 1998).

Demostración de la validez de constructo

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. Este posibilita agrupar las variables, de acuerdo a sus relaciones, en un conjunto de factores representativos.

Generalmente el análisis factorial se efectúa tomando como modelo el análisis de componentes principales, apropiado cuando el interés primordial se centra en la predicción del mínimo número de factores necesarios para explicar un alto porcentaje de la varianza representada en la serie de variables original.

El análisis factorial puede tener carácter exploratorio o confirmatorio (Hair, Anderson, Thatam, y Black, 1999):

- La aproximación inductiva o exploratoria supone delimitar un número amplio de indicadores que supuestamente miden un constructo, encontrar los factores o dimensiones que explican las relaciones entre este conjunto de variables a partir de criterios estadísticos, y definir cada uno en función de las mismas.
- La aproximación deductiva o confirmatoria va de la teoría hacia los hechos y permite una valoración de la correspondencia entre las características entre el concepto planteado en la teoría y los resultados obtenidos a partir de los datos.

El análisis factorial confirmatorio, aunque ya se han desarrollado procedimientos para realizarlo independientemente, todavía se aplica a partir de una aproximación exploratoria con estos fines.

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 3.

Tabla 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

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.

✓ **Estadística descriptiva**

La estadística descriptiva se refiere a procedimientos para resumir y presentar datos cuantitativos de manera que revele las características de la distribución de los datos (Oficina Nacional de Normalización, 2005).

Entre los análisis de la estadística descriptiva que tienden a ser reiteradamente realizados en la literatura revisada se encuentran la determinación de: moda, mediana, media, rangos, la desviación estándar y la varianza, además de las frecuencias. Los resultados que se obtienen permiten caracterizar a las muestras o poblaciones a partir de datos que guardan relación con el objetivo del estudio que se realice. Todo lo que aparece abordado en textos de estadística y se puede obtener haciendo uso de paquetes de programas como el SPSS, el Statgraphics y/o Microsoft Excel.

✓ **Análisis discriminante**

El análisis discriminante es una técnica estadística multivariante cuya finalidad es analizar si existen diferencias significativas entre grupos de objetos respecto a un conjunto de variables medidas sobre los mismos para, en el caso de que existan, explicar en qué sentido se dan y proporcionar procedimientos de clasificación sistemática de nuevas observaciones de origen desconocido en uno de los grupos analizados (Hair et al. 1999; Salvador, 2000).

Entre los estadísticos que brinda y pueden ser utilizados en las interpretaciones a partir de este se encuentran (Colectivo de autores, 2006):

- Para cada variable: medias, desviaciones típicas, ANOVA univariado. Para cada análisis: M de Box, matriz de correlaciones intra-grupos, matriz de covarianzas intra-grupos, matriz de covarianzas de los grupos separados, matriz de covarianzas total.
- Para cada función discriminante canónica: autovalores, porcentaje de varianza, correlación canónica, Lambda de Wilks, Chi-cuadrado.
- Para cada paso: probabilidades previas, coeficientes de la función de Fisher, coeficientes de función no tipificados, Lambda de Wilks para cada función canónica.

✓ **Análisis de correlación**

Los análisis de correlación miden cómo están relacionadas las variables o los órdenes de los rangos, se justifican sobre la base de diferentes coeficientes que pueden apuntar a una relación negativa perfecta (-1) o a una relación positiva perfecta (1), estos son: (Colectivo de autores, 2006)

- Para las variables cuantitativas se utiliza el coeficiente de correlación de Pearson.
- Si los datos no están normalmente distribuidos o tienen categorías ordenadas, se emplean los coeficientes correspondientes a la Tau-b de Kendall o Spearman.

La correlación de Spearman es un excelente método para cuantificar la relación entre dos escalas de valores discretos y/o con jerarquía (Salinas, 2007).

✓ **Diagrama causa- efecto**

Entre las siete herramientas básicas de la calidad, además del diagrama de flujo ya abordado y el gráfico de Pareto que se explica seguidamente, se encuentra el diagrama causa-efecto. Este también es conocido como diagrama de Ishikawa o espina de pescado.

Este es un método gráfico que relaciona un problema o efecto con los factores o causas que lo generan. La importancia de este diagrama radica en que obliga a contemplar todas las causas

que pueden afectar el problema bajo análisis y de esta forma se evita el error de buscar directamente las soluciones sin cuestionar a fondo cuáles son las verdaderas razones (Gutiérrez y de la Vara, 2004).

Existen tres tipos básicos de diagramas causa-efecto que dependen de cómo se organiza la información obtenida en la gráfica que lo ilustra (Gutiérrez y de la Vara, 2004):

- ✓ Método de las 6M's: Las causas se agrupan en seis ramas principales correspondientes a: métodos de trabajo, mano de obra, materiales, maquinaria, medición y ambiente.
- ✓ Método flujo del proceso: Consiste en construir la línea principal del diagrama siguiendo el flujo del proceso y en ese orden se agregan las causas asociadas a las actividades que se realizan en ese.
- ✓ Método de estratificación: Se presentan las causas por grupos de causas potenciales que define el investigador según su experiencia y/o la aplicación de otras técnicas como la tormenta de ideas.

El diagrama causa-efecto es el punto de partida para la aplicación de técnicas de priorización que permiten determinar entre las causas las que deben ser revisadas con mayor inmediatez por su relevancia.

✓ **Diagrama de Pareto**

Es este un gráfico de barras que ayuda a identificar prioridades y causas ordenando por importancia a los diferentes problemas que se presentan en un proceso. La viabilidad y utilidad general de diagrama está respaldada por el principio de Pareto que reconoce que unos pocos elementos (20%) generan la mayor parte del efecto, y el resto de los elementos generan muy poco del efecto total (Gutiérrez y de la Vara, 2004). En su aplicación se seleccionan como causas principales las cercanas acumulativamente al 80%, que de manera general son muy pocas, cumpliéndose el planteamiento abordado que lo sustenta.

Vale precisar que cuando en un diagrama de Pareto no predomina ninguna barra y tiene este una apariencia plana o un descenso lento en forma de escalera, significa que se deben reanalizar los datos y el problema, así como su estrategia de clasificación.

✓ **Selección ponderada**

Si de priorización se trata es la selección ponderada una herramienta útil y sencilla en cuanto a su utilización. En su aplicación se siguen los pasos siguientes:

1. Listar el conjunto de factores sobre el que ha de tomarse la decisión.

2. Identificar el criterio de priorización, criterio básico que los participantes deben utilizar para evaluar cada factor.
3. Definir el sistema de puntuación a utilizar: Si hay menos de 10 factores se deben puntuar 3 o 4, si hay entre 10 y 20 de 3 a 5. Cada investigador debe definir el valor de las puntuaciones, su significado.
4. Puntuar los factores de forma personal y luego llevar todos los resultados a una tabla resumen.
5. Determinar valores para la toma de decisiones: Sumar las puntuaciones correspondientes a cada factor y determinar la frecuencia de marcado en este.
6. Valorar el orden de prioridad: Se utilizan como criterios:
 - Criterio principal: El factor más importante es el que obtiene una puntuación más alta.
 - Criterio secundario: En caso de que dos factores obtengan igual puntuación, el factor más importante es el que haya sido puntuado por más participantes (frecuencia de puntuación mayor).

✓ **Técnica 5W y 2H**

Esta técnica es la que se utiliza al diseñar planes de mejora y planes de control, la misma a partir de la respuesta a 7 interrogantes, permite organizar el trabajo a realizar luego de una evaluación del proceso. En la Tabla 4 se presentan dichas interrogantes.

Tabla 4: Resumen de la técnica 5W y 2H

Fuente: (Covas, 2009)

Criterio		Pregunta	Acción
Asunto	¿Qué?	¿Qué se hace?	Eliminar tareas innecesarias
Propósito	¿Por qué?	¿Por qué esta actividad es necesaria? ¿Cuál es su propósito?	
Lugar	¿Dónde?	¿Dónde se hace?	Cambiar la secuencia o combinación
Persona	¿Quién?	¿Quién la realiza?	
Secuencia	¿Cuándo?	¿Cuándo es el mejor momento de hacerlo?	
Método	¿Cómo?	¿Cómo se hace? ¿Es este el mejor método? ¿Hay otro método de hacerlo?	Simplificar la tarea

Costo	¿Cuánto?	¿Cuánto cuesta ahora? ¿Cuánto será el costo después de la mejora?	Seleccionar un método mejorado
-------	----------	--	--------------------------------

✓ **Matriz UTI (Urgencia, Tendencia, Impacto)**

Esta técnica es útil para definir prioridades en cuanto a la selección de proyectos de mejora. Analizándose cada oportunidad de mejora atendiendo a la urgencia, la tendencia y el impacto de la misma, de ahí la sigla UTI. (Curbelo, 2012)

Urgencia: Se relaciona con el tiempo disponible frente al tiempo necesario para realizar una actividad. Para cuantificar en la variable cuenta con una escala de 1 a 10 en la que se califica con 1 a la menos urgente, aumentando la calificación hasta 10 para la más urgente.

Tendencia: Describe las consecuencias de tomar la acción sobre una situación. Hay situaciones que permanecen idénticas si no hacemos algo. Otras se agravan al no atenderlas. Finalmente se haya las que se solucionan con solo dejar de pasar el tiempo. Se debe considerar como principal entonces las que tienden a agravarse al no atenderlas, por lo cual se le dará un valor de 10 y un número menor a las que se solucionan con el tiempo.

Impacto: Se refiere a la incidencia de la acción o actividad que se está analizando en los resultados de nuestra gestión en determinada área o la empresa en su conjunto. Para cuantificar esta variable cuenta con una escala de 1 a 10 en la que se califica con 1 a las oportunidades de menor impacto, aumentando la calificación hasta 10 para las de mayor impacto.

- ✓ **Técnica de los 5 por qué:** Consiste en el cuestionamiento iterativo para determinar causas raíces de las problemáticas detectadas.

Anexo 19: Procedimiento metodológico para el diseño de instrumentos de medición

Fuente: (Curbelo, 2010)



Etapa 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.

Etapa 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

Paso 4: Selección de expertos

Para seleccionar los expertos, de acuerdo al criterio de Cortés e Iglesias (2005), se debe:

1. Elaborar una lista de candidatos que cumplen con los requisitos predeterminados de experiencia, años de servicio, conocimientos sobre el tema.
2. Determinar el coeficiente de competencia de cada experto.

Este paso permite asegurar que los expertos que se consultan verdaderamente pueden aportar criterios significativos respecto al tema objeto de estudio.

Etapa 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, lo que se presenta en la Tabla 1, a partir del criterio de Hernández et al. (1998), Cortés e Iglesias (2005), y Zapata (2004).

Tabla 1: Tipos de muestreo

Fuente: Elaboración propia

Tipos de muestreo	Modalidades
Probabilístico: Todos los elementos de la población tienen la misma probabilidad de ser elegidos	Muestreo aleatorio simple: Consiste en escoger un grupo de n unidades de análisis que tienen la misma oportunidad de ser seleccionadas.
	Muestreo estratificado: Se divide la población en subpoblaciones o estratos y se obtiene una muestra aleatoria para cada uno de estos.
	Muestreo por racimos: Las unidades de análisis se conciben encapsuladas en grupos o racimos (unidades muestrales) heterogéneos entre ellos pero homogéneos en sí.
	Muestreo casual: Se toman los elementos de forma casual

<p>No probabilístico: La elección de los elementos no depende de la probabilidad sino de la decisión del investigador.</p>	<p>de acuerdo a las especificidades que establece el investigador.</p>
	<p>Muestreo intencional: El investigador selecciona los elementos que a su juicio son representativos, lo cual exige un conocimiento previo de la población.</p>
	<p>Muestreo por cuotas: A partir de diferentes características de control establecidas por los investigadores la muestra se organiza o subdivide en cuotas que responden a estas.</p>
<p>Muestreo por método bola de nieve: Se selecciona un número de entrevistados y a estos se les pide que propongan a otros que consideren tengan competencia en el tema que se analiza. Permite identificar los encuestados potenciales.</p>	

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):

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

Donde: n es tamaño de la muestra, N es tamaño de la población, P es la proporción muestral o su estimado, q es (1 – P), B es el error permisible y z depende de 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.

Etapa 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.

Las escalas de actitud son una forma de presentar las posibles respuestas a interrogantes cerradas. Se destacan entre estas (Hernández et al., 1998; Pons y Villa, 2005):

- ✓ Escala 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.

Las escalas de actitud permiten medir, al responder las interrogantes o mediante afirmaciones, la actitud de los individuos hacia un único concepto subyacente (Hernández et al., 1998).

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.
 - Escala semántica diferencial.
- ✓ 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.

Etapa 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.

Vale destacar que a los efectos del análisis de las propiedades métricas del instrumento, en el caso de poblaciones o muestras pequeñas, si el número de ítems contenidos en el cuestionario es mayor que el número de elementos en la muestra piloto, no resulta conveniente que se evalúen tales propiedades a partir de la misma, sino que se aplique a la totalidad de la muestra o población, lo que aporta resultados más significativos y permite que se cumplan los supuestos de las pruebas que se realizan al efecto y se especifican en los pasos siguientes.

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).

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 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 mediante la aplicación del instrumento a toda la población o a poblaciones con características similares a la delimitada empleando descriptivos como moda, mediana, media, varianza y frecuencia.

Anexo 20: Cuestionario para la evaluación de la calidad percibida de servicios

Fuente: (Cortiza, 2014)

CALIDAD DE ATENCIÓN EN SERVICIOS DEL HGAL, CIENFUEGOS

Instrucciones: A usted, como paciente del Hospital GAL 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 su satisfacción general y 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 le plantean.

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

SU COLABORACIÓN ES IMPORTANTE, GRACIAS

I- **DATOS GENERALES:** Marque con una X

_____ Paciente

_____ Familiar

_____ Paciente y familiar

Edad	Menos de 18 _____ Entre 19 y 29 _____ Entre 30 y 45 _____	Entre 46 y 60 _____ Entre 61 y 75 _____ Más de 75 _____
Sexo	F _____	M _____
Nivel de escolaridad vencido	Primaria _____ Secundaria _____ Pre-universitario _____	Técnico-medio _____ Universitario _____
Sala en que se atiende		
Servicio		
Tiempo de hospitalización	1 día _____ 1 semana o menos _____ Entre 1 semana y 15 días _____ Entre 15 días y 1 mes _____ Más de 1 mes _____	
Lugar en que se le dio o se le dará seguimiento	CEA _____ Área de salud _____	Hospital GAL _____ Otros _____

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

MÉDICOS

Crterios para su evaluaci3n	TOTALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NI DE ACUERDO, NI EN DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
El proceso de atenci3n se realiza con una adecuada privacidad. (Me1)					
Los m3dicos son respetuosos en el trato conmigo y mis familiares. (Me2)					
Los m3dicos son amables en el trato conmigo y mis familiares. (Me3)					
Los m3dicos son comprensivos, se interesan por mis preocupaciones, malestares y estado de 3nimo. (Me4)					
Los m3dicos me hacen sentir confianza en los conocimientos y cuidados que brindan en el proceso de atenci3n. (Me5)					
Los m3dicos est3n a la escucha de cualquier inquietud, duda o reclamaci3n. (Me6)					
Los m3dicos responden a mis preguntas. (Me7)					
Los m3dicos se comunican con otros especialistas a los que debo recurrir para mantenerse al tanto. (Me8)					
Los m3dicos se expresan de manera adecuada al intercambiar conmigo y mis familiares. (Me9)					
Los m3dicos demuestran su conocimiento de mi enfermedad al intercambiar conmigo con seguridad y cuidado. (Me10)					
Los m3dicos me informan sobre mi estado de salud, consecuencias y resultados cl3nicos, incluyendo aquellos que han tenido eventos no esperados, lo mismo a mis familiares. (Me11)					
Los m3dicos tienen una apariencia adecuada al presentarse ante m3 y mis familiares. (Me12)					
Los m3dicos llegan en el horario fijado para el proceso de atenci3n m3dica. (Me13)					

De manera general, con la atenci3n m3dica recibida usted est3: Marque su criterio con X
 _____ Muy insatisfecho _____ Insatisfecho _____ Medianamente
 satisfecho _____ Satisfecho _____ Muy satisfecho

ENFERMEROS

Crterios para su evaluaci3n	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 est3n a la escucha de cualquier inquietud o reclamaci3n. (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 enfermer3a respeta la privacidad del paciente. (Enf5)					
El personal de enfermer3a demuestra sus conocimientos y habilidades en la realizaci3n de su trabajo con disposici3n. (Enf6)					
Los enfermeros apoyan en la soluci3n 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 cl3nica. (Enf8)					
Los enfermeros est3n presentes cuando necesito su atenci3n. (Enf9)					
Los enfermeros dedican el tiempo necesario para mi atenci3n. (Enf10)					
La comprensi3n, apoyo y dedicaci3n de los enfermeros ante los procedimientos de atenci3n, es adecuada. (Enf11)					
El trato de los enfermeros es respetuoso. (Enf12)					

De manera general, con la atenci3n del personal de enfermer3a recibida usted est3: Marque su criterio con X
 _____ Muy insatisfecho _____ Insatisfecho _____ Medianamente
 satisfecho _____ Satisfecho _____ Muy satisfecho

PERSONAL DE SERVICIOS

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)					

