



Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales

Departamento de Ingeniería Industrial

TRABAJO DE DIPLOMA EN OPCIÓN AL TÍTULO DE INGENIERO INDUSTRIAL

**TÍTULO: EVALUACIÓN DE LA CALIDAD PERCIBIDA Y DE LA SATISFACCIÓN DE
USUARIOS DE SERVICIOS DEL CENTRO ESPECIALIZADO AMBULATORIO DE
CIENFUEGOS**

Autor: Eduardo Miguel González Ochoa

Tutora: MSc. Ing. Dainelis Curbelo Martínez



Cienfuegos

2018



Pensamiento

“No esperes a que te toque el turno de hablar: escucha de veras y serás diferente”

Charles Chaplin



Dedicataria

Dedico esta investigación:

A la memoria de mi bisabuela Mimi por su cariño incondicional, por ser luz en nuestras vidas y ser cada día parte de ella.

A mis 5 abuelos Chelita, Papi Migue, Mamita, Mami Alicia y Papi Ochoa por su confianza y sus consejos, por su inmenso amor y ser las personas que influyeron durante toda mi carrera.

A mi madre por ser mi alma gemela.

A mi padre quien desde la distancia me acompaña

A mi hermana por crecer junto a mí.



Agradecimientos

A mi familia por ser el motor impulsor de mi vida, por su amor y apoyo en todo momento e influir en mi formación.

A mi tutora Dainelis Curbelo que desde el primer momento confió en mí y no dudó en que fuera parte de dicha investigación, por haber sido excelente profesora y amiga durante toda la carrera y por haber compartido parte de su tiempo de madre, constructora, arquitecta y conductora de TV para apoyarme incondicionalmente como tutora, por su confianza y paciencia.

A mi novia Lianet por ser mi lazarillo de Torme, tenerme tanta paciencia y ser mi mecanógrafa.

Al Master Osqui, por tener la dicha de que forme parte de mi familia y ser mi informático y cocinero preferido.

A mi tío Michel por tenerme presente siempre y contar con su ayuda. Además por ser su sobrino preferido.

A mis tías Cora y Acela, y a mi prima Beatriz, por su amor incondicional y preocupación siempre.

A mis amigos Carlitos y el Yulo y al resto de mi familia.

A mis compañeros de aula en especial a mi equipo de trabajo, los cuatro fantásticos, que se convirtieron en mis amigos y compartieron conmigo momentos, alegres o tensos, pero inolvidables: Juan Pablo, Julio César, Frank y Jorge Andón.

A mis profesores en general que contribuyeron a mi formación y también me dieron lecciones para la vida.

A los trabajadores del Centro Especializado Ambulatorio CEA por su colaboración en cada etapa de la investigación siempre mostrando interés por los resultados de este trabajo.

A todos doy infinitas gracias.



Resumen

RESUMEN

Introducción: El rol del paciente y su familiar como usuarios fundamentales de los servicios de salud es cada vez más importante, ello justifica que el conocimiento de sus juicios sobre el servicio que reciben o calidad percibida y los niveles de satisfacción con el mismo se conviertan en variables que toda organización de este sector no debe obviar. En función de evaluar su comportamiento en el tiempo como base para la mejora continua se carece de estudios en Cuba que apliquen el enfoque multidimensional que caracteriza a la calidad percibida sobre lo que existe consenso a nivel internacional, a dicha problemática responde la investigación de Curbelo (2013) a la que se da continuidad en el Centro Especializado Ambulatorio “Héroes de Playa Girón” de Cienfuegos luego de cinco años de efectuado el estudio inicial en este.

Objetivo general: Evaluar la calidad percibida y la satisfacción de usuarios de servicios del Centro Especializado Ambulatorio de Cienfuegos.

Método: El procedimiento que se aplica, para dar cumplimiento a dicho objetivo, consta de cuatro etapas y diez pasos en los que se utilizan herramientas y análisis como son: la revisión de documentos, la observación directa, la entrevista no estructurada, el cuestionario, la estadística descriptiva, el análisis de fiabilidad, el análisis factorial, pruebas no paramétricas para las comparaciones entre períodos y el análisis de gráficos de interacción multifactorial, el diagrama causa- efecto y la técnica 5 W y 1 H.