De manera general, con la atención del personal de servicios recibida 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
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 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)					
La alimentación es acorde a la dieta que debo seguir. (Inf11)					
Los alimentos están bien elaborados. (Inf12)					
Los alimentos se sirven en recipientes limpios y con cuidados. (Inf13)					

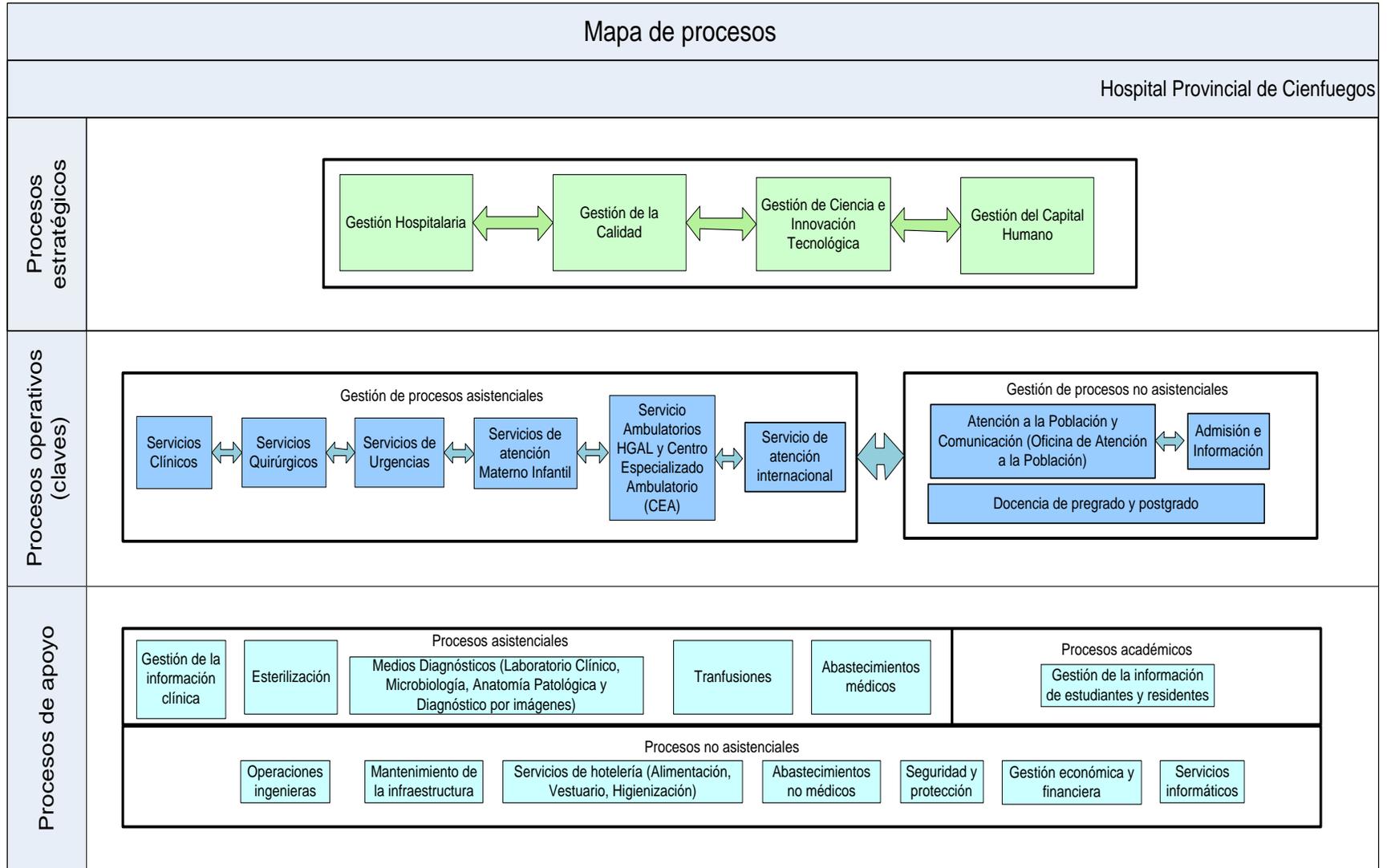
De manera general, con la infraestructura hospitalaria usted está: Marque su criterio con X

_____ Muy insatisfecho _____ Insatisfecho _____ Medianamente satisfecho
 Satisfecho Muy satisfecho

III) SUGERENCIAS: _____

Anexo 21: Mapa de procesos del Hospital GAL

Fuente: Elaboración propia



Anexo 22: Diagramas de Flujo por servicios del CPEM

Fuente: Elaboración propia

Figura 1: Diagrama de Flujo del Código Rojo

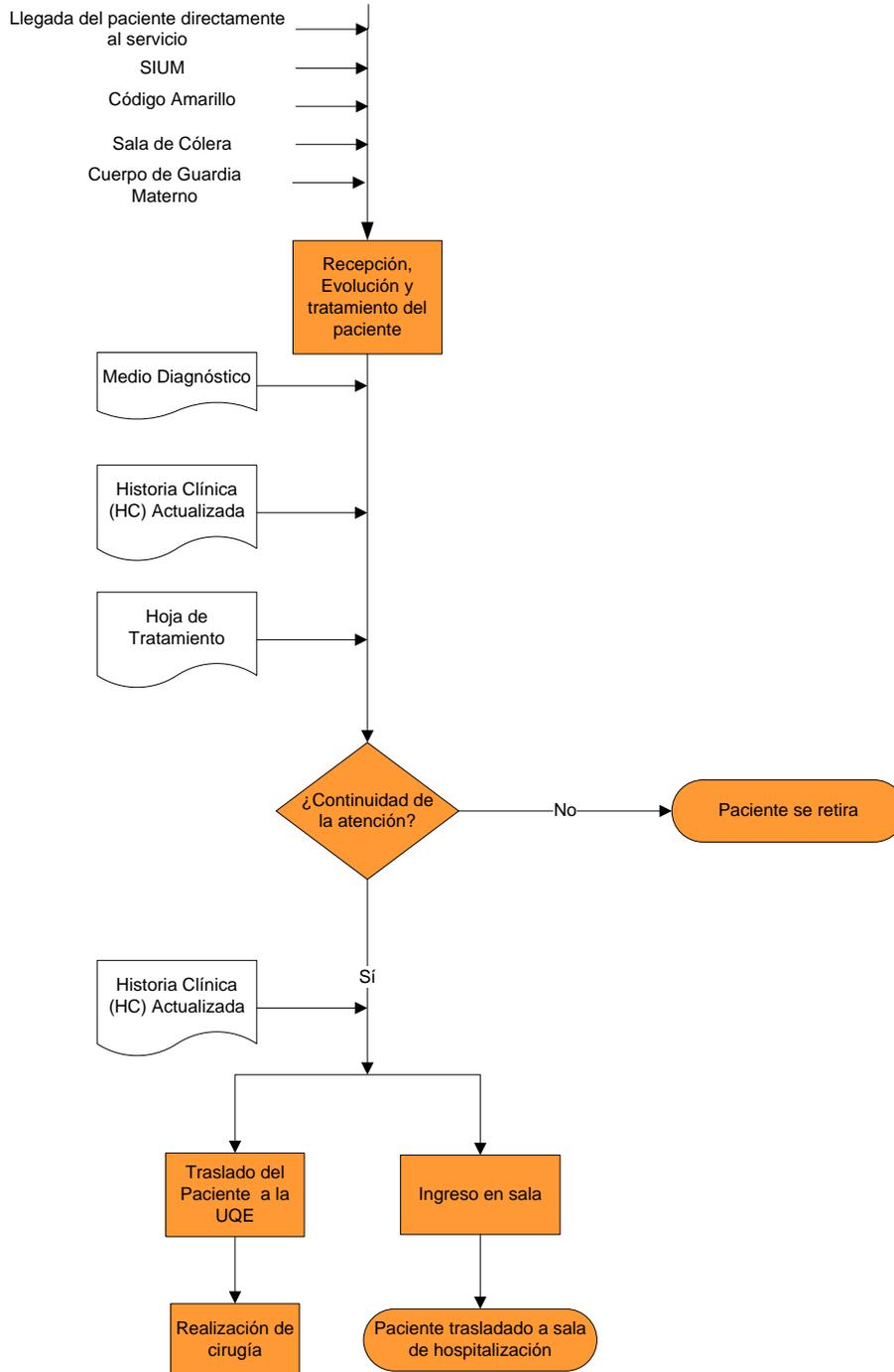


Figura 2: Diagrama de Flujo de los Códigos Amarillo y Verde

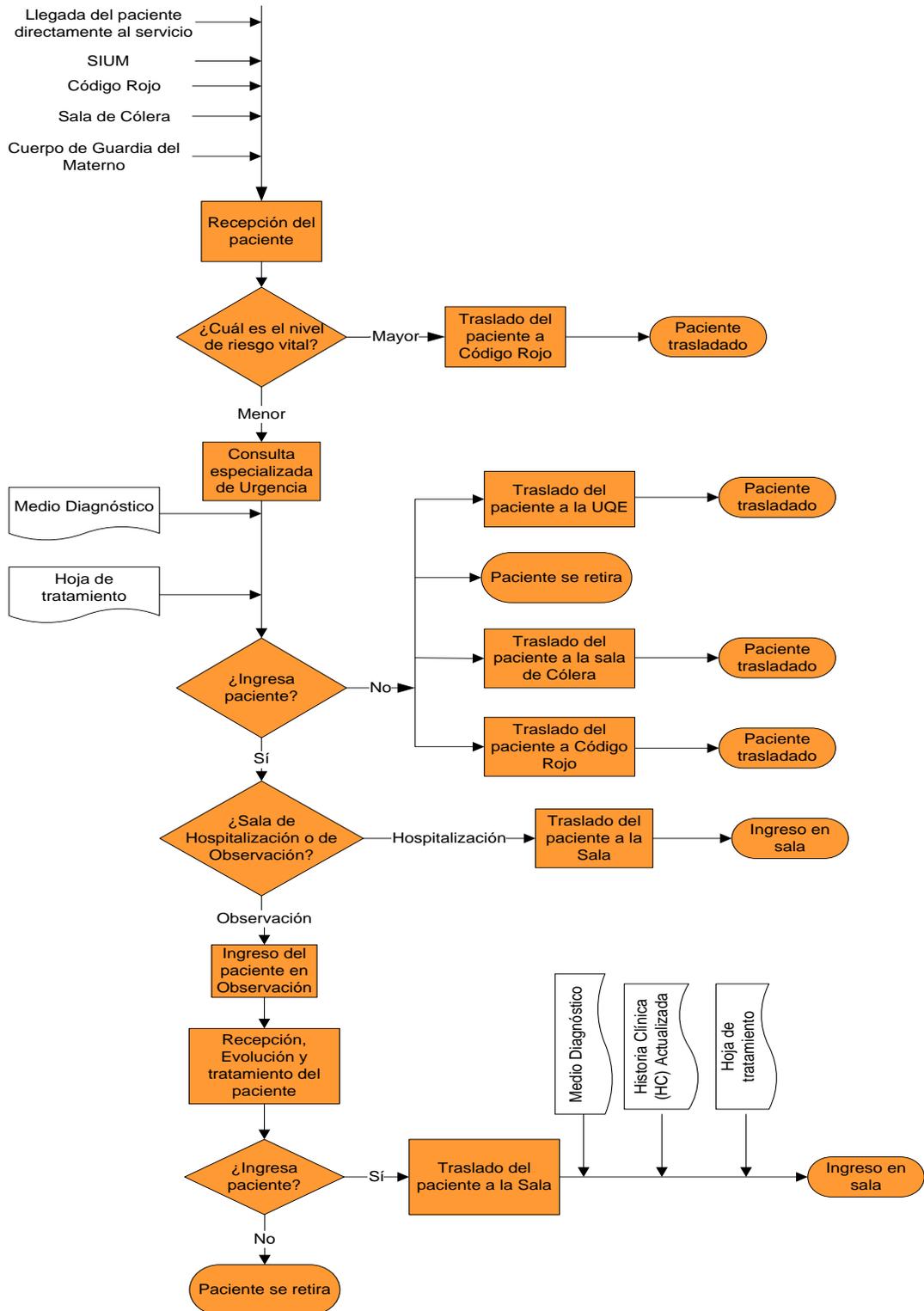


Figura 3: Flujo de la Sala de Cólera

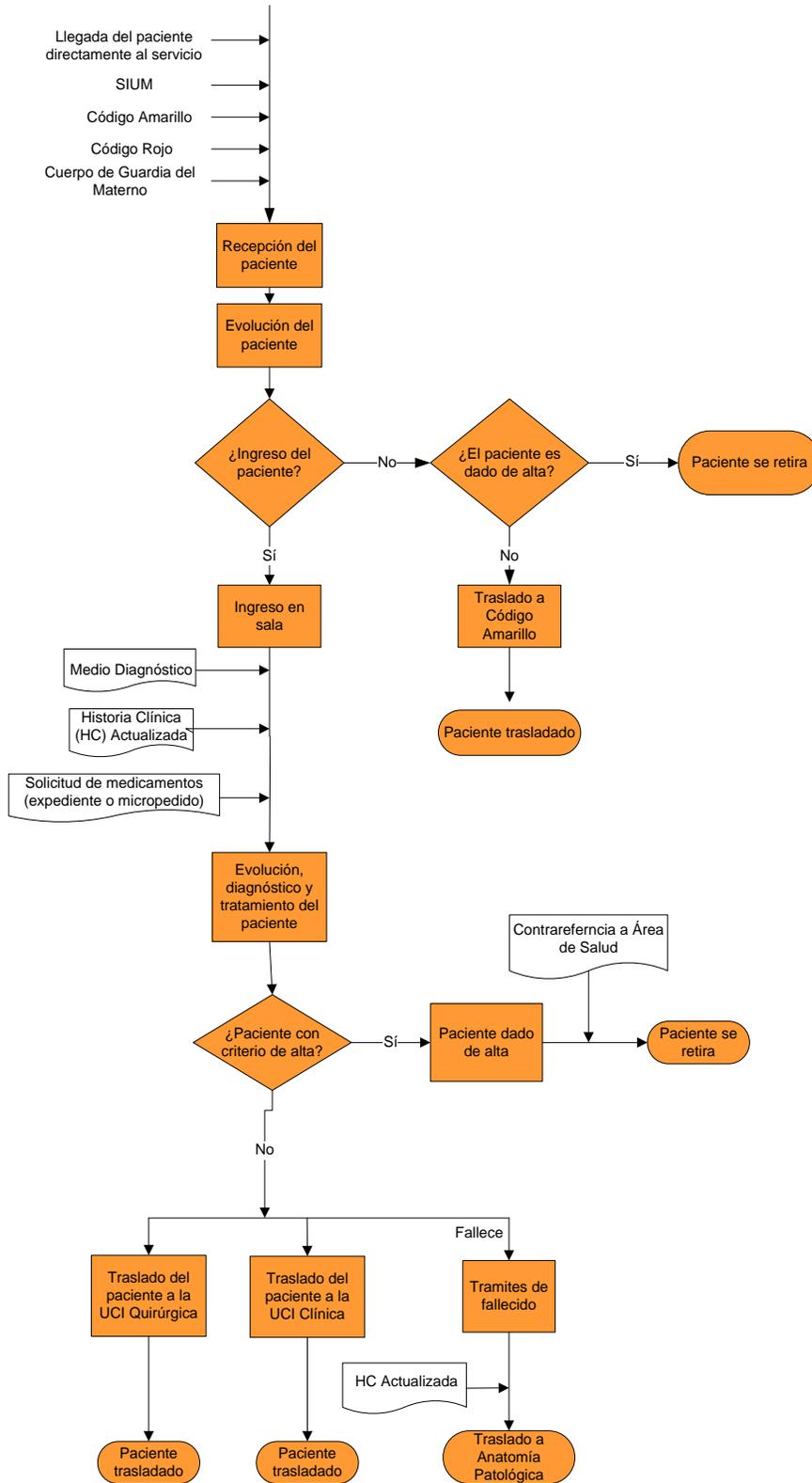
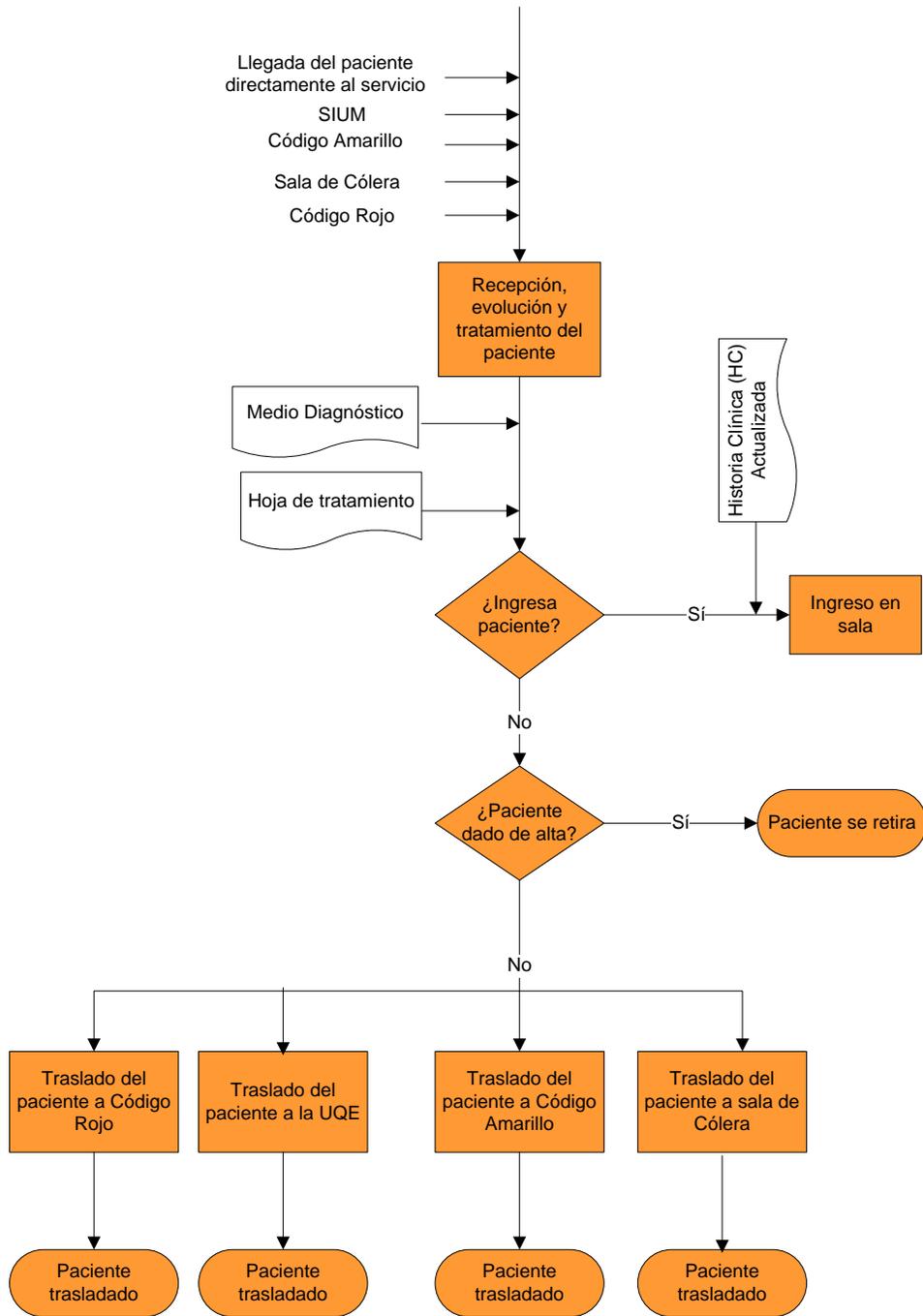
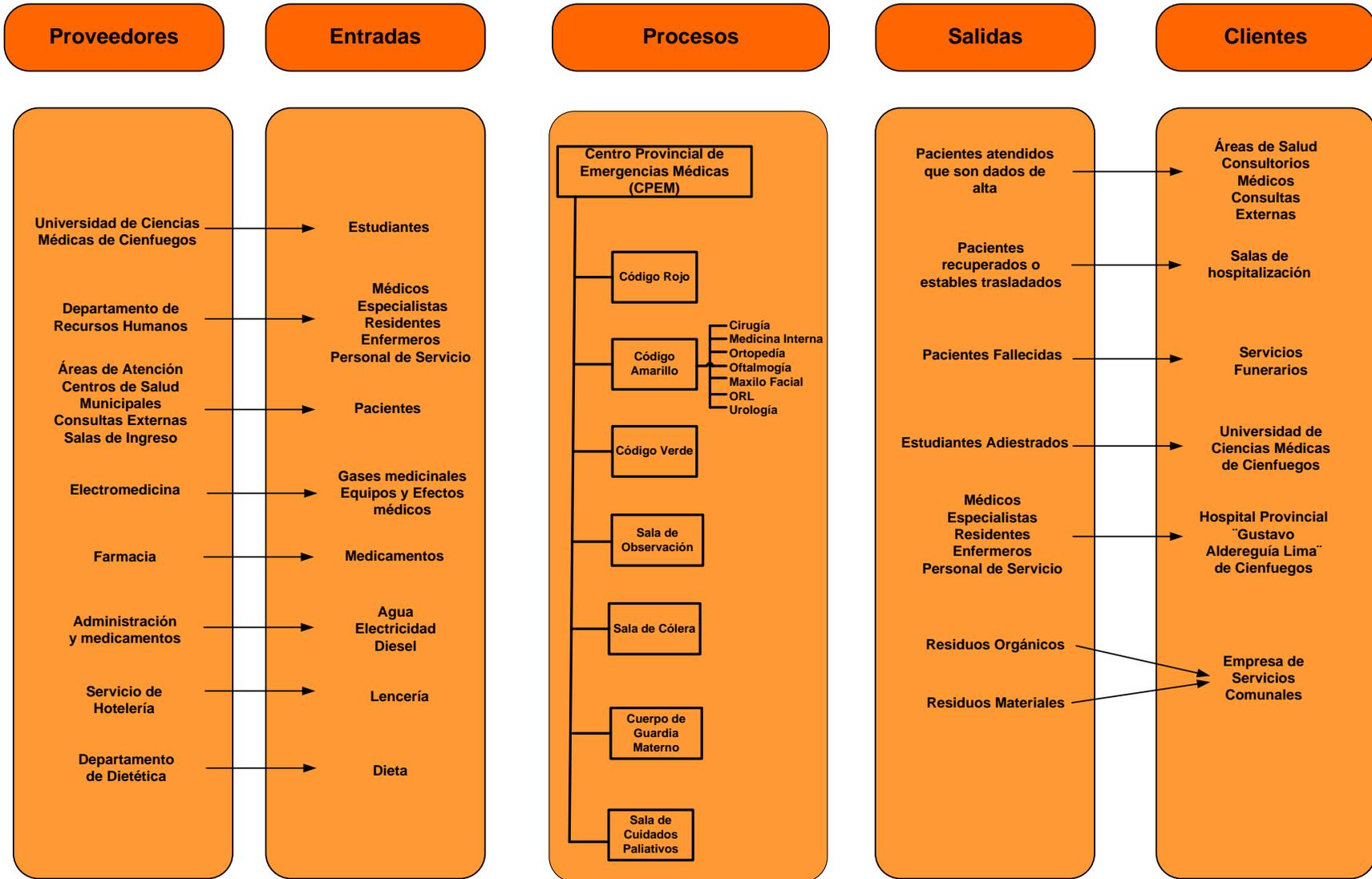


Figura 4: Flujo del Cuerpo de Guardia del Materno



Anexo 23: diagrama SIPOC del CPEM

Fuente: Elaboración propia



Anexo 24: Ficha de procesos del CPEM

Fuente: Elaboración propia

Ficha de proceso: Servicios del Centro Provincial de Emergencias Médicas (CPEM)

Nombre del proceso: Servicios del Centro Provincial de Emergencias Médicas.

Responsable: Jefe del Centro provincial de Emergencias Médicas.

Misión: Atender a pacientes con urgencias y emergencias médicas- quirúrgicas, materno-infantil y cólera, previo a la valoración en las áreas de salud o sin ellas en el cual se brinda la atención clasificada con el respaldo de la tecnología más avanzada del territorio, así como tratamientos ambulatorios, de observación y/o vigilancia intensiva, si fuese necesario, antes de ser admitido en los servicios del hospital.

En el proceso:

1- Áreas que intervienen:

- ✓ 7 locales de consulta para los Códigos Amarillo y Verde.
- ✓ 2 Almacenes de material gastable para Códigos Amarillo y Verde
- ✓ 3 Enfermerías del Código Amarillo
- ✓ 4 Guardias Física
- ✓ 1 Pantry
- ✓ 2 Oficinas de Enfermería
- ✓ 1 Aula
- ✓ 1 Laboratorio clínico
- ✓ 2 Rayos X
- ✓ 1 Tomógrafo
- ✓ Closets para útiles del servicio.
- ✓ 2 oficinas.
- ✓ 1 Recepción.
- ✓ Sala de Cólera.
- ✓ Área del Cuerpo de Guardia del Materno.
- ✓ Sala de Cuidados Paliativos.
- ✓ Sala de Observación.
- ✓ 1 Unidad Quirúrgica de Emergencia
- ✓ Área de Código Rojo.
- ✓ Unidad Quirúrgica de Emergencias.

2. Suministradores:

- ✓ Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos.
- ✓ Departamento de Recursos Humanos.
- ✓ Áreas de Atención.
- ✓ Centros de Atención Municipales.
- ✓ Consultas Externas.
- ✓ Salas de Ingreso.
- ✓ Electromedicina.
- ✓ Farmacia.
- ✓ Central de Esterilización.
- ✓ Administración de Medicamentos.
- ✓ Servicio de Hotelería.
- ✓ Departamento de Dietética.

3. Entradas del proceso:

- ✓ Estudiantes
- ✓ Médicos Especialistas
- ✓ Residentes
- ✓ Enfermeros
- ✓ Personal de Servicio
- ✓ Pacientes
- ✓ Gases Medicinales
- ✓ Equipos y Efectos médicos
- ✓ Medicamentos
- ✓ Material Gastable
- ✓ Agua
- ✓ Electricidad
- ✓ Diesel
- ✓ Lencería
- ✓ Dieta

4. Proceso del Centro Provincial de Emergencias Médicas:

- ✓ Presentación del paciente con necesidad de atención

- ✓ Recepción de paciente
- ✓ Clasificación del paciente por Código de colores o servicio.
- ✓ Consulta médica con el especialista de acuerdo al Código de colores
- ✓ Realización de documentación
- ✓ Paciente atendido

5. Especialidades en que se brinda servicios en el CPEM:

- ✓ Cirugía
- ✓ Medicina Interna
- ✓ Ortopedia
- ✓ Oftalmología
- ✓ Máxilo Facial y ORL
- ✓ Urología

6. Salidas del proceso:

- ✓ Pacientes atendidos que son dados de alta
- ✓ Pacientes recuperados o estables trasladados
- ✓ Pacientes fallecidos
- ✓ Estudiantes Adiestrados
- ✓ Enfermeros
- ✓ Médicos Especialistas
- ✓ Residentes
- ✓ Personal de Servicio
- ✓ Adiestrados
- ✓ Residuos Orgánicos
- ✓ Residuos Materiales

7. Clientes:

- ✓ Áreas de Salud
- ✓ Consultorios Médicos
- ✓ Consultas Externas
- ✓ Salas de hospitalización
- ✓ Servicios funerarios
- ✓ Hospital GAL

- ✓ Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos
- ✓ Empresa de Servicios Comunes

Recursos humanos:

Código Rojo

- ✓ 2 Médicos Especialistas de 1er grado
- ✓ 2 Médicos Especialistas de 2do grado
- ✓ 1 Jefe de Área de Enfermería
- ✓ 11 Enfermeros Superiores
- ✓ 1 Asistente de Administración de Salud

Código Amarillo

- ✓ 1 Jefe de Sección Clínica
- ✓ 1 Médico Especialista de 1er grado en Medicina Interna
- ✓ 16 Enfermeros Superiores
- ✓ 9 Enfermeros Técnicos
- ✓ 9 Asistentes de Administración de Salud
- ✓ 15 Asistentes de Servicios de Enfermería

Sala de Observación

- ✓ 1 Jefe de Sala de hospitalización
- ✓ 1 Jefe de Sala Enfermero
- ✓ 3 Enfermeros Superiores
- ✓ 7 Enfermeros Técnicos
- ✓ 1 Asistente de Administración de Salud
- ✓ 4 Asistentes de Servicios de Enfermería

Unidad Quirúrgica de Emergencia (UQE)

- ✓ 1 Jefe de Área de Enfermería
- ✓ 1 Enfermero Especialista
- ✓ 25 Enfermeros Superiores
- ✓ 5 Enfermeros Técnicos
- ✓ 4 Asistentes de Servicios de Enfermería

Sala de Cólera

- ✓ 1 Jefe de Sala de hospitalización
- ✓ 1 jefe de Sala de Enfermería

- ✓ 4 Enfermeros Superiores
- ✓ 5 Enfermeros Técnicos
- ✓ 1 Asistente Administrativo de Salud
- ✓ 4 Asistentes de Enfermería

Personal de Servicios

- ✓ 25 Auxiliares de limpieza
- ✓ 28 Camilleros
- ✓ 2 Roperas
- ✓ 8 Dependientes Integrales A de Gastronomía

Cuerpo de Guardia del Materno

- ✓ 1 Jefe de Servicios Médicos
- ✓ 3 Médicos Especialistas de 1er grado
- ✓ 1 Jefe de Área de Enfermería
- ✓ 5 Enfermeros Superiores

Documentación requerida:

1. Manual de organización y procedimientos.
2. Hojas de cargo
3. Hojas de reporte
4. Historias clínicas
5. Stock de medicamentos
6. Informes de progreso
7. Círculo de calidad
8. Informes de necropsia

Indicadores claves de resultados del proceso:

Los indicadores claves de resultados del proceso de los Servicios del CPEM se muestran en la Tabla 1 a continuación.

Tabla 1: Indicadores claves en el proceso de Servicios del CPEM

Indicadores	Criterios de medidas	Grados de consecución	Nivel de desempeño
Mortalidad	Porcentaje de cumplimiento del plan.	Menos 10%	Bien
Disminuir los indicadores de Letalidad Hospitalaria en enfermedades trazadoras:			
Infarto Agudo del Miocardio y Trauma Severo	Porcentaje de cumplimiento del plan.	Menos 5%	Bien
18% o menos en Enfermedad Cerebro vascular	Porcentaje de cumplimiento del plan.	Menos 18%	Bien
Diabetes y Asma Bronquial	Porcentaje de cumplimiento del plan.	2%	
Realizar Necropsias de los fallecidos intrahospitalarios	Porcentaje de cumplimiento del plan.	Más del 70%	Bien
Mantener el funcionamiento de los salones de operaciones.	Porcentaje de cumplimiento del plan.	70% o más	Bien
Aplicar modalidades de Medicina Natural y Tradicional a las urgencias médicas hospitalarias.	Porcentaje de cumplimiento del plan.	20 % o más	Bien

Anexo 25: Contribuciones de diferentes autores en elaboración de la lista de ítems para la medición de la calidad percibida

Fuente: Elaboración propia

	Criterios de diferentes autores							
	Phillips et al. (1998)	Mira et al. (1998)	Iraola et al. (2004)	Fonseca, Sardiñas, Lorenzo, Alejo y Fonseca (2007)	Civera (2008)	Parra (2011)	Fonseca, Arias, y Barletta (2012)	Curbelo (2013)
Los médicos demuestran seguridad y profesionalidad al establecer sus intercambios: al emitir un diagnóstico y realizar un procedimiento.	x	x			x	x		
Los médicos conocen mi historia clínica y entienden claramente mis necesidades médicas.					x			
Los médicos solucionan los problemas por los que he acudido a su atención.	x	x	x	x	x			
Los médicos muestran interés en dar seguimiento a mi caso.		x						
La preparación de los médicos es adecuada para responder a mis expectativas.	x	x			x			
El personal de enfermería realiza su trabajo de manera consciente.		x			x			

Los enfermeros conocen mi historia clínica.					x			x
Los enfermeros apoyan en la solución de mis problemas cumpliendo con lo que han establecido los especialistas.		x			x			x
La preparación y profesionalidad de los enfermeros es adecuada para responder a mis expectativas.	x	x			x	x		
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						x
La preparación y profesionalidad del personal de apoyo es adecuada para responder a mis demandas.	x	x				x		
Los médicos demuestran su disposición a la ayuda y entendimiento a los pacientes y familiares para la solución de problemas.	x	x						
Los médicos son amables en el trato conmigo y mis familiares.	x	x	x		x	x		X
Los médicos se muestran preocupados por mi caso.	x	x			x			X
Confío en los cuidados que brindan los médicos.	x	x			x			x

El trato fluye con respeto.	x	x	x		x			
El tratamiento médico se realiza con una adecuada privacidad.				x	x	x	x	x
La forma de tratarme hace que me sienta cómodo y atendido, satisface mis expectativas.	x	x	x		x			
Los enfermeros demuestran su disposición a la ayuda y entendimiento a los pacientes y familiares.	x	x			x		x	x
Los enfermeros son amables en el trato conmigo y mis familiares.	x	x	x		x	x		
Los enfermeros son preocupados por cada caso.	x	x			x			x
El cuidado de los enfermeros me ofrece confianza.	x	x			x			
El trato de los enfermeros es respetuoso.	x	x	x		x			x
El personal de enfermería labora respetando la privacidad del paciente.				x	x	x	x	
La actitud de los enfermeros hace que me sienta cómodo y atendido, satisface mis expectativas.	x	x	x		x			
El personal de apoyo hace evidente su disposición a la ayuda y orientación, atención a pacientes	x							x

y familiares.								
El personal de apoyo es amable conmigo y mis familiares.	x					x		x
El personal de apoyo se preocupa por mí.	x							x
El trato del personal de apoyo es respetuoso.	x							x
La forma en que me trata el personal de apoyo hace que me sienta cómodo, satisface mis expectativas.	x							
Los médicos llegan en el horario fijado para la realización de los procedimientos médicos.	x	x	x		x			x
Los médicos dedican el tiempo necesario para satisfacer todas mis dudas y las de mis familiares, para mi atención.	x	x	x		x			
Los médicos tratan de que se reduzcan los tiempos de espera para su atención.	x	x	x		x			
Los médicos especifican el tiempo de seguimiento al proceder que realizan.		x	x					
El tiempo de atención de los médicos satisface mis expectativas.	x	x	x		x	X		