Resultados: La investigación que se efectúa aplicando el procedimiento de Curbelo (2013) permite que se conozcan criterios relevantes de los usuarios del Centro Especializado Ambulatorio en cuanto a los servicios que se ofrecen en este en el 2018 partiendo de la revisión de los diagramas de flujo de los procesos considerados en estudios previos (Cirugía ambulatoria, Rehabilitación, Quimioterapia y Hemodiálisis) y la confección de los que se analizan por vez primera (Medicina Natural Tradicional y Consulta Externa). La evaluación de la calidad percibida y la determinación de la satisfacción son otros de los resultados relevantes que se acompañan de análisis comparativos con los niveles alcanzados en el 2013 y de la proyección de acciones de mejora a las principales deficiencias que se detectan.

Palabras clave: *servicios, calidad percibida, satisfacción, evaluación, procedimiento.*



Summary

SUMMARY

Introduction: The patient's and his relative role as fundamental users of the health services is more and more important each time, that justifies that the knowledge of their facts about the service they receive or perceived quality and the levels of satisfaction with the same one become variables that all organization of this sector should not avoid. In function of evaluating their behavior in the time as a base for the continuous improvement there is a lack of studies in Cuba that apply the multidimensional approach that characterizes the quality perceived on what a consent exists at international level, to this problem the investigation of Curbelo (2013) responds giving continuity in the Ambulatory Specialized National Center "Héroes de Playa Girón" of Cienfuegos after five years of having made the initial study on this.

General objective: To evaluate the perceived quality and the satisfaction of users of services of the Ambulatory Specialized National Center "Héroes de Playa Girón" of Cienfuegos.

Method: The procedure that is applied to comply with this objective consists of four stages and ten steps that are articulated using a set of tools and analysis such as the documents' analysis, direct observation, unstructured interview, descriptive statistical analysis, reliability analysis, factorial analysis, no parametrical test and graphical options of MANOVA, cause-effect diagram, 5w and 1H technique.

Results: The investigation that is made applying the procedure of Curbelo (2013) it allows to know the relevant criteria of the users of Ambulatory Specialized National Center taking into account the services offer in this hospital in the year 2018 up to the revision of the diagrams of flux of the processes considered in previous studies (Ambulatory Surgery, Rehabilitation, Chemotherapy and Hemodialysis) and the making of those that are analyzed by first time (Traditional Natural Medicine and External Consultation). The evaluation of the perceived quality and the determination of the satisfaction are others of the outstanding results which accompany of comparative analysis with the reached levels in the year 2013 and of the projection of actions of improvement to the main deficiencies detected.

Key Words: services, perceived quality, satisfaction, evaluation, procedure.



Índice

ÍNDICE

RESUMEN

SUMMARY

INTRODUCCIÓN.....9

CAPÍTULO I- Marco Teórico..... 17

1.1- Concepciones generales relacionadas con los servicios y su calidad, la calidad percibida y la satisfacción de los usuarios 18

1.2- Calidad percibida y satisfacción de los usuarios de servicios de asistencia en salud ..25

1.3- Evaluación de la calidad percibida y de la satisfacción de los usuarios de servicios de asistencia en salud28

1.3.1- Evaluación de la calidad percibida y de la satisfacción en servicios de hospitalización.....30

1.3.2- Evaluación de la calidad percibida y de la satisfacción en servicios de Consulta Externa (SCE).....34

1.4- Sistema de Salud en Cuba36

1.4.1- Evaluación de la calidad percibida y de la satisfacción en servicios de asistencia en salud de Cuba.....38

1.5- Procedimientos de evaluación de la calidad percibida de servicios42

1.6- Conclusiones del Capítulo I44

CAPÍTULO II- Procedimiento para la evaluación de la calidad percibida de servicios del Centro Especializado Ambulatorio (CEA) de Cienfuegos: descripción y aplicaciones previas.....46

2.1- Caracterización del Centro Especializado Ambulatorio (CEA) de Cienfuegos como institución del Sistema Provincial de Salud.....46

2.2- Descripción del procedimiento de Curbelo (2013) para la evaluación de la calidad percibida de servicios de asistencia en salud54

2.3- Antecedentes en la evaluación de la calidad percibida en el Sistema Provincial de Salud y en el CEA60

2.3.1- Resultados de aplicaciones previas del procedimiento de Curbelo (2013) en el CEA: 2013.....65

2.3.2- Evaluación de la satisfacción en el CEA: 2014- 201767

2.4- Conclusiones del Capítulo II70

CAPÍTULO III- Evaluación de la calidad percibida de servicios del Centro Especializado Ambulatorio (CEA) de Cienfuegos.....72