Los enfermeros están presentes cuando los necesito.	x	x			x			X
Los enfermeros emplean el tiempo necesario para mi atención.	x	x	x		x			x
Los enfermeros tratan de que se reduzcan los tiempos de espera para sus servicios.	x	x	x		x			
El tiempo de atención de los enfermeros satisface mis expectativas.	x	x	x		x	x		
El personal de apoyo trata de reducir los tiempos de espera.	x	x						
El personal de apoyo dedica el tiempo requerido por cada paciente y sus familiares.	x							X
El personal de apoyo se encuentra en el momento en que debe estar para la realización de su trabajo.	x							x
El tiempo de atención del personal de apoyo satisface mis expectativas.	x					x		
Los médicos están a la escucha de cualquier inquietud, duda o reclamación.		x	x		x			x
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		x	x	x	x	x	x	x

familiares.								
Los médicos responden a mis preguntas.			x		x		x	x
Los médicos explican sobre los medicamentos, horarios, alternativas de tratamiento.			x	x	x		x	
Los médicos se comunican con otros especialistas a los que debo recurrir para mantenerse al tanto.								x
Los médicos se expresan de manera adecuada al intercambiar conmigo y mis familiares.	x	x	x		x			x
Los médicos tienen una apariencia adecuada al presentarse ante mí y mis familiares.	x	x						x
La comunicación médico-paciente-familiares satisface mis expectativas.	x	x	x		x			
El médico me saludó al llegar a la consulta.				X				
El médico que me atendió se identificó al llegar a la consulta.				X		x		
El médico que me atendió me examinó a profundidad.				X				

En caso de ingreso el médico me informa el número de la cama y sala donde seré hospitalizado, así como los médicos responsables.				X				
En caso de ingreso en observación, el médico me informa cada qué tiempo vendrá a verme y cuál es el objetivo de tenerme ahí.				x				
Los enfermeros están a la escucha de cualquier inquietud o reclamación.	x		x		x			
Los enfermeros me informan sobre mi estado de salud en caso de ser necesario, lo mismo a mis familiares.	x	x			x	x		
Los enfermeros responden a mis preguntas, dudas, necesidad de aclaraciones.	x	x	x		x			x
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	x
Los enfermeros se expresan de manera adecuada.	x	x	x		x			X
Los enfermeros tienen una apariencia adecuada.	x	x						x

La comunicación enfermero-paciente-familiares satisface mis expectativas.	x	x	x		x			
La enfermera me saludó al llegar a urgencias				X				
La enfermera me explicó los pasos a seguir para la atención y el tiempo que debía esperar				x				
El personal de apoyo explica correctamente en caso de que se le pregunte sobre los médicos, enfermeros, hospital.		x						
El personal de apoyo se expresa de manera adecuada.	x	x						X
El personal de apoyo tiene una apariencia adecuada.	x	x						x
La comunicación personal de apoyo-paciente-familiares satisface mis expectativas.	x	x						
El hospital cuenta con la señalización intrahospitalaria adecuada.		x			x			X
El hospital tiene una señalización extra hospitalaria adecuada.		x						x
El servicio es accesible.		x			x			
El sistema de información en el hospital se muestra organizado por sus resultados en el intercambio		x			x			x

con los pacientes y familiares.								
El acceso e información satisface mis expectativas.		x			x			
El personal médico (médicos y enfermeros) dispone de los equipos para atenderme.		x			x			
El personal médico (médicos y enfermeros) dispone del instrumental para la realización de sus actividades.		x			x			
El personal de apoyo cuenta con los instrumentos y equipos para la realización de sus funciones.		x						
Al acudir a urgencias del hospital consideraba que mi problema era grave y que solo podía ser atendido allí.						x		
El estado de los equipos e instrumental satisface mis expectativas.					x			X
Los locales de espera están limpios.			x		x	x	x	x
Los locales de espera son amplios.		x	x		x			
Los locales de espera disponen de los asientos necesarios.		x	x		x			X
Los locales de espera están bien iluminados.			x					X

Los locales de espera no son ruidosos.			x			x		X
Los locales de espera tienen una temperatura agradable.						x		
Los locales de espera cuentan con un baño para acceso de los pacientes y familiares.								X
Los locales de espera tienen un ambiente agradable.	x	x	x					X
Las consultas están limpias.			x			X	x	X
Las consultas tienen buenas condiciones de privacidad.					x			X
Las consultas disponen del mobiliario necesario.		x	x		x			x
Las consultas están bien iluminadas.			x					X
Las consultas no son ruidosas.			x			X		X
Las consultas tienen una temperatura agradable						X		
Las consultas tienen un ambiente agradable.		x	x		x			x
Las salas están limpias.			x				x	
Los baños en las salas se mantienen con una correcta higiene.			x					

Las salas disponen del mobiliario necesario para los pacientes.		x	x					
Las salas disponen del mobiliario necesario para los familiares.		x	x					
Las salas están bien iluminadas.			x					
Las salas no son ruidosas.			x					
Las salas tienen un ambiente agradable.	x	x	x					
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.	x	x						

Anexo 26: Cuestionario para la determinación del coeficiente de competencia de los expertos

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

A usted se acude para que colabore como experto en una investigación sobre la calidad percibida de servicios del CPEM del HGAL, para ello complete el cuestionario siguiente.

Gracias por su colaboración

Datos generales

Nombre y Apellidos:

Edad:

Categoría docente:

Grado científico:

Años de experiencia en investigaciones en el sector de la salud:

Años de experiencia en investigaciones sobre calidad percibida de servicios:

Coeficiente de conocimiento

Autoevalúe en una escala de 0 a 10 sus conocimientos sobre calidad percibida de servicios.

___ 0, ___ 1, ___ 2, ___ 3, ___ 4, ___ 5, ___ 6, ___ 7, ___ 8, ___ 9 , ___ 10

Fuentes de obtención de sus conocimientos sobre el tema

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 27: Caracterización de los expertos y determinación de coeficiente de competencia

Fuente: Elaboración propia

Tabla 1: Expertos localizados para la investigación

Expertos	Lugar de labor	Categoría científica	Años de experiencia en investigaciones en el sector de la salud o sobre calidad percibida
1	Hospital GAL	-	30
2	Hospital GAL	MSc	10
3	Hospital GAL	MSc.	20
4	Hospital GAL	Dr.	30
5	Universidad de Cienfuegos	Dr.	3
6	Universidad de Cienfuegos	MSc.	4
7	Universidad de Cienfuegos	MSc.	4
8	Universidad de Cienfuegos	-	1
9	Universidad de Cienfuegos	MSc.	2

Tabla 2: Determinación del coeficiente de competencia de los expertos

Expertos	Coeficiente de conocimiento (Kc)	Coeficiente de argumentación (Ka)	Coeficiente de competencia (Kcomp= $\frac{Kc+Ka}{2}$)	Clasificación de la competencia
1	0.8	$0.2+0.4+4(0.04) =0.76$	$0.78 \approx 0.8$	Alta
2	0.8	$0.2+0.5+4(0.04) =0,86$	$0.83 \approx 0.8$	Alta
3	1	$0.3+0.4+4(0.05) =0.9$	$0.95 \approx 1$	Alta
4	0.8	$0.3+0.5+4(0.04)=0.96$	$0.88 \approx 0.8$	Alta
5	1	$0.3+0.5+4(0.05)=1$	$1=1$	Alta

6	0,8	$0.3+0.4+2(0.05) +2(0.04) =0,88$	$0.82\approx 0.8$	Alta
7	0,9	$0.3+0.5+4(0.05)=1$	$0.95\approx 1$	Alta
8	0,7	$0.1+0.4+0.05+0.03 +2(0.04) =0.66$	$0.68\approx 0.7$	Media
9	0.9	$0.2+0.5+4(0.05) =0.9$	$0.9\approx 1$	Alta

Anexo 28: Consulta a expertos para recopilar sugerencias y reducir ítems

Fuente: Elaboración propia

A usted, como experto seleccionado para apoyar la presente investigación que se desarrolla en el Hospital Provincial de Cienfuegos con el objetivo de evaluar la calidad percibida por los pacientes y familiares de los servicios del Centro Provincial de Emergencias Médicas (CPEM), se acude para recopilar sugerencias en cuanto al enfoque de las siguientes afirmaciones que como resultado de la revisión de la literatura se tienen en cuenta en servicios de urgencias médicas.

Además se le solicita que marque con X las variables que a su juicio deben incluirse en un análisis como el que se pretende realizar.

Es importante que analice a profundidad.

Gracias por su colaboración

Variables	Sí	No	Sugerencias
Médicos			
Los médicos demuestran seguridad y profesionalidad al establecer sus intercambios: al emitir un diagnóstico y realizar un procedimiento.			
Los médicos solucionan los problemas por los que he acudido a su atención.			
La preparación de los médicos es adecuada para responder a mis expectativas.			
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.			
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.			
El tiempo de atención de los médicos satisface mis expectativas.			
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 expresan de manera adecuada al intercambiar conmigo y mis familiares.			
Los médicos tienen una apariencia adecuada al presentarse ante mi y mis familiares.			
La comunicación médico-paciente-familiares satisface mis expectativas.			
Enfermeros			
Los enfermeros apoyan en la solución de mis problemas cumpliendo con lo que han establecido los especialistas.			
La preparación y profesionalidad de los enfermeros es adecuada para responder a mis expectativas.			
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.			
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.			
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 servicio			
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 y profesionalidad del personal de apoyo es adecuada para responder a mis demandas.			
El personal de apoyo es amable conmigo y mis familiares.			
El personal de apoyo se expresa de manera adecuada.			
El personal de apoyo tiene una apariencia adecuada.			
Infraestructura			
El hospital cuenta con la señalización intrahospitalaria adecuada.			
El sistema de información en el hospital se muestra organizado por sus resultados en el intercambio con los pacientes y familiares.			
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 no son ruidosos.			
Los locales de espera tienen un ambiente agradable.			
Las consultas están limpias.			

Las consultas disponen del mobiliario necesario.			
Las consultas no son ruidosas.			
Las consultas tienen un ambiente agradable.			

Anexo 29: Resultados de la consulta a expertos para recopilar sugerencias y reducir ítems

Fuente: Elaboración propia

**Estadísticos de
contraste**

N	9
W de Kendall ^a	,603
Chi-cuadrado	298,370
gl	55
Sig. asintót.	,000

a. Coeficiente de concordancia de Kendall

Rangos	
Los médicos demuestran seguridad y profesionalidad al establecer sus intercambios: al emitir un diagnóstico y realizar un procedimiento.	41,17
Los médicos son amables en el trato conmigo y mis familiares.	41,17
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.	41,17
Los enfermeros apoyan en la solución de mis problemas cumpliendo con lo que han establecido los especialistas.	41,17
El personal de enfermería labora respetando la privacidad del paciente.	41,17
Los locales de espera están limpios.	41,17
Las consultas están limpias.	41,17
Los médicos solucionan los problemas por los que he acudido a su atención.	38,06

Los médicos tienen una apariencia adecuada al presentarse ante mi y mis familiares.	38,06
Los enfermeros demuestran su disposición a la ayuda y entendimiento a los pacientes y familiares.	38,06
Los enfermeros están a la escucha de cualquier inquietud o reclamación.	38,06
Los enfermeros tienen una apariencia adecuada.	38,06
El personal de apoyo realiza su trabajo de manera que no se afectan las labores de médicos y enfermeros, mostrando su dominio del mismo.	38,06
El personal de apoyo se expresa de manera adecuada.	38,06
El personal de apoyo tiene una apariencia adecuada.	38,06
El hospital cuenta con la señalización intrahospitalaria adecuada.	38,06
las consultas disponen del mobiliario necesario.	38,06
Los médicos se muestran preocupados por mi caso.	34,94
El tratamiento médico se realiza con una adecuada privacidad.	34,94
Los médicos responden a mis preguntas.	34,94
Los médicos explican sobre los medicamentos, horarios y alternativas de tratamiento.	34,94
Los médicos se expresan de manera adecuada al intercambiar conmigo y mis familiares.	34,94
Los enfermeros son amables en el trato conmigo y mis familiares.	34,94
Los enfermeros me informan sobre mi estado de salud en caso de ser necesario, lo mismo a mis familiares.	34,94
Los locales de espera disponen de los asientos necesarios.	34,94
Los locales de espera tienen un ambiente adecuado.	34,94
Las consultas tienen un ambiente agradable.	34,94
Los médicos tratan de que se reduzcan los tiempos de espera para su atención.	31,83
Los enfermeros están presentes cuando los necesito.	31,83
Los enfermeros emplean el tiempo necesario para mi atención.	31,83
El personal de apoyo es amable conmigo y mis familiares.	31,83
El sistema de información en el hospital se muestra organizado por sus resultados en el intercambio con los pacientes y familiares.	31,83
Los locales de espera son amplios.	31,83
Los enfermeros tratan de que se reduzcan los tiempos de espera para sus servicios.	28,72

Los enfermeros se expresan de manera adecuada.	28,72
La preparación y profesionalidad del personal de apoyo es adecuada para responder a mis demandas.	28,72
Confío en los cuidados que brindan los médicos.	25,61
Los enfermeros son preocupados por cada caso.	22,50
El cuidado de los enfermeros me ofrece confianza.	22,50
El tiempo de atención de los médicos satisface mis expectativas.	19,39
La preparación de los médicos es adecuada para responder a mis expectativas.	13,17
El trato fluye con respeto.	13,17
La forma de tratarme hace que me sienta cómodo y atendido, satisface mis expectativas.	13,17
Los médicos llegan en el horario fijado para la realización de los procedimientos médicos.	13,17
Los médicos dedican el tiempo necesario para satisfacer todas mis dudas y las de mis familiares, para mi atención.	13,17
Los médicos están a la escucha de cualquier inquietud, duda o reclamación.	13,17
La comunicación médico- paciente- familiares satisface mis expectativas.	13,17
La preparación y profesionalidad de los enfermeros es adecuada para responder a mis expectativas.	13,17
El trato de los enfermeros es respetuoso.	13,17
La actitud de los enfermeros hace que me sienta cómodo y atendido, satisface mis expectativas.	13,17
El tiempo de atención de los enfermeros satisface mis expectativas.	13,17
Los enfermeros responden a mis preguntas, dudas y necesidad de aclaraciones.	13,17
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.	13,17
La comunicación enfermero-pacientes-familiares satisface mis expectativas.	13,17
Los locales de espera no son ruidosos.	13,17
Las consultas no son ruidosas.	13,17

Anexo 30: Consulta a expertos para reducción de lista de ítems

Fuente: Elaboración propia

A usted, como experto seleccionado para apoyar la presente investigación que se desarrolla en el Centro Provincial de Emergencias Médicas (CPEM) del Hospital Provincial de Cienfuegos, se acude nuevamente para evaluar el nivel de importancia de las diferentes variables a considerar en el análisis de la calidad percibida de los servicios.

En función de ello usted colocará una **X** en la casilla que se corresponda con su criterio. Se considera 1 como “para nada importante” y 5 como “muy importante”.

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

Variables	Nivel de importancia				
	1	2	3	4	5
Médicos					
Los médicos demuestran seguridad y profesionalidad al establecer sus intercambios: al emitir un diagnóstico y realizar un procedimiento.					
Los médicos solucionan los problemas por los que he acudido a su atención.					
Los médicos son amables y respetuosos en el trato conmigo y mis familiares.					

Los médicos se muestran preocupados por mi caso.					
Confío en los cuidados que brindan los médicos.					
El tratamiento médico se realiza con una adecuada privacidad.					
Los médicos tratan de que se reduzcan los tiempos de espera para su atención.					
Los médicos me informan sobre mi estado de salud, consecuencias y resultados clínicos, explican sobre los medicamentos, horarios y alternativas de tratamiento lo mismo a mis familiares.					
Los médicos responden a mis preguntas, están a la escucha de mis inquietudes o reclamaciones.					
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 o técnicos					
Los enfermeros cumplen con lo que han establecido los especialistas demostrando sus conocimientos y habilidades profesionales.					
Los enfermeros demuestran su disposición a la ayuda y entendimiento a los pacientes y familiares.					
Los enfermeros son amables y respetuosos en el trato conmigo y mis familiares.					

Los enfermeros son preocupados por cada caso.					
El cuidado de los enfermeros me ofrece confianza.					
El personal de enfermería labora respetando la privacidad del paciente.					
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.					
Los enfermeros están a la escucha de cualquier inquietud, duda o reclamación.					
Los enfermeros me informan sobre mi estado de salud en caso de ser necesario, lo mismo a mis familiares.					
Los enfermeros se expresan de manera adecuada.					
Los enfermeros tienen una apariencia adecuada.					
Personal de servicios (camilleros, auxiliares de limpieza y recepcionista)					
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 y profesionalidad del personal de apoyo es adecuada para responder a mis demandas.					

El personal de apoyo es amable conmigo y mis familiares.					
El personal de apoyo se expresa de manera adecuada.					
El personal de apoyo tiene una apariencia adecuada.					
Infraestructura					
El CPEM cuenta con señales que orientan a los pacientes.					
El sistema de información en el hospital se muestra organizado por sus resultados en el intercambio con los pacientes y familiares.					
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 tienen un ambiente adecuado.					
Las consultas están limpias.					
Las consultas disponen del mobiliario necesario.					
Las consultas no son ruidosas.					

Anexo 31: Resultados de la consulta a expertos para reducir ítems

Fuente: Elaboración propia

Estadísticos

	Los médicos demuestran seguridad y profesionalidad al establecer sus intercambios: al emitir un diagnóstico y realizar un procedimiento.	Los médicos solucionan los problemas por los que he acudido a su atención.	Los médicos son amables y respetuosos en el trato conmigo y mis familiares.	Los médicos se muestran preocupados por mi caso.
N	9	9	9	9
Válidos	9	9	9	9
Perdidos	0	0	0	0
Media	4,78	3,22	4,22	3,00
Mediana	5,00	3,00	5,00	3,00
Moda	5	3	5	3
Desv. típ.	,441	,667	1,093	,707
Varianza	,194	,444	1,194	,500
Rango	1	2	3	2
Mínimo	4	2	2	2
Máximo	5	4	5	4

Estadísticos

	Confío en los cuidados que brindan los médicos.	El tratamiento médico se realiza con una adecuada privacidad.	Los médicos tratan de que se reduzcan los tiempos de espera para su atención.	Los médicos me informan sobre mi estado de salud, consecuencias y resultados clínicos, explican sobre los medicamentos, horarios y alternativas de tratamiento lo mismo a mis familiares.
N	9	9	9	9
Válidos	9	9	9	9
Perdidos	0	0	0	0
Media	3,22	3,78	4,11	4,67
Mediana	2,00	4,00	4,00	5,00
Moda	2	5	5	5
Desv. típ.	1,481	1,302	,928	,707

Varianza	2,194	1,694	,861	,500
Rango	3	3	2	2
Mínimo	2	2	3	3
Máximo	5	5	5	5

Estadísticos

	Los médicos responden a mis preguntas, están a la escucha de mis inquietudes o reclamaciones.	Los médicos se expresan de manera adecuada al intercambiar conmigo y mis familiares.	Los médicos tienen una apariencia adecuada al presentarse ante mi y mis familiares.	Los enfermeros cumplen con lo que han establecido los especialistas demostrando sus conocimientos y habilidades profesionales.
N	9	9	9	9
Válidos	9	9	9	9
Perdidos	0	0	0	0
Media	3,89	3,00	4,11	4,22
Mediana	4,00	3,00	4,00	4,00
Moda	4 ^a	3	5	5
Desv. típ.	1,054	1,000	1,054	,833
Varianza	1,111	1,000	1,111	,694
Rango	3	3	3	2
Mínimo	2	2	2	3
Máximo	5	5	5	5

Estadísticos

	Los enfermeros demuestran su disposición a la ayuda y entendimiento a los pacientes y familiares.	Los enfermeros son amables y respetuosos en el trato conmigo y mis familiares.	Los enfermeros son preocupados por cada caso.	El cuidado de los enfermeros me ofrece confianza.
N	9	9	9	9
Válidos	9	9	9	9
Perdidos	0	0	0	0
Media	3,11	4,00	3,11	3,33
Mediana	3,00	4,00	2,00	2,00

Moda	3	5	2	2
Desv. típ.	,601	1,118	1,453	1,581
Varianza	,361	1,250	2,111	2,500
Rango	2	3	3	3
Mínimo	2	2	2	2
Máximo	4	5	5	5

Estadísticos

	El personal de enfermería labora respetando la privacidad del paciente.	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.
N	9	9	9	9
Válidos	9	9	9	9
Perdidos	0	0	0	0
Media	4,11	3,67	2,89	3,56
Mediana	5,00	4,00	3,00	4,00
Moda	5	5	3	2 ^a
Desv. típ.	1,167	1,414	,782	1,509
Varianza	1,361	2,000	,611	2,278
Rango	3	3	2	3
Mínimo	2	2	2	2
Máximo	5	5	4	5

Estadísticos

		Los enfermeros están a la escucha de cualquier inquietud, duda o reclamación.	Los enfermeros me informan sobre mi estado de salud en caso de ser necesario, lo mismo a mis familiares.	Los enfermeros se expresan de manera adecuada.	Los enfermeros tienen una apariencia adecuada.
N	Válidos	9	9	9	9
	Perdidos	0	0	0	0
	Media	4,00	3,00	3,11	4,22
	Mediana	5,00	3,00	3,00	4,00
	Moda	5	3	3	4 ^a
	Desv. típ.	1,323	,707	,782	,972
	Varianza	1,750	,500	,611	,944
	Rango	3	2	2	3
	Mínimo	2	2	2	2
	Máximo	5	4	4	5

Estadísticos

		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 y profesionalidad del personal de apoyo es adecuada para responder a mis demandas.	El personal de apoyo es amable conmigo y mis familiares.	El personal de apoyo se expresa de manera adecuada.
N	Válidos	9	9	9	9
	Perdidos	0	0	0	0
	Media	4,67	3,33	4,00	4,11

Mediana	5,00	3,00	4,00	5,00
Moda	5	2	5	5
Desv. típ.	,707	1,414	1,118	1,167
Varianza	,500	2,000	1,250	1,361
Rango	2	3	3	3
Mínimo	3	2	2	2
Máximo	5	5	5	5

Estadísticos

		El personal de apoyo tiene una apariencia adecuada.	El CPEM cuenta con señales que orientan a los pacientes.	El sistema de información en el hospital se muestra organizado por sus resultados en el intercambio con los pacientes y familiares.	Los locales de espera están limpios.
N	Válidos	9	9	9	9
	Perdidos	0	0	0	0
	Media	4,33	3,89	2,00	4,78
	Mediana	5,00	4,00	2,00	5,00
	Moda	5	5	2	5
	Desv. típ.	1,118	1,269	,000	,441
	Varianza	1,250	1,611	,000	,194
	Rango	3	3	0	1
	Mínimo	2	2	2	4
	Máximo	5	5	2	5

Estadísticos

		Los locales de espera son amplios.	Los locales de espera disponen de los asientos necesarios.	Los locales de espera tienen un ambiente adecuado.	Las consultas están limpias.
N	Válidos	9	9	9	9
	Perdidos	0	0	0	0
	Media	2,89	4,11	3,67	4,67
	Mediana	3,00	4,00	4,00	5,00

Moda	3	5	5	5
Desv. típ.	,782	1,054	1,225	,500
Varianza	,611	1,111	1,500	,250
Rango	2	3	3	1
Mínimo	2	2	2	4
Máximo	4	5	5	5

Estadísticos

		Las consultas disponen del mobiliario necesario.	Las consultas no son ruidosas.
N	Válidos	9	9
	Perdidos	0	0
	Media	4,44	4,11
	Mediana	4,00	4,00
	Moda	4	5
	Desv. típ.	,527	1,054
	Varianza	,278	1,111
	Rango	1	3
	Mínimo	4	2
	Máximo	5	5

a. Existen varias modas, se mostrará el menor de los valores

Frecuencia de mercado

Los médicos solucionan los problemas por los que he acudido a su atención.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
		a	e	válido	acumulado
Válidos	Poco importante	1	11,1	11,1	11,1
	Medianamente importante	5	55,6	55,6	66,7
	Importante	3	33,3	33,3	100,0
	Total	9	100,0	100,0	

Los médicos se muestran preocupados por mi caso.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Poco importante	2	22,2	22,2	22,2
	Medianamente importante	5	55,6	55,6	77,8
	Importante	2	22,2	22,2	100,0
	Total	9	100,0	100,0	

Confío en los cuidados que brindan los médicos.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Poco importante	5	55,6	55,6	55,6
	Importante	1	11,1	11,1	66,7
	Muy importante	3	33,3	33,3	100,0
	Total	9	100,0	100,0	

Los médicos se expresan de manera adecuada al intercambiar conmigo y mis familiares.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Poco importante	3	33,3	33,3	33,3
	Medianamente importante	4	44,4	44,4	77,8
	Importante	1	11,1	11,1	88,9
	Muy importante	1	11,1	11,1	100,0
	Total	9	100,0	100,0	

Los enfermeros demuestran su disposición a la ayuda y entendimiento a los pacientes y familiares.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Poco importante	1	11,1	11,1	11,1
	Medianamente importante	6	66,7	66,7	77,8
	Importante	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	Poco importante	5	55,6	55,6	55,6
	Medianamente importante	1	11,1	11,1	66,7
	Muy importante	3	33,3	33,3	100,0
	Total	9	100,0	100,0	

El cuidado de los enfermeros me ofrece confianza.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Poco importante	5	55,6	55,6	55,6
	Muy importante	4	44,4	44,4	100,0
	Total	9	100,0	100,0	

Los enfermeros emplean el tiempo necesario para mi atención.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Poco importante	3	33,3	33,3	33,3
	Medianamente importante	4	44,4	44,4	77,8
	Importante	2	22,2	22,2	100,0
	Total	9	100,0	100,0	

Los enfermeros me informan sobre mi estado de salud en caso de ser necesario, lo mismo a mis familiares.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Poco importante	2	22,2	22,2	22,2
	Medianamente importante	5	55,6	55,6	77,8
	Importante	2	22,2	22,2	100,0
	Total	9	100,0	100,0	

Los enfermeros se expresan de manera adecuada.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Poco importante	2	22,2	22,2	22,2
	Medianamente importante	4	44,4	44,4	66,7
	Importante	3	33,3	33,3	100,0
	Total	9	100,0	100,0	

La preparación y profesionalidad del personal de apoyo es adecuada para responder a mis demandas.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Poco importante	4	44,4	44,4	44,4
	Medianamente importante	1	11,1	11,1	55,6
	Importante	1	11,1	11,1	66,7
	Muy importante	3	33,3	33,3	100,0
	Total	9	100,0	100,0	

El sistema de información en el hospital se muestra organizado por sus resultados en el intercambio con los pacientes y familiares.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Poco importante	9	100,0	100,0	100,0

Los locales de espera son amplios.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Poco importante	3	33,3	33,3	33,3
	Medianamente importante	4	44,4	44,4	77,8
	Importante	2	22,2	22,2	100,0
	Total	9	100,0	100,0	

Anexo 32: Cuestionario para la evaluación de la calidad de servicios ambulatorios del CPEM

Fuente: Elaboración propia

CALIDAD DE ATENCIÓN EN SERVICIOS DEL CPEM, CIENFUEGOS

Instrucciones: A usted, como paciente del Hospital GAL de Cienfuegos, se acude con el objetivo de conocer criterios sobre la atención recibida en el CPEM (Cuerpo de Guardia), su ayuda permitirá enfocar acciones para elevar la calidad del servicio que se brinda. GRACIAS por su colaboración

DATOS GENERALES: Complete marcando con X

¿Quién llena esta encuesta? _____ Paciente _____ Familiar _____ Paciente y familiar

Edad	Menos de 18 _____ Entre 19 y 29 _____ Entre 30 y 45 _____	Entre 46 y 60 _____ Entre 61 y 75 _____ Más de 75 _____
Sexo	F _____	M _____
Nivel de escolaridad vencido	Primaria _____ Secundaria _____ Pre-universitario _____	Técnico-medio _____ Universitario _____

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL SERVICIO: Marque con X según su criterio

Criterios para su evaluación	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Médicos					
Los médicos demuestran seguridad y profesionalidad al establecer sus intercambios: al emitir un diagnóstico y realizar un procedimiento.					
Los médicos son amables y respetuosos en el trato conmigo y mis familiares.					
Los médicos me informan sobre mi estado de salud, consecuencias y resultados clínicos, explican sobre los medicamentos, horarios y alternativas de tratamiento, lo mismo a mis familiares.					
Los médicos responden a mis preguntas, están a la escucha de mis					

inquietudes y reclamaciones.					
El tratamiento médico se realiza con una adecuada privacidad.					
Los médicos tratan de que se reduzcan los tiempos de espera para su atención.					
Los médicos tienen una apariencia adecuada al presentarse ante mí y mis familiares.					
Enfermeros o técnicos					
Los enfermeros cumplen con lo que han establecido los especialistas demostrando sus conocimientos y habilidades profesionales.					
Los enfermeros son amables y respetuosos en el trato conmigo y mis familiares.					
El personal de enfermería labora respetando la privacidad del paciente.					
Los enfermeros están presentes cuando los necesito.					
Los enfermeros tratan de que se reduzcan los tiempos de espera para sus servicios.					
Los enfermeros están a la escucha de cualquier inquietud, duda o reclamación.					
Los enfermeros tienen una apariencia adecuada.					
Personal de servicio (camilleros, auxiliares de limpieza y recepcionista)					
El personal de apoyo realiza su trabajo de manera que no se afectan las labores de médicos y enfermeros, mostrando su dominio del mismo.					
El personal de apoyo es amable conmigo y mis familiares.					
El personal de apoyo se expresa de manera adecuada.					
El personal de apoyo tiene una apariencia adecuada.					

Infraestructura					
El CPEM cuenta con señales que orientan a los pacientes.					
Los locales de espera están limpios.					
Los locales de espera disponen de los asientos necesarios.					
Los locales de espera tienen un ambiente agradable.					
Las consultas están limpias.					
Las consultas disponen del mobiliario necesario.					
Las consultas tienen un ambiente agradable.					

PARA LA SATISFACCIÓN: Marque con X

	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Medianamente satisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
Con la atención de los médicos usted está					
Con la atención de los enfermeros y técnicos usted está					
Con la atención del personal de servicios usted está					
Con la infraestructura hospitalaria usted está					
Con el servicio del CPEM (Cuerpo de guardia) usted está					

SUGERENCIAS: _____

Anexo 33: Análisis descriptivo para médicos

Fuente: Elaboración propia a partir de SPSS, Versión 19

Estadísticos

	Los médicos demuestran seguridad y profesionalidad al establecer sus intercambios: al emitir un diagnóstico y realizar un procedimiento.	Los médicos son amables y respetuosos en el trato conmigo y mis familiares.	Los médicos me informan sobre mi estado de salud, consecuencias y resultados clínicos, explican sobre los medicamentos, horarios y alternativas de tratamiento, lo mismo a mis familiares.	Los médicos responden a mis preguntas, están a la escucha de mis inquietudes y reclamaciones.	El tratamiento médico se realiza con una adecuada privacidad.	Los médicos tratan de que se reduzcan los tiempos de espera para su atención.	Los médicos tienen una apariencia adecuada al presentarse ante mí y mis familiares.
N Válidos	91	91	91	91	91	91	91
Perdidos	17	17	17	17	17	17	17
Media	3,42	3,20	3,65	3,18	2,53	2,27	3,82
Mediana	4,00	3,00	4,00	3,00	2,00	2,00	4,00
Moda	4	4	4	4	2	2	4
Desv. típ.	1,165	,991	,970	1,081	1,119	1,086	,950
Varianza	1,357	,983	,942	1,169	1,252	1,179	,902
Rango	4	4	4	4	4	4	4
Mínimo	1	1	1	1	1	1	1
Máximo	5	5	5	5	5	5	5

Los médicos demuestran seguridad y profesionalidad al establecer sus intercambios: al emitir un diagnóstico y realizar un procedimiento.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Totalmente en desacuerdo	12	11,1	13,2	13,2
	En desacuerdo	5	4,6	5,5	18,7
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	16	14,8	17,6	36,3
	De acuerdo	49	45,4	53,8	90,1
	Totalmente de acuerdo	9	8,3	9,9	100,0
	Total	91	84,3	100,0	
Perdidos	Sistema	17	15,7		
Total		108	100,0		

Los médicos son amables y respetuosos en el trato conmigo y mis familiares.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Totalmente en desacuerdo	3	2,8	3,3	3,3
	En desacuerdo	23	21,3	25,3	28,6
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	23	21,3	25,3	53,8
	De acuerdo	37	34,3	40,7	94,5
	Totalmente de acuerdo	5	4,6	5,5	100,0
	Total	91	84,3	100,0	
Perdidos	Sistema	17	15,7		
Total		108	100,0		

Los médicos me informan sobre mi estado de salud, consecuencias y resultados clínicos, explican sobre los medicamentos, horarios y alternativas de tratamiento, lo mismo a mis familiares.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Totalmente en desacuerdo	4	3,7	4,4	4,4
	En desacuerdo	8	7,4	8,8	13,2

	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	16	14,8	17,6	30,8
	De acuerdo	51	47,2	56,0	86,8
	Totalmente de acuerdo	12	11,1	13,2	100,0
	Total	91	84,3	100,0	
Perdidos	Sistema	17	15,7		
Total		108	100,0		

Los médicos responden a mis preguntas, están a la escucha de mis inquietudes y reclamaciones.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Totalmente en desacuerdo	8	7,4	8,8	8,8
	En desacuerdo	17	15,7	18,7	27,5
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	22	20,4	24,2	51,6
	De acuerdo	39	36,1	42,9	94,5
	Totalmente de acuerdo	5	4,6	5,5	100,0
	Total	91	84,3	100,0	
Perdidos	Sistema	17	15,7		
Total		108	100,0		

El tratamiento médico se realiza con una adecuada privacidad.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Totalmente en desacuerdo	19	17,6	20,9	20,9
	En desacuerdo	29	26,9	31,9	52,7
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	21	19,4	23,1	75,8
	De acuerdo	20	18,5	22,0	97,8
	Totalmente de acuerdo	2	1,9	2,2	100,0
	Total	91	84,3	100,0	
Perdidos	Sistema	17	15,7		
Total		108	100,0		

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

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Totalmente en desacuerdo	25	23,1	27,5	27,5
	En desacuerdo	33	30,6	36,3	63,7
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	18	16,7	19,8	83,5
	De acuerdo	13	12,0	14,3	97,8
	Totalmente de acuerdo	2	1,9	2,2	100,0
	Total	91	84,3	100,0	
Perdidos	Sistema	17	15,7		
Total		108	100,0		