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

3.2- Etapa II: Evaluación de la calidad percibida	73
3.3- Etapa III: Determinación de la satisfacción	81
3.4- Etapa IV: Mejora de los procesos de servicios	83
3.5- Análisis comparativos entre los resultados de la evaluación de la satisfacción en 2013 y 2018	85
3.6- Consideraciones para la evaluación periódica de la calidad percibida y de la satisfacción de los servicios del CEA de Cienfuegos.....	92
3.7- Conclusiones del Capítulo III	94
CONCLUSIONES GENERALES.....	96
RECOMENDACIONES.....	97
BIBLIOGRAFÍA	
ANEXOS	



Introducción

INTRODUCCIÓN

La calidad, desde los inicios de los estudios que la abordan, ha generado debates por tratarse de un concepto multidimensional y relativo, puesto que, según para quién, para qué y en qué aspecto de la misma se ponga la atención, aparecerá una u otra definición. Lograr el éxito en las organizaciones requiere de una cultura de gestión de la calidad cimentada en la integración, en las relaciones entre el personal de la organización y los clientes (Corella, 1996). Ello indica que la calidad no sólo se visualiza en un sentido objetivo sino que también su concepto se desplaza a lo subjetivo porque depende de las necesidades y expectativas de los clientes (Shahin, 2006; Camisón, Cruz y González, 2007).

El enfoque a clientes se considera uno de los principios de gestión de la calidad en el modelo que propone la familia de normas ISO 9000: 2015 cuya certificación es objetivo de trabajo de organizaciones en todo el mundo, a este se suman el enfoque a los procesos, el liderazgo, el compromiso del personal, la mejora continua, la toma de decisiones basada en la evidencia y la gestión de las relaciones (Organización Internacional de Normalización, 2015).

Aunque el enfoque a clientes debe aplicarse en procesos productivos y de servicios, en estos últimos es prioritario por las características que poseen entre las que se encuentran: la intangibilidad, la imposibilidad de separación entre producción y consumo, y el carácter temporal e intransferible. En los procesos de servicios el cliente debe ser el principal evaluador, por tanto la subjetividad es más alta, uno de los motivos que justifican que la calidad de estos sea difícil de definir y medir tal plantean Parasuraman, Zeithaml, y Berry (1985), Varo (1993), Grönroos (1994), Frías (2005), Civera (2008), Gálvez (2011), y Yesilada y Direktör (2010).

En concordancia con lo planteado hasta el momento en los servicios aunque se controlen indicadores de calidad técnica debe contemplarse el concepto subjetivo de calidad o la calidad percibida como vía relevante de análisis de esta (Camisón, Cruz y González, 2007; Civera, 2008), así se establece en servicios como los de asistencia en salud en que se desarrolla esta investigación (Donabedian, 1980; Varo, 1993; Ramos, 2004; Ardila, 2006; Herrera, 2007; Massip, Ortiz, Llantá, Peña e Infante, 2008). La calidad percibida es entendida por Duque, Cervera, y Rodríguez (2006) como una evaluación de la calidad desde la percepción de los evaluadores, criterio con el que se comparte.

Mira y Aranaz (2000) precisan que se asiste a un cambio de actitud fundamental en los sistemas sanitarios de manera que los pacientes pasan a ser el centro de la atención y enfocarse a estos es un pilar para alcanzar la calidad en sus diversos servicios y sistemas (Almeida, Martins y Bourliataux-Lajoinie, 2015).

Massip, Ortiz, Llantá, Peña e Infante (2008) especifican que la calidad ya no es un tema exclusivo de los especialistas, son más frecuentes los cuestionamientos de los pacientes sobre la atención que se les brinda, y no son sólo con referencia a los aspectos de bienestar o trato sino también sobre aspectos del desarrollo técnico de la atención. Los pacientes deben sentirse como parte integrante del sistema de salud, y apreciar que sus cuidados son coordinados, eficientes y seguros (Correia y Miranda, 2010).

Es el anterior uno de los motivos por los que la satisfacción se considera uno de los componentes básicos de los cuidados de salud de calidad que enuncia la Organización Mundial de la Salud (Correia y Miranda, 2010). La satisfacción es supuesta hoy como un indicador de excelencia en la calidad de los servicios de salud y el mejor termómetro para medir la calidad (Herrera, 2007).

Riveros y Berne (2003), Civera (2008), Díaz y Pons (2009) y Romero (2011) abordan la relación entre calidad percibida y satisfacción, y establecen que el nivel de satisfacción depende del nivel de calidad en los servicios que se presten, de manera general esta es considerada un consecuente. Pese a lo antes explicado la calidad percibida y la satisfacción suelen tratarse indistintamente en la literatura, realidad de la que Cuba no está exenta.