Anexo 34: Análisis de fiabilidad y validez para médicos

Fuente: Elaboración propia a partir de SPSS, Versión 19

Análisis de Fiabilidad

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,846	7

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 seguridad y profesionalidad al establecer sus intercambios: al emitir un diagnóstico y realizar un procedimiento.	18,65	20,275	,636	,820
Los médicos son amables y respetuosos en el trato conmigo y mis familiares.	18,87	22,094	,561	,831
Los médicos me informan sobre mi estado de salud, consecuencias y resultados clínicos, explican sobre los medicamentos, horarios y alternativas de tratamiento, lo mismo a mis familiares.	18,42	21,557	,645	,819
Los médicos responden a mis preguntas, están a la escucha de mis inquietudes y reclamaciones.	18,89	19,788	,764	,799
El tratamiento médico se realiza con una adecuada privacidad.	19,54	20,096	,694	,810
Los médicos tratan de que se reduzcan los tiempos de espera para su atención.	19,79	21,900	,514	,838
Los médicos tienen una apariencia adecuada al presentarse ante mí y mis familiares.	18,24	23,608	,411	,850

Análisis Factorial

Determinante: 0,5

KMO y prueba de Bartlett

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		,824
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	247,456
	gl	21
	Sig.	,000

Variables	MSA
Los médicos demuestran seguridad y profesionalidad al establecer sus intercambios: al emitir un diagnóstico y realizar un procedimiento	0,893
Los médicos son amables y respetuosos en el trato conmigo y mis familiares	0,842
Los médicos me informan sobre mi estado de salud, consecuencias y resultados clínicos, explican sobre los medicamentos, horarios y alternativas de tratamiento, lo mismo a mis familiares	0,829
Los médicos responden a mis preguntas, están a la escucha de mis inquietudes y reclamaciones	0,8
El tratamiento médico se realiza con una adecuada privacidad	0,826
Los médicos tratan de que se reduzcan los tiempos de espera para su atención	0,774
Los médicos tienen una apariencia adecuada al presentarse ante mí y mis familiares	0,796

Comunalidades

	Inicial	Extracción
Los médicos demuestran seguridad y profesionalidad al establecer sus intercambios: al emitir un diagnóstico y realizar un procedimiento.	1,000	,615
Los médicos son amables y respetuosos en el trato conmigo y mis familiares.	1,000	,564
Los médicos me informan sobre mi estado de salud, consecuencias y resultados clínicos, explican sobre los medicamentos, horarios y alternativas de tratamiento, lo mismo a mis familiares.	1,000	,624
Los médicos responden a mis preguntas, están a la escucha de mis inquietudes y reclamaciones.	1,000	,744
El tratamiento médico se realiza con una adecuada privacidad.	1,000	,655
Los médicos tratan de que se reduzcan los tiempos de espera para su atención.	1,000	,641
Los médicos tienen una apariencia adecuada al presentarse ante mí y mis familiares.	1,000	,803

Matriz de componentes rotados^a

	Componente	
	1	2
Los médicos demuestran seguridad y profesionalidad al establecer sus intercambios: al emitir un diagnóstico y realizar un procedimiento.		,637
Los médicos son amables y respetuosos en el trato conmigo y mis familiares.	,727	
Los médicos me informan sobre mi estado de salud, consecuencias y resultados clínicos, explican sobre los medicamentos, horarios y alternativas de tratamiento, lo mismo a mis familiares.		,621
Los médicos responden a mis preguntas, están a la escucha de mis inquietudes y reclamaciones.	,738	
El tratamiento médico se realiza con una adecuada privacidad.	,734	
Los médicos tratan de que se reduzcan los tiempos de espera para su atención.	,800	
Los médicos tienen una apariencia adecuada al presentarse ante mí y mis familiares.		,896

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	3,680	52,569	52,569	3,680	52,569	52,569	2,701	38,580	38,580
2	,965	13,786	66,356	,965	13,786	66,356	1,944	27,775	66,356
3	,759	10,849	77,204						
4	,525	7,506	84,710						
5	,474	6,769	91,479						
6	,351	5,012	96,491						
7	,246	3,509	100,000						

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Anexo 35: Análisis descriptivo para enfermeros

Fuente: Elaboración propia a partir de SPSS, Versión 19

Estadísticos

	Los enfermeros cumplen con lo que han establecido los especialistas demostrando sus conocimientos y habilidades profesionales.	Los enfermeros son amables y respetuosos en el trato conmigo y mis familiares.	El personal de enfermería labora respetando la privacidad del paciente.	Los enfermeros están presentes cuando los necesito.	Los enfermeros tratan de que se reduzcan los tiempos de espera para sus servicios.	Los enfermeros están a la escucha de cualquier inquietud, duda o reclamación.	Los enfermeros tienen una apariencia adecuada.
N Válidos	91	91	91	91	91	91	91
Perdidos	0	0	0	0	0	0	0
Media	3,04	2,95	2,76	2,64	2,37	2,73	3,63
Mediana	3,00	3,00	3,00	3,00	2,00	3,00	4,00
Moda	4	4	2	2	2	2	4
Desv. típ.	1,074	1,047	1,004	1,060	1,029	1,065	,927
Varianza	1,154	1,097	1,008	1,123	1,059	1,135	,859
Rango	4	4	4	4	4	4	4
Mínimo	1	1	1	1	1	1	1
Máximo	5	5	5	5	5	5	5

Los enfermeros cumplen con lo que han establecido los especialistas demostrando sus conocimientos y habilidades profesionales.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Totalmente en desacuerdo	11	12,1	12,1	12,1
	En desacuerdo	15	16,5	16,5	28,6
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	26	28,6	28,6	57,1
	De acuerdo	37	40,7	40,7	97,8
	Totalmente de acuerdo	2	2,2	2,2	100,0
	Total	91	100,0	100,0	

Los enfermeros son amables y respetuosos en el trato conmigo y mis familiares.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Totalmente en desacuerdo	7	7,7	7,7	7,7
	En desacuerdo	28	30,8	30,8	38,5
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	22	24,2	24,2	62,6
	De acuerdo	31	34,1	34,1	96,7
	Totalmente de acuerdo	3	3,3	3,3	100,0
	Total	91	100,0	100,0	

Los enfermeros están a la escucha de cualquier inquietud, duda o reclamación.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Totalmente en desacuerdo	10	11,0	11,0	11,0
	En desacuerdo	33	36,3	36,3	47,3
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	24	26,4	26,4	73,6
	De acuerdo	20	22,0	22,0	95,6
	Totalmente de acuerdo	4	4,4	4,4	100,0
	Total	91	100,0	100,0	

El personal de enfermería labora respetando la privacidad del paciente.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Totalmente en desacuerdo	9	9,9	9,9	9,9
En desacuerdo	30	33,0	33,0	42,9
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	28	30,8	30,8	73,6
De acuerdo	22	24,2	24,2	97,8
Totalmente de acuerdo	2	2,2	2,2	100,0
Total	91	100,0	100,0	

Los enfermeros están presentes cuando los necesito.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Totalmente en desacuerdo	13	14,3	14,3	14,3
En desacuerdo	31	34,1	34,1	48,4
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	26	28,6	28,6	76,9
De acuerdo	18	19,8	19,8	96,7
Totalmente de acuerdo	3	3,3	3,3	100,0
Total	91	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 Totalmente en desacuerdo	18	19,8	19,8	19,8
En desacuerdo	38	41,8	41,8	61,5

Ni de acuerdo ni en desacuerdo	20	22,0	22,0	83,5
De acuerdo	13	14,3	14,3	97,8
Totalmente de acuerdo	2	2,2	2,2	100,0
Total	91	100,0	100,0	

Anexo 36: Análisis de fiabilidad y validez para enfermeros

Fuente: Elaboración propia a partir de SPSS, Versión 19

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,846	7

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 enfermeros cumplen con lo que han establecido los especialistas demostrando sus conocimientos y habilidades profesionales.	17,07	19,773	,639	,819
Los enfermeros son amables y respetuosos en el trato conmigo y mis familiares.	17,16	19,784	,660	,816
El personal de enfermería labora respetando la privacidad del paciente.	17,35	19,408	,748	,803
Los enfermeros están presentes cuando los necesito.	17,47	19,319	,708	,808
Los enfermeros tratan de que se reduzcan los tiempos de espera para sus servicios.	17,74	20,174	,627	,821
Los enfermeros están a la escucha de cualquier inquietud, duda o reclamación.	17,38	20,239	,590	,827
Los enfermeros tienen una apariencia adecuada.	16,48	23,897	,251	,870

Análisis Factorial

Determinante: 0,62

KMO y prueba de Bartlett		
Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		,871
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	241,24 7
	gl	21
	Sig.	,000

Variables	MSA
Los enfermeros cumplen con lo que han establecido los especialistas demostrando sus conocimientos y habilidades profesionales	0,639
Los enfermeros son amables y respetuosos en el trato conmigo y mis familiares	0,597
El personal de enfermería labora respetando la privacidad del paciente	0,712
Los enfermeros están presentes cuando los necesito	0,66
Los enfermeros tratan de que se reduzcan los tiempos de espera para sus servicios	0,642
Los enfermeros están a la escucha de cualquier inquietud, duda o reclamación	0,506
Los enfermeros tienen una apariencia adecuada al presentarse ante mí y mis familiares	0,942

Comunalidades

	Inicial	Extracción
Los enfermeros cumplen con lo que han establecido los especialistas demostrando sus conocimientos y habilidades profesionales.	1,000	,639
Los enfermeros son amables y respetuosos en el trato conmigo y mis familiares.	1,000	,597
El personal de enfermería labora respetando la privacidad del paciente.	1,000	,712
Los enfermeros están presentes cuando los necesito.	1,000	,660
Los enfermeros tratan de que se reduzcan los tiempos de espera para sus servicios.	1,000	,642
Los enfermeros están a la escucha de cualquier inquietud, duda o reclamación.	1,000	,506

Los enfermeros tienen una apariencia adecuada.	1,000	,942
--	-------	------

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Matriz de componentes rotados^a

	Componente	
	1	2
Los enfermeros cumplen con lo que han establecido los especialistas demostrando sus conocimientos y habilidades profesionales.	,799	
Los enfermeros son amables y respetuosos en el trato conmigo y mis familiares.	,746	
El personal de enfermería labora respetando la privacidad del paciente.	,825	
Los enfermeros están presentes cuando los necesito.	,776	
Los enfermeros tratan de que se reduzcan los tiempos de espera para sus servicios.	,797	
Los enfermeros están a la escucha de cualquier inquietud, duda o reclamación.	,669	
Los enfermeros tienen una apariencia adecuada.		,965

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a. La rotación ha convergido en 3 iteraciones.

Anexo 37: Análisis descriptivo para personal de servicio

Fuente: Elaboración propia a partir de SPSS, Versión 19

Estadísticos

	El personal de apoyo realiza su trabajo de manera que no se afectan las labores de médicos y enfermeros, mostrando su dominio del mismo.	El personal de apoyo es amable conmigo y mis familiares.	El personal de apoyo se expresa de manera adecuada.	El personal de apoyo tiene una apariencia adecuada.
N Válidos	91	91	91	91
Perdidos	0	0	0	0
Media	2,85	2,89	2,70	2,87
Mediana	3,00	3,00	3,00	3,00
Moda	2 ^a	3 ^a	3	4
Desv. típ.	1,095	1,027	1,070	1,108
Varianza	1,198	1,054	1,144	1,227
Rango	4	4	4	4
Mínimo	1	1	1	1
Máximo	5	5	5	5

a. Existen varias modas. Se mostrará el menor de los valores.

Análisis de Frecuencias

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

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Totalmente en desacuerdo	10	11,0	11,0	11,0
En desacuerdo	29	31,9	31,9	42,9
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	20	22,0	22,0	64,8
De acuerdo	29	31,9	31,9	96,7
Totalmente de acuerdo	3	3,3	3,3	100,0
Total	91	100,0	100,0	

El personal de apoyo es amable conmigo y mis familiares.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Totalmente en desacuerdo	9	9,9	9,9	9,9
	En desacuerdo	24	26,4	26,4	36,3
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	28	30,8	30,8	67,0
	De acuerdo	28	30,8	30,8	97,8
	Totalmente de acuerdo	2	2,2	2,2	100,0
	Total	91	100,0	100,0	

El personal de apoyo se expresa de manera adecuada.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Totalmente en desacuerdo	14	15,4	15,4	15,4
	En desacuerdo	25	27,5	27,5	42,9
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	28	30,8	30,8	73,6
	De acuerdo	22	24,2	24,2	97,8
	Totalmente de acuerdo	2	2,2	2,2	100,0
	Total	91	100,0	100,0	

El personal de apoyo tiene una apariencia adecuada.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Totalmente en desacuerdo	11	12,1	12,1	12,1
	En desacuerdo	25	27,5	27,5	39,6
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	24	26,4	26,4	65,9
	De acuerdo	27	29,7	29,7	95,6
	Totalmente de acuerdo	4	4,4	4,4	100,0
	Total	91	100,0	100,0	

Anexo 38: Análisis de fiabilidad y validez para personal de servicio

Fuente: Elaboración propia a partir de SPSS, Versión 19

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,793	4

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 apoyo realiza su trabajo de manera que no se afectan las labores de médicos y enfermeros, mostrando su dominio del mismo.	8,46	7,274	,499	,794
El personal de apoyo es amable conmigo y mis familiares.	8,42	6,646	,702	,694
El personal de apoyo se expresa de manera adecuada.	8,60	6,353	,727	,678
El personal de apoyo tiene una apariencia adecuada.	8,44	7,182	,506	,791

Análisis Factorial

Determinante: 0,248

KMO y prueba de Bartlett

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		,737
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	122,625
	gl	6
	Sig.	,000

Variables	MSA
El personal de apoyo realiza su trabajo de manera que no se afecten las labores de médicos y enfermeros, mostrando su dominio del mismo	0,834
El personal de apoyo es amable conmigo y mis familiares	0,704
El personal de apoyo se expresa de manera adecuada	0,689
El personal de apoyo tiene una apariencia adecuada	0,803

Comunalidades

	Inicial	Extracción
El personal de apoyo realiza su trabajo de manera que no se afectan las labores de médicos y enfermeros, mostrando su dominio del mismo.	1,000	,841
El personal de apoyo es amable conmigo y mis familiares.	1,000	,756
El personal de apoyo se expresa de manera adecuada.	1,000	,782
El personal de apoyo tiene una apariencia adecuada.	1,000	,846

Matriz de componentes rotados^a

	Componente	
	1	2
El personal de apoyo realiza su trabajo de manera que no se afectan las labores de médicos y enfermeros, mostrando su dominio del mismo.		,913
El personal de apoyo es amable conmigo y mis familiares.		,693
El personal de apoyo se expresa de manera adecuada.	,705	
El personal de apoyo tiene una apariencia adecuada.	,916	

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a. La rotación ha convergido en 3 iteraciones.

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	2,502	62,545	62,545	2,502	62,545	62,545	1,619	40,484	40,484
2	,723	18,082	80,627	,723	18,082	80,627	1,606	40,143	80,627
3	,503	12,572	93,199						
4	,272	6,801	100,000						

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Anexo 39: Análisis descriptivo para infraestructura

Fuente: Elaboración propia a partir de SPSS, Versión 19

Estadísticos

	El CPEM cuenta con señales que orientan a los pacientes.	Los locales de espera están limpios.	Los locales de espera disponen de los asientos necesarios.	Los locales de espera tienen un ambiente agradable.	Las consultas están limpias.	Las consultas disponen del mobiliario necesario.	Las consultas tienen un ambiente agradable.
N Válidos	91	91	91	91	91	91	91
Perdidos	0	0	0	0	0	0	0
Media	3,34	2,57	2,62	2,42	2,84	2,63	2,69
Mediana	4,00	2,00	2,00	2,00	3,00	2,00	2,00
Moda	4	2	2	2	2	2	2
Desv. típ.	1,056	1,146	1,113	1,012	1,046	1,092	1,132
Varianza	1,116	1,314	1,239	1,024	1,095	1,192	1,282
Rango	4	4	4	4	4	4	4
Mínimo	1	1	1	1	1	1	1
Máximo	5	5	5	5	5	5	5

Análisis de Frecuencia

El CPEM cuenta con señales que orientan a los pacientes.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Totalmente en desacuerdo	4	4,4	4,4	4,4
En desacuerdo	21	23,1	23,1	27,5
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	13	14,3	14,3	41,8
De acuerdo	46	50,5	50,5	92,3
Totalmente de acuerdo	7	7,7	7,7	100,0
Total	91	100,0	100,0	

Los locales de espera están limpios.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Totalmente en desacuerdo	19	20,9	20,9	20,9
	En desacuerdo	28	30,8	30,8	51,6
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	19	20,9	20,9	72,5
	De acuerdo	23	25,3	25,3	97,8
	Totalmente de acuerdo	2	2,2	2,2	100,0
	Total	91	100,0	100,0	

Los locales de espera disponen de los asientos necesarios.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Totalmente en desacuerdo	15	16,5	16,5	16,5
	En desacuerdo	33	36,3	36,3	52,7
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	17	18,7	18,7	71,4
	De acuerdo	24	26,4	26,4	97,8
	Totalmente de acuerdo	2	2,2	2,2	100,0
	Total	91	100,0	100,0	

Los locales de espera tienen un ambiente agradable.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Totalmente en desacuerdo	17	18,7	18,7	18,7
	En desacuerdo	36	39,6	39,6	58,2
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	22	24,2	24,2	82,4
	De acuerdo	15	16,5	16,5	98,9
	Totalmente de acuerdo	1	1,1	1,1	100,0