López (2013) resalta la importancia de analizar la satisfacción en la atención de salud desde la óptica de la participación social, que los ciudadanos participen activamente en la evaluación, la planificación y redefinición de la política sanitaria. En muchos ámbitos existe el convencimiento de que son los usuarios quienes pueden monitorizar y finalmente juzgar la calidad de un servicio, y aportar a los decisores información de primera mano sobre determinados aspectos que no es posible obtener por otras vías.

En cuanto a la evaluación de la calidad percibida y de la satisfacción el instrumento más acertado es el cuestionario que intenta orientar al cliente o usuario en su evaluación para de esta forma minimizar la subjetividad (Mira y Aranaz, 2000; Riveros y Berne, 2003; Almeida, Martins y Bourliataux-Lajoinie, 2015). Así han surgido cuestionarios para servicios y entornos específicos, lo que justifica que aunque tienen como características comunes la

multidimensionalidad y la relación con la satisfacción, no logran estandarizarse. Así sucede para los diferentes tipos de servicios y en los de asistencia sanitaria.

Vale aclarar que existen algunos cuestionarios que han sido versionados en varios países, entre los cuales es el SERVQHOS el más utilizado (Mira, Aranaz, Rodríguez-Marín, Buil, Castell y Vitaller, 1998), este se deriva del SERVQUAL de Parasuraman, Zeithaml, y Berry (1985, 1988), y no satisface plenamente las necesidades de los servicios de salud (Riveros y Berne, 2003).

Lo abordado hasta el momento indica que se requiere de profundización en los análisis sobre la evaluación de la calidad percibida y la satisfacción en los servicios de salud, lo que se acentúa porque se carece de procedimientos que orienten la acción y que enfoquen a la mejora continua a las organizaciones donde se prestan (Díaz y Pons, 2009).

En Cuba esta es también una necesidad inminente y se reconoce de tal manera desde el año 2007 cuando el Ministerio de Salud Pública (MINSAP) indica como uno de sus objetivos de trabajo: revisar las prácticas existentes aplicando métodos científicos que orienten y faciliten la gestión para consolidar cada vez más la atención sistemática a la población y la respuesta a sus demandas en materia de asistencia sanitaria (Ministerio de Salud Pública, 2007).

Lo anterior se refuerza en los Lineamientos aprobados en el VI Congreso del Partido Comunista de Cuba, específicamente en el 154 donde se plantea: elevar la calidad del servicio que se brinda, lograr la satisfacción de la población, así como el mejoramiento de las condiciones de trabajo y la atención al personal de la salud. Garantizar la utilización eficiente de los recursos, el ahorro y la eliminación de gastos innecesarios (Comité Central del Partido, 2011).

En el Sistema Nacional de Salud las principales vías para el conocimiento de las percepciones de calidad de los pacientes y familiares, descrita como satisfacción, son: las quejas, denuncias y reclamaciones, las opiniones recogidas en las Asambleas de Rendición de Cuenta del Delegado del Poder Popular, entrevistas a la población, cuestionarios y autoencuestas. De las mencionadas, las tres últimas son aplicadas como herramientas de las Oficinas de Atención a la Población que se encuentran en los diferentes niveles de atención e instituciones (Colectivo de autores MINSAP, 2011).

De estas vías las autoencuestas son el instrumento más utilizado y si se aplican cuestionarios no se han comprobado sus propiedades métricas. Lo cierto es que la evaluación de la calidad

percibida que se efectúa en el Sistema Nacional de Salud, y como parte de este, en el Sistema Provincial de Salud en Cienfuegos, se sustenta en un enfoque que apunta a la subjetividad y no se tienen en cuenta los criterios que a nivel internacional se han descrito como condicionantes de la calidad percibida y de la satisfacción.

Las carencias metodológicas mencionadas son el punto de partida para la investigación de Curbelo (2013) que se desarrolla en el Centro Especializado Ambulatorio “Héroes de Playa Girón” (CEA) del Hospital “Dr. Gustavo Aldereguía Lima” (Hospital GAL). Dicha autora valida un procedimiento para evaluar la calidad percibida y la satisfacción en el Servicio Quirúrgico Ambulatorio del CEA y como parte de los resultados fundamentales por etapas se obtienen: la descripción del servicio como proceso, un cuestionario para evaluar la calidad percibida, una ecuación para determinar la satisfacción y una escala para interpretar los resultados, todo ello a partir de análisis teóricos y estadísticos.