Total	91	100,0	100,0
-------	----	-------	-------

Las consultas están limpias.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Totalmente en desacuerdo	9	9,9	9,9	9,9
En desacuerdo	29	31,9	31,9	41,8
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	23	25,3	25,3	67,0
De acuerdo	28	30,8	30,8	97,8
Totalmente de acuerdo	2	2,2	2,2	100,0
Total	91	100,0	100,0	

Las consultas disponen del mobiliario necesario.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Totalmente en desacuerdo	15	16,5	16,5	16,5
En desacuerdo	31	34,1	34,1	50,5
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	19	20,9	20,9	71,4
De acuerdo	25	27,5	27,5	98,9
Totalmente de acuerdo	1	1,1	1,1	100,0
Total	91	100,0	100,0	

Las consultas tienen un ambiente agradable.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Totalmente en desacuerdo	12	13,2	13,2	13,2
En desacuerdo	35	38,5	38,5	51,6
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	18	19,8	19,8	71,4
De acuerdo	21	23,1	23,1	94,5
Totalmente de acuerdo	5	5,5	5,5	100,0
Total	91	100,0	100,0	

Anexo 40: Análisis de fiabilidad y validez para infraestructura

Fuente: Elaboración propia a partir de SPSS, Versión 19

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,892	7

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 CPEM cuenta con señales que orientan a los pacientes.	15,76	28,541	,479	,900
Los locales de espera están limpios.	16,53	25,141	,749	,868
Los locales de espera disponen de los asientos necesarios.	16,48	25,475	,743	,869
Los locales de espera tienen un ambiente agradable.	16,68	26,642	,709	,874
Las consultas están limpias.	16,26	26,396	,705	,874
Las consultas disponen del mobiliario necesario.	16,47	26,252	,681	,877
Las consultas tienen un ambiente agradable.	16,41	25,155	,760	,867

Análisis Factorial

Determinante: 0,19

KMO y prueba de Bartlett

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.	,830
Prueba de esfericidad de Bartlett Chi-cuadrado aproximado	346,377
gl	21
Sig.	,000

Variables	MSA
El CPEM cuenta con señales que orientan a los pacientes	0,746
Los locales de espera están limpios	0,869
Los locales de espera disponen de los asientos necesarios	0,801
Los locales de espera tienen un ambiente agradable	0,788
Las consultas están limpias	0,845
Las consultas disponen del mobiliario necesario	0,869
Las consultas tienen un ambiente agradable	0,862

Comunalidades

El CPEM cuenta con señales que orientan a los pacientes.	1,000	,949
Los locales de espera están limpios.	1,000	,701
Los locales de espera disponen de los asientos necesarios.	1,000	,689
Los locales de espera tienen un ambiente agradable.	1,000	,806
Las consultas están limpias.	1,000	,649
Las consultas disponen del mobiliario necesario.	1,000	,599
Las consultas tienen un ambiente agradable.	1,000	,706

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	4,279	61,126	61,126	4,279	61,126	61,126	3,628	51,822	51,822
2	,820	11,713	72,840	,820	11,713	72,840	1,471	21,018	72,840
3	,559	7,980	80,820						
4	,519	7,412	88,232						
5	,377	5,387	93,618						
6	,263	3,760	97,379						
7	,184	2,621	100,000						

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Matriz de componentes rotados^a

	Componente	
	1	2
El CPEM cuenta con señales que orientan a los pacientes.		,957
Los locales de espera están limpios.	,791	
Los locales de espera disponen de los asientos necesarios.	,783	
Los locales de espera tienen un ambiente agradable.	,897	
Las consultas están limpias.	,773	
Las consultas disponen del mobiliario necesario.	,674	
Las consultas tienen un ambiente agradable.	,707	

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a. La rotación ha convergido en 3 iteraciones.

Anexo 41: Análisis descriptivo del cuestionario aplicado a pacientes hospitalizados

Fuente: Elaboración propia

Estadísticos

	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)
N Válidos	5	5	5	5	5
Perdidos	0	0	0	0	0
Media	4,00	4,60	4,40	4,40	4,60
Mediana	4,00	5,00	5,00	5,00	5,00
Moda	4 ^a	5	5	5	5
Desv. típ.	1,225	,548	,894	,894	,548
Varianza	1,500	,300	,800	,800	,300
Rango	3	1	2	2	1
Mínimo	2	4	3	3	4
Máximo	5	5	5	5	5

Estadísticos

	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)
N Válidos	5	5	5	5	5
Perdidos	0	0	0	0	0
Media	4,20	4,60	4,20	4,60	4,60
Mediana	4,00	5,00	4,00	5,00	5,00
Moda	4 ^a	5	4 ^a	5	5
Desv. típ.	,837	,548	,837	,548	,548
Varianza	,700	,300	,700	,300	,300
Rango	2	1	2	1	1
Mínimo	3	4	3	4	4
Máximo	5	5	5	5	5

Estadísticos

	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)
N Válidos	5	5	5	5	5

Perdidos	0	0	0	0	0
Media	4,60	4,60	4,60	4,40	4,40
Mediana	5,00	5,00	5,00	4,00	5,00
Moda	5	5	5	4	5
Desv. típ.	,548	,548	,548	,548	,894
Varianza	,300	,300	,300	,300	,800
Rango	1	1	1	1	2
Mínimo	4	4	4	4	3
Máximo	5	5	5	5	5

Estadísticos

	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)	Los enfermeros se expresan de manera adecuada. (Enf1)	Los enfermeros están a la escucha de cualquier inquietud o reclamación. (Enf2)
N Válidos	5	5	5	5	5
Perdidos	0	0	0	0	0
Media	4,20	4,60	4,00	4,40	4,40
Mediana	4,00	5,00	4,00	4,00	4,00
Moda	4 ^a	5	4 ^a	4	4
Desv. típ.	,837	,548	1,225	,548	,548
Varianza	,700	,300	1,500	,300	,300
Rango	2	1	3	1	1
Mínimo	3	4	2	4	4
Máximo	5	5	5	5	5

Estadísticos

	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)
N Válidos	5	5	5	5	5
Perdidos	0	0	0	0	0
Media	4,40	4,60	4,80	4,60	4,80
Mediana	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
Moda	5	5	5	5	5
Desv. típ.	,894	,548	,447	,548	,447
Varianza	,800	,300	,200	,300	,200
Rango	2	1	1	1	1
Mínimo	3	4	4	4	4
Máximo	5	5	5	5	5

Estadísticos

	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)
N Válidos	5	5	5	5	5
Perdidos	0	0	0	0	0
Media	4,60	4,40	4,60	4,20	4,20
Mediana	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
Moda	5	5	5	5	5
Desv. típ.	,548	,894	,548	1,304	1,304
Varianza	,300	,800	,300	1,700	1,700
Rango	1	2	1	3	3
Mínimo	4	3	4	2	2
Máximo	5	5	5	5	5

Estadísticos

	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)	El hospital cuenta con la señalización intrahospitalaria adecuada. (Inf1)	El hospital tiene una señalización extra hospitalaria adecuada. (Inf2)
N Válidos	5	5	5	5	5
Perdidos	0	0	0	0	0
Media	4,40	4,40	4,40	4,00	4,20
Mediana	5,00	5,00	5,00	4,00	4,00
Moda	5	5	5	4 ^a	4 ^a
Desv. típ.	,894	,894	,894	1,225	,837
Varianza	,800	,800	,800	1,500	,700
Rango	2	2	2	3	2
Mínimo	3	3	3	2	3
Máximo	5	5	5	5	5

Estadísticos

	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 tienen adecuadas condiciones. (Inf8)
N					
Válidos	5	5	5	5	5
Perdidos	0	0	0	0	0
Media	4,00	4,40	4,20	3,40	3,20
Mediana	4,00	4,00	4,00	3,00	3,00
Moda	4 ^a	4	4 ^a	3	3
Desv. típ.	1,225	,548	,837	1,140	1,483

Varianza	1,500	,300	,700	1,300	2,200
Rango	3	1	2	3	4
Mínimo	2	4	3	2	1
Máximo	5	5	5	5	5

Estadísticos

	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)	La alimentación es acorde a la dieta que debo seguir. (Inf11)
N Válidos	5	5	5	5
Perdidos	0	0	0	0
Media	3,40	4,00	4,40	4,20
Mediana	4,00	4,00	4,00	4,00
Moda	2 ^a	4 ^a	4	4 ^a
Desv. típ.	1,342	1,225	,548	,837
Varianza	1,800	1,500	,300	,700
Rango	3	3	1	2
Mínimo	2	2	4	3
Máximo	5	5	5	5

a. Existen varias modas. Se mostrará el menor de los valores.

Estadísticos

	Los alimentos están bien elaborados. (Inf12)	Los alimentos se sirven en recipientes limpios y con cuidados. (Inf13)
N Válidos	5	5
Perdidos	0	0
Media	4,20	4,40
Mediana	4,00	4,00
Moda	4 ^a	4
Desv. típ.	,837	,548
Varianza	,700	,300
Rango	2	1
Mínimo	3	4
Máximo	5	5

Anexo 42: Análisis descriptivo para la variable satisfacción

Fuente: Elaboración propia a partir de SPSS, Versión 19

Estadísticos

	Satisfacción con la atención de los médicos	Satisfacción con la atención de los enfermeros	Satisfacción con la atención del personal de servicios	Satisfacción con la infraestructura hospitalaria
N Válidos	91	91	91	91
Perdidos	5	5	5	5
Media	2,95	2,85	2,57	2,73
Mediana	3,00	3,00	3,00	3,00
Moda	3	3	3	3
Desv. típ.	,947	,930	1,013	1,023
Varianza	,897	,865	1,025	1,046
Rango	4	3	5	4
Mínimo	1	1	1	1
Máximo	5	4	6	5
Suma	268	259	234	248

Satisfacción con la atención de los médicos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Muy insatisfecho	10	10,4	11,0	11,0
	Insatisfecho	12	12,5	13,2	24,2
	Medianamente satisfecho	43	44,8	47,3	71,4
	Satisfecho	25	26,0	27,5	98,9
	Muy satisfecho	1	1,0	1,1	100,0
	Total	91	94,8	100,0	
Perdidos	Sistema	5	5,2		
	Total	96	100,0		

Satisfacción con la atención de los enfermeros

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Muy insatisfecho	9	9,4	9,9	9,9
	Insatisfecho	20	20,8	22,0	31,9
	Medianamente satisfecho	38	39,6	41,8	73,6
	Satisfecho	24	25,0	26,4	100,0
	Total	91	94,8	100,0	
Perdidos	Sistema	5	5,2		
Total		96	100,0		

Satisfacción con la atención del personal de servicios

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Muy insatisfecho	16	16,7	17,6	17,6
	Insatisfecho	23	24,0	25,3	42,9
	Medianamente satisfecho	38	39,6	41,8	84,6
	Satisfecho	13	13,5	14,3	98,9
	Muy satisfecho	1	1,0	1,1	100,0
Total		91	94,8	100,0	
Perdidos	Sistema	5	5,2		
Total		96	100,0		

Satisfacción con la infraestructura hospitalaria

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Muy insatisfecho	16	16,7	17,6	17,6
	Insatisfecho	13	13,5	14,3	31,9
	Medianamente satisfecho	44	45,8	48,4	80,2
	Satisfecho	16	16,7	17,6	97,8
	Muy satisfecho	2	2,1	2,2	100,0
Total		91	94,8	100,0	17,6

Total Perdidos Sistema	5	5,2		31,9
------------------------	---	-----	--	------

Satisfacción con el servicio del CPEM

Estadísticos Satisfacción con el servicio del CPEM

N	Válidos	91
	Perdidos	0
	Media	2,66
	Mediana	3,00
	Moda	3
	Desv. típ.	1,067
	Varianza	1,138
	Rango	4
	Mínimo	1
	Máximo	5
	Suma	242

Satisfacción con el servicio del CPEM

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Muy insatisfecho	18	19,8	19,8	19,8
Insatisfecho	17	18,7	18,7	38,5
Medianamente satisfecho	35	38,5	38,5	76,9
Satisfecho	20	22,0	22,0	98,9
Muy satisfecho	1	1,1	1,1	100,0
Total	91	100,0	100,0	

Anexo 43: Análisis de correlación entre la satisfacción marcada por los pacientes y la determinada por la ecuación

Fuente: Elaboración propia a partir de SPSS, Versión 19

Correlaciones

		Satisfacción con el servicio del CPEM	Satisfacción determinada por la ecuación
Satisfacción con el servicio del CPEM	Correlación de Pearson	1	,745**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	91	91
Satisfacción determinada por la ecuación	Correlación de Pearson	,745**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	91	91

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Correlaciones

			Satisfacción con el servicio del CPEM	Satisfacción determinada por la ecuación
Rho de Spearman	Satisfacción con el servicio del CPEM	Coeficiente de correlación	1,000	,759**
		Sig. (bilateral)		,000
		N	91	91
	Satisfacción determinada por la ecuación	Coeficiente de correlación	,759**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	
		N	91	91

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Anexo 44: Prueba de igualdad de medias

Fuente: Elaboración propia

Pruebas de Múltiple Rangos

Método: 95,0 porcentaje LSD

	Casos	Media	Grupos Homogéneos
E	91	2,27473	X
J	91	2,37363	XX
R	91	2,41758	XXX
D	91	2,52747	XXXX
P	91	2,57143	XXXXX
Q	91	2,61538	XXXXX
T	91	2,62637	XXXXX
I	91	2,63736	XXXXXXX
U	91	2,69231	XXXXXX
N	91	2,7033	XXXXXX
K	91	2,72527	XXXXXX
H	91	2,75824	XXXXXX
S	91	2,83516	XXXXXX
L	91	2,84615	XXXXX
Ñ	91	2,86813	XXXXXX
M	91	2,89011	XXXXXX
G	91	2,94505	XXXXX
F	91	3,04396	XXXXX
C	91	3,17582	XXXXX
B	91	3,1978	XXX
O	91	3,34066	XX
A	91	3,41758	X

Contraste	Sig.	Diferencia	+/- Límites
A - B		0,21978	0,312213
A - C		0,241758	0,312213
A - D	*	0,89011	0,312213
A - E	*	1,14286	0,312213
A - F	*	0,373626	0,312213
A - G	*	0,472527	0,312213
A - H	*	0,659341	0,312213
A - I	*	0,78022	0,312213
A - J	*	1,04396	0,312213
A - K	*	0,692308	0,312213
A - L	*	0,571429	0,312213
A - M	*	0,527473	0,312213
A - N	*	0,714286	0,312213
A - Ñ	*	0,549451	0,312213
A - O		0,0769231	0,312213
A - P	*	0,846154	0,312213
A - Q	*	0,802198	0,312213
A - R	*	1,0	0,312213
A - S	*	0,582418	0,312213
A - T	*	0,791209	0,312213
A - U	*	0,725275	0,312213
B - C		0,021978	0,312213
B - D	*	0,67033	0,312213
B - E	*	0,923077	0,312213
B - F		0,153846	0,312213

B - G		0,252747	0,312213
B - H	*	0,43956	0,312213
B - I	*	0,56044	0,312213
B - J	*	0,824176	0,312213
B - K	*	0,472527	0,312213
B - L	*	0,351648	0,312213
B - M		0,307692	0,312213
B - N	*	0,494505	0,312213
B - Ñ	*	0,32967	0,312213
B - O		-0,142857	0,312213
B - P	*	0,626374	0,312213
B - Q	*	0,582418	0,312213
B - R	*	0,78022	0,312213
B - S	*	0,362637	0,312213
B - T	*	0,571429	0,312213
B - U	*	0,505495	0,312213
C - D	*	0,648352	0,312213
C - E	*	0,901099	0,312213
C - F		0,131868	0,312213
C - G		0,230769	0,312213
C - H	*	0,417582	0,312213
C - I	*	0,538462	0,312213
C - J	*	0,802198	0,312213
C - K	*	0,450549	0,312213
C - L	*	0,32967	0,312213
C - M		0,285714	0,312213
C - N	*	0,472527	0,312213
C - Ñ		0,307692	0,312213
C - O		-0,164835	0,312213
C - P	*	0,604396	0,312213
C - Q	*	0,56044	0,312213
C - R	*	0,758242	0,312213
C - S	*	0,340659	0,312213
C - T	*	0,549451	0,312213
C - U	*	0,483516	0,312213
D - E		0,252747	0,312213
D - F	*	-0,516484	0,312213
D - G	*	-0,417582	0,312213
D - H		-0,230769	0,312213
D - I		-0,10989	0,312213
D - J		0,153846	0,312213
D - K		-0,197802	0,312213
D - L	*	-0,318681	0,312213
D - M	*	-0,362637	0,312213
D - N		-0,175824	0,312213
D - Ñ	*	-0,340659	0,312213
D - O	*	-0,813187	0,312213
D - P		-0,043956	0,312213
D - Q		-0,0879121	0,312213
D - R		0,10989	0,312213
D - S		-0,307692	0,312213
D - T		-0,0989011	0,312213
D - U		-0,164835	0,312213
E - F	*	-0,769231	0,312213
E - G	*	-0,67033	0,312213
E - H	*	-0,483516	0,312213
E - I	*	-0,362637	0,312213
E - J		-0,0989011	0,312213