Por tales resultados que concentran los aportes metodológico, práctico y social del procedimiento este es posteriormente aplicado en la totalidad de las Unidades Organizativas del Hospital GAL, en su servicio de Consulta Externa, en su Centro Materno Infantil, en los servicios de Rehabilitación, Quimioterapia y Hemodiálisis del CEA (Fajardo, 2013; Cortiza, 2014; Díaz, 2014; Salas, 2014; González- Quevedo, 2014; Sampayo, 2014; Hernández, 2015; Fernández, 2015). Además se han evaluado los servicios del Hospital Pediátrico Universitario “Paquito González Cueto” (Medina, 2016; Enamorado, 2017), servicios de estomatología (Cuellar, 2015) y de farmacias (Enríquez, 2017).

En los policlínicos y Consultorios Médicos de la Familia (nivel primario) son las quejas, denuncias y reclamaciones, las alternativas para monitorear la satisfacción aunque también se emplean las autoencuestas y cuestionarios. En este nivel se realiza la investigación de Surí y Puerto (2016) en los Consultorios Médicos de la Familia y la de Padrón (2017) en los policlínicos tomando como caso de estudio el “Cecilio Ruiz de Zárate”.

En los servicios de salud que se prestan en las instituciones antes citadas se recomienda continuar investigando para que se alcance desarrollar la evaluación de la calidad percibida y de la satisfacción periódicamente siguiendo el mismo procedimiento, al respecto se busca información en el CEA que es donde primero se aplica llegando a concluirse que no se ha logrado que este forme parte de las rutinas de trabajo que se siguen pese a que se reconoce su relevancia por quienes han consultado el estudio de Curbelo (2013).

Indagando sobre las causas que originan la situación anterior se identifica que: la calidad técnica sigue pesando sobre la calidad percibida en las rutinas de trabajo, las evaluaciones son realizadas en su mayoría por personal del centro y no por personal externo, en ambos casos mediante autoencuestas o cuestionarios no validados estadísticamente por la simplicidad de estas vías y/o por desconocimiento de los resultados investigativos sobre lo que no se ha informado a la dirección que ha cambiado tres veces luego del estudio inicial y por ello no se exigen resultados acordes a lo validado por Curbelo (2013) que si conocen los trabajadores que continúan en el CEA porque luego de su culminación se socializaron en varios espacios.

Debe aclararse que en el CEA han cambiado las condiciones de la infraestructura porque ha disminuido la capacidad instalada para los servicios de hospitalización en más de un 50%, y se prestan otros servicios en los que no se ha evaluado la calidad percibida como: Medicina Natural Tradicional, Consulta Externa y Cirugía de Corta Estadía, este último no se brinda en el periodo en que se desarrolla este estudio.

En resumen, en el CEA se mantienen las autoencuestas como fuente de retroalimentación sin llegar a determinarse niveles ni a realizarse análisis porcentuales con base estadística. En el tiempo resultan insatisfacciones de pacientes y/o familiares que se mantienen lo que permite plantear que la mejora no es perceptible por los beneficiarios de los servicios, es el caso de las relacionadas con la infraestructura fundamentalmente el tema de la alimentación y las condiciones de algunos locales; el trato y preparación del personal de servicios y la atención en tiempo de los médicos.

Los análisis antes expuestos fundamentan la investigación en curso que da continuidad a las de Curbelo (2013) y González-Quevedo (2014), y pretende abarcar la totalidad de los servicios que se ofrecen y actualizar la evaluación de la calidad percibida y de la satisfacción existentes con un enfoque multidimensional.

Todo lo descrito hace que se declare como **PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN:** ¿Qué niveles de calidad percibida y satisfacción poseen los pacientes y familiares que acuden a los servicios del Centro Especializado Ambulatorio de Cienfuegos en el 2018?

En función de ello se establezcan los siguientes objetivos:

OBJETIVO GENERAL: Evaluar la calidad percibida y la satisfacción de usuarios de servicios del Centro Especializado Ambulatorio de Cienfuegos.

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

1. Aplicar el procedimiento de Curbelo (2013) para la evaluación de la calidad percibida y la satisfacción de usuarios de servicios del Centro Especializado Ambulatorio de Cienfuegos.
2. Realizar un análisis comparativo entre los resultados de la evaluación de la calidad percibida y la satisfacción en el 2018 y los alcanzados en el 2015 en los servicios de Cirugía Ambulatoria, Rehabilitación, Quimioterapia y Hemodiálisis.
3. Proponer acciones encaminadas a la implementación del procedimiento para la evaluación periódica de la calidad percibida y la satisfacción en el CEA.