E - K	*	-0,450549	0,312213
E - L	*	-0,571429	0,312213
E - M	*	-0,615385	0,312213
E - N	*	-0,428571	0,312213
E - Ñ	*	-0,593407	0,312213
E - O	*	-1,06593	0,312213
E - P		-0,296703	0,312213
E - Q	*	-0,340659	0,312213
E - R		-0,142857	0,312213
E - S	*	-0,56044	0,312213
E - T	*	-0,351648	0,312213
E - U	*	-0,417582	0,312213
F - G		0,0989011	0,312213
F - H		0,285714	0,312213
F - I	*	0,406593	0,312213
F - J	*	0,67033	0,312213
F - K	*	0,318681	0,312213
F - L		0,197802	0,312213
F - M		0,153846	0,312213
F - N	*	0,340659	0,312213
F - Ñ		0,175824	0,312213
F - O		-0,296703	0,312213
F - P	*	0,472527	0,312213
F - Q	*	0,428571	0,312213
F - R	*	0,626374	0,312213
F - S		0,208791	0,312213
F - T	*	0,417582	0,312213
F - U	*	0,351648	0,312213
G - H		0,186813	0,312213
G - I		0,307692	0,312213
G - J	*	0,571429	0,312213
G - K		0,21978	0,312213
G - L		0,0989011	0,312213
G - M		0,0549451	0,312213
G - N		0,241758	0,312213
G - Ñ		0,0769231	0,312213
G - O	*	-0,395604	0,312213
G - P	*	0,373626	0,312213
G - Q	*	0,32967	0,312213
G - R	*	0,527473	0,312213
G - S		0,10989	0,312213
G - T	*	0,318681	0,312213
G - U		0,252747	0,312213
H - I		0,120879	0,312213
H - J	*	0,384615	0,312213
H - K		0,032967	0,312213
H - L		-0,0879121	0,312213
H - M		-0,131868	0,312213
H - N		0,0549451	0,312213
H - Ñ		-0,10989	0,312213
H - O	*	-0,582418	0,312213
H - P		0,186813	0,312213
H - Q		0,142857	0,312213
H - R	*	0,340659	0,312213
H - S		-0,0769231	0,312213
H - T		0,131868	0,312213
H - U		0,0659341	0,312213
I - J		0,263736	0,312213

I - K		-0,0879121	0,312213
I - L		-0,208791	0,312213
I - M		-0,252747	0,312213
I - N		-0,0659341	0,312213
I - Ñ		-0,230769	0,312213
I - O	*	-0,703297	0,312213
I - P		0,0659341	0,312213
I - Q		0,021978	0,312213
I - R		0,21978	0,312213
I - S		-0,197802	0,312213
I - T		0,010989	0,312213
I - U		-0,0549451	0,312213
J - K	*	-0,351648	0,312213
J - L	*	-0,472527	0,312213
J - M	*	-0,516484	0,312213
J - N	*	-0,32967	0,312213
J - Ñ	*	-0,494505	0,312213
J - O	*	-0,967033	0,312213
J - P		-0,197802	0,312213
J - Q		-0,241758	0,312213
J - R		-0,043956	0,312213
J - S	*	-0,461538	0,312213
J - T		-0,252747	0,312213
J - U	*	-0,318681	0,312213
K - L		-0,120879	0,312213
K - M		-0,164835	0,312213
K - N		0,021978	0,312213
K - Ñ		-0,142857	0,312213
K - O	*	-0,615385	0,312213
K - P		0,153846	0,312213
K - Q		0,10989	0,312213
K - R		0,307692	0,312213
K - S		-0,10989	0,312213
K - T		0,0989011	0,312213
K - U		0,032967	0,312213
L - M		-0,043956	0,312213
L - N		0,142857	0,312213
L - Ñ		-0,021978	0,312213
L - O	*	-0,494505	0,312213
L - P		0,274725	0,312213
L - Q		0,230769	0,312213
L - R	*	0,428571	0,312213
L - S		0,010989	0,312213
L - T		0,21978	0,312213
L - U		0,153846	0,312213
M - N		0,186813	0,312213
M - Ñ		0,021978	0,312213
M - O	*	-0,450549	0,312213
M - P	*	0,318681	0,312213
M - Q		0,274725	0,312213
M - R	*	0,472527	0,312213
M - S		0,0549451	0,312213
M - T		0,263736	0,312213
M - U		0,197802	0,312213
N - Ñ		-0,164835	0,312213
N - O	*	-0,637363	0,312213
N - P		0,131868	0,312213
N - Q		0,0879121	0,312213

N - R		0,285714	0,312213
N - S		-0,131868	0,312213
N - T		0,0769231	0,312213
N - U		0,010989	0,312213
\tilde{N} - O	*	-0,472527	0,312213
\tilde{N} - P		0,296703	0,312213
\tilde{N} - Q		0,252747	0,312213
\tilde{N} - R	*	0,450549	0,312213
\tilde{N} - S		0,032967	0,312213
\tilde{N} - T		0,241758	0,312213
\tilde{N} - U		0,175824	0,312213
O - P	*	0,769231	0,312213
O - Q	*	0,725275	0,312213
O - R	*	0,923077	0,312213
O - S	*	0,505495	0,312213
O - T	*	0,714286	0,312213
O - U	*	0,648352	0,312213
P - Q		-0,043956	0,312213
P - R		0,153846	0,312213
P - S		-0,263736	0,312213
P - T		-0,0549451	0,312213
P - U		-0,120879	0,312213
Q - R		0,197802	0,312213
Q - S		-0,21978	0,312213
Q - T		-0,010989	0,312213
Q - U		-0,0769231	0,312213
R - S	*	-0,417582	0,312213
R - T		-0,208791	0,312213
R - U		-0,274725	0,312213
S - T		0,208791	0,312213
S - U		0,142857	0,312213
T - U		-0,0659341	0,312213

* indica una diferencia significativa.

Esta tabla aplica un procedimiento de comparación múltiple para determinar cuáles medias son significativamente diferentes de otras. La mitad inferior de la salida muestra las diferencias estimadas entre cada par de medias. El asterisco que se encuentra al lado de los 110 pares indica que estos pares muestran diferencias estadísticamente significativas con un nivel del 95,0% de confianza. En la parte superior de la página, se han identificado 12 grupos homogéneos según la alineación de las X's en columnas. No existen diferencias estadísticamente significativas entre aquellos niveles que compartan una misma columna de X's. El método empleado actualmente para discriminar entre las medias es el procedimiento de diferencia mínima significativa (LSD) de Fisher. Con este método hay un riesgo del 5.0% al decir que cada par de medias es significativamente diferente, cuando la diferencia real es igual a 0.

Anexo 45: Análisis de causas raíces a los problemas detectados en el CPEM

Fuente: Elaboración propia

Tabla 1: Análisis de causas raíces a problemas detectados en el CPEM en cuanto a la atención médica

Problemáticas detectadas	¿Por qué?	¿Por qué?	¿Por qué?	¿Por qué?	¿Por qué?
Médicos					
Los médicos no tratan de que se reduzcan los tiempos de espera para su atención	El médico no ha llegado en el horario fijado	Indisciplina	Solución de problemas de servicio	Demora en la entrega de guardia	
			Solución de problemas personales	Falta de control administrativo	
	El médico no se encuentra en la consulta y el paciente debe esperar	Indisciplina	Falta de control administrativo		
			Cumplimiento de otras labores en el Hospital GAL	Excesiva carga de trabajo	
	Los pacientes y familiares no comprenden la complejidad de algunos	Barreras en el proceso de comunicación médico- paciente-familiar	Características propias del trabajador		

	procederes que deben ejecutar los especialistas y que demandan de mayor tiempo		El plan de estudios de la carrera no profundiza en temáticas relacionadas con la comunicación en diferentes momentos de los servicios de asistencia en salud	Se deben incrementar acciones concretas de acuerdo a las necesidades por áreas en la estrategia de comunicación	
	Los pacientes de urgencia deben esperar cuando se atienden otros pacientes que no son priorizados	Deficiencias en la priorización de la atención médica	Un por ciento de los pacientes que acuden al CPEM lo hacen citados por el especialista.	Indisciplina de los médicos	Aumentar el control y la toma de medidas
			Los pacientes acuden por cuestiones que pueden ser atendidas en los centros de atención primaria, secundaria y de Consulta Externa	Indisciplina de los pacientes. Acuden directamente al CPEM y no pasan por el Área de Salud	Falta de conocimiento y conciencia de los pacientes. Mal funcionamiento de las Áreas de salud
El proceso de atención no se realiza con una adecuada privacidad	Indisciplina de usuarios	Mejorar la organización del servicio			
		El personal de servicios y la enfermera clasificadora no realizan su trabajo de manera adecuada			

	Las condiciones de los locales de espera y de consultas no es la adecuada				
--	---	--	--	--	--

Tabla 2: Análisis de causas raíces a problemas detectados en el CPEM en cuanto a la atención de enfermería

Problemáticas detectadas	¿Por qué?	¿Por qué?	¿Por qué?	¿Por qué?	¿Por qué?
Enfermeros					
Los enfermeros no están presentes cuando los necesito	Excesiva carga de trabajo				
	Realizan varias funciones y atienden a varios pacientes a la vez	Muchas personas acuden al servicio sin necesidad, por cuestiones que pueden ser atendidas en Consultorios y Áreas de Salud	Indisciplina de los médicos	Se cita a pacientes que no deben atenderse en el servicio de urgencia los días de guardia	Aumentar el control y la toma de medidas
			Indisciplina de los pacientes	Los pacientes acuden directamente al CPEM y no pasan por el Área de Salud	Falta de conocimiento y conciencia de los pacientes y mal funcionamiento de las Areas de Salud
					Falta de control en el Hospital GAL

Los enfermeros no tratan de que se reduzcan los tiempos de espera para sus servicios	Los enfermeros no están presentes cuando los necesito				
	Los pacientes y familiares no comprenden la complejidad de algunos procedimientos que deben ejecutar los especialistas y que demandan de mayor tiempo	Barreras en el proceso de comunicación enfermero- paciente- familiar	Se deben incrementar acciones concretas en la estrategia de comunicación		
Los enfermeros no están a la escucha de cualquier inquietud, duda o reclamación	Problemas en la comunicación enfermero- paciente- familiar	No reciben preparación sistemática sobre este tema			
	Características propias del trabajador				

Tabla 3: Análisis de causas raíces a problemas detectados en el CPEM en cuanto a la atención del personal de servicios

Problemáticas detectadas	¿Por qué?	¿Por qué?	¿Por qué?	¿Por qué?	¿Por qué?
Personal de servicios					
El personal de apoyo no se expresa de manera adecuada	Falta profundidad en la selección del personal	No se cuenta con personas optando por los diferentes puestos	Alta fluctuación de la fuerza de trabajo	No existen condiciones adecuadas para la realización de su labor y no se promocionan las	

				que se mejoran para hacer atractivas las plazas y captar personal	
	No reciben preparación en temas relacionados con la comunicación y comportamiento acorde con la labor que desempeñan	No existe diseño de capacitación sobre estos temas en el área de Capital Humano			
	Indisciplinas	Se debe aumentar el control administrativo y la toma de medidas			
	Características propias del trabajador				

Tabla 4: Análisis de causas raíces a problemas detectados en el CPEM en cuanto a la infraestructura

Problemáticas detectadas	¿Por qué?	¿Por qué?	¿Por qué?	¿Por qué?	¿Por qué?
Infraestructura					
Los locales de espera no disponen de los asientos necesarios	Se deterioran y no se reparan inmediatamente	No se cumple adecuadamente la política para el mantenimiento	Faltan o se dificultan los recursos necesarios		
	Se ubican en áreas que no están fuera de consulta y los pacientes no esperan directamente en	No es posible ubicarlos por la distribución espacial existente	Mejorar la organización del servicio		

	estas				
	Pacientes, familiares y trabajadores no cuidan la propiedad social	Indisciplinas sociales	Las medidas deben incrementarse en la institución		
Los locales de espera no tienen un ambiente agradable	Los pacientes no tienen comodidad en el tiempo de espera				
	Los locales de espera son ruidosos	Hacinamiento en la espera pues no todos los pacientes que acuden al servicio lo hacen por una urgencia	Un por ciento de los pacientes que acuden al CPEM lo hacen citados por el especialista o por cuestiones que pueden ser atendidas en los centros de atención primaria, secundaria y de Consulta Externa	ANALIZADO EN LAS TABLAS 1 y 2	
		Indisciplina de usuarios	El personal de servicios no ejecuta adecuadamente su trabajo		
Las consultas no disponen del mobiliario necesario	Se deterioran y no se reparan de manera adecuada	No existe una política de mantenimiento adecuada			
	Carencia de recursos para la reposición	Se requiere de inversiones en cuanto a mobiliario			

Las consultas no tienen un ambiente agradable	Los equipos de climatización están defectuosos en muchos casos	No se cumple con una política para el mantenimiento			
---	--	---	--	--	--

Anexo 46: Plan de mejoras a las deficiencias detectadas en el CPEM

Fuente: Elaboración propia

Plan de mejoras para criterios relevantes de los pacientes					
¿Qué?	¿Quién?	¿Cómo?	¿Por qué?	¿Dónde?	¿Cuándo?
Instrumentar un sistema de observación cotidiano correctivo de normas de comportamiento y tratamiento a pacientes, permanencia para médicos, enfermeros y personal de servicios.	Jefe del CPEM Jefe de la UOU	A partir de visitas cotidianas a los servicios contenidas en las rutinas de trabajo del Jefe del CPEM- Jefe de la UOU. Deben establecerse acciones correctivas de mínima a máxima complejidad: Comenzar por el llamado a los implicados para su reflexión y cambio, de no lograrse tomar medidas disciplinarias	Porque constituye una necesidad para la garantía de un buen servicio y la disminución de los tiempos de espera. Los pacientes perciben falta de amabilidad, comunicación y permanencia, inadecuadas.	CPEM	Diario
Revisar las rutinas del trabajo de los médicos que deben realizar guardia en el CPEM.	Directivos del Hospital GAL	Analizando la posibilidad de ajustar la entrega de guardia, en cuanto a la participación de los médicos, teniendo en cuenta el tiempo que esta ocupa.	Porque los médicos llegan tarde al Cuerpo de Guardia dado que deben asistir a la entrega de guardia administrativa.	HGAL	Junio de 2015
Diseñar acciones de capacitación dirigidas a mejorar la comunicación médico –enfermero-paciente y familiar.	Jefe CPEM, Área gestión de Recursos Humanos.	Realizando seminarios especializados y sesiones de capacitación.	Porque existen barreras en el proceso de comunicación médico, enfermero, paciente y familiares que limitan la calidad del servicio.	HGAL	Agosto- Octubre de 2015

<p>Realizar acciones para poner en convocatoria las plazas vacantes de servicios. Hacer énfasis en la promoción del mejoramiento de las condiciones de trabajo.</p>	<p>Área gestión de Recursos Humanos</p>	<p>Socializar la necesidad de personal mediante los medios de comunicación masiva.</p>	<p>Porque existe una alta fluctuación del personal y no se cuenta con la cantidad de optantes como para suplir las carencias existentes.</p>	<p>CPEM</p>	<p>Julio de 2015</p>
<p>Incluir en el plan de capacitación al personal de servicios acciones orientadas a los temas de comunicación y ética.</p>	<p>Actores implicados del Hospital GAL Especialistas en los temas</p>	<p>Mediante sesiones de capacitación.</p>	<p>Porque es un requerimiento para la mejora en los servicios, porque no se comunican y actúan de manera adecuada.</p>	<p>HGAL</p>	<p>Agosto- Octubre 2015</p>
<p>Revisar las responsabilidades y funciones de los puestos de trabajo existentes de personal de apoyo para que este apoye en mejorar la organización de los servicios que se brindan en el CPEM en función de las posibilidades de acceso fundamentalmente al área de consultas.</p>	<p>Jefe del CPEM</p>	<p>Ubicar personal o revisar las rutinas de quienes se encarguen de restringir la entrada de pacientes al área de las consultas para que los locales de espera en que se encuentran asientos disponibles sean empleados y disminuir el hacinamiento fuera de las consultas.</p>	<p>Porque los pacientes se quejan de las condiciones de su espera, de la carencia de mobiliario, y es que esta no la realizan en el lugar adecuado.</p>	<p>CPEM</p>	<p>A partir de Julio de 2015</p>
<p>Realizar acciones de mantenimiento a los equipos de climatización de consultas y al mobiliario que se deteriora y no se repara.</p>	<p>Dirección del HGAL y personal implicado</p>	<p>A partir de un levantamiento de los equipos y su necesidad de mantenimiento o reparación.</p>	<p>Las consultas no tienen un ambiente agradable.</p>	<p>CPEM</p>	<p>A partir de Julio de 2015</p>
<p>Tomar medidas correctivas y de enfrentamiento a las indisciplinas sociales y falta de cuidado de la limpieza y mobiliario de los locales y consultas</p>	<p>Jefe de Área en coordinación con Directivos de diferentes niveles en el HGAL</p>	<p>Estableciendo un conjunto de acciones a desarrollar cotidianamente en función de controlar</p>	<p>Los locales de espera no disponen de los asientos necesarios, ni tienen condiciones agradables para la espera</p>	<p>CPEM</p>	<p>A partir de Julio de 2015</p>

		y tomar medidas en el caso de comportamientos inadecuados. Este debe ser aprobado por la Dirección de la Institución y divulgado utilizando los diferentes medios de comunicación así como medios gráficos (pancartas, carteles)			
--	--	--	--	--	--