En relación con los objetivos planteados se definen las siguientes **PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN:**

1. ¿Cuáles son los criterios relevantes de los pacientes y familiares sobre la calidad de los servicios que se ofrecen en el CEA de Cienfuegos?
2. ¿Qué niveles de satisfacción tienen los pacientes y familiares que reciben servicios del CEA de Cienfuegos?
3. ¿Qué acciones de mejora pueden para elevar los niveles de calidad percibida y satisfacción con los servicios que se ofrecen en el CEA de Cienfuegos?
4. ¿Qué diferencias existen entre los niveles de satisfacción con los servicios en el 2018 y los que se obtienen en el 2013 para Cirugía ambulatoria, Rehabilitación, Quimioterapia y Hemodiálisis?

La **JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN** en curso se resume seguidamente considerando que, como ha quedado claro, da continuidad a las iniciadas hace cinco años.

La pretensión de agregar a las rutinas para evaluar la satisfacción el procedimiento de Curbelo (2013) es una recomendación pendiente a aplicar en el CEA. El estudio en curso responde a la necesidad de mejorar la calidad de servicios de asistencia en salud que se ofrecen en dicho centro y de elevar los niveles de satisfacción de la población, en ambos casos variables dependientes que deben ser correctamente evaluadas.

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) es pertinente, flexible, aplicable y que cumple con sus principios que enfocan a las organizaciones a una gestión dirigida a procesos, a sistemas, a los clientes, a la mejora y al aprendizaje continuos, 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 de la calidad percibida que continúa efectuándose por autoencuestas a partir de los cuestionarios ya validados que se aplican para los diferentes servicios y que permiten definir los criterios relevantes de la población para luego determinar su satisfacción.

En la práctica, se orienta la evaluación de la calidad percibida y la satisfacción detalladamente, a la vez que se proponen alternativas de mejora para erradicar las deficiencias que se detectan.

En materia social, los resultados que se alcanzan benefician a la totalidad de los usuarios del CEA de Cienfuegos contribuyendo a la óptica de la participación social con que deben tratarse los servicios públicos.

La investigación queda estructurada en:

Capítulo I- Marco Teórico: En este se presentan concepciones generales relacionadas con la calidad percibida de servicios y la satisfacción, analizándose la relación entre ambas variables dependientes y su forma de evaluación, todo lo que se particulariza al sector de la salud y a este en Cuba. Se hace referencia además a procedimientos para la realización de dicha evaluación.

Capítulo II- Procedimiento para la evaluación de la calidad percibida de servicios del Centro Especializado Ambulatorio (CEA) de Cienfuegos: descripción y aplicaciones previas

En el presente apartado se realiza una caracterización del Centro Especializado Ambulatorio “Héroes de Playa Girón” de Cienfuegos como institución del Sistema Provincial de Salud en que se desarrolla la investigación y se exponen resultados previos en cuanto a la evaluación de la calidad percibida en el mismo siguiendo el procedimiento de Curbelo (2013) que se describe por su relevancia para la investigación en curso.

Capítulo III: Evaluación de la calidad percibida de servicios del Centro Especializado Ambulatorio (CEA) de Cienfuegos: En este capítulo se aplica el procedimiento de Curbelo (2013) para la evaluación de la calidad percibida y de la satisfacción con los servicios que se ofrecen en el Centro Especializado Ambulatorio de Cienfuegos hasta su sexto paso que sustenta la toma de decisiones en cuanto a acciones para la mejora. Los resultados que se alcanzan son empleados para la realización de análisis comparativos entre las evaluaciones del

2013 y la del año en curso. Además se ofrecen consideraciones encaminadas a la periodicidad de realización de investigaciones como esta.

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



Capítulo I

CAPÍTULO I- Marco Teórico

Introducción

En este capítulo se presentan concepciones generales relacionadas con la calidad percibida de servicios y la satisfacción, analizándose la relación entre ambas variables dependientes y su forma de evaluación, todo lo que se particulariza al sector de la salud y a este en Cuba. Se hace referencia además a procedimientos para la realización de dicha evaluación. La profundización en la literatura existente sobre los temas mencionados se efectúa siguiendo el hilo conductor que aparece en la Figura 1.1.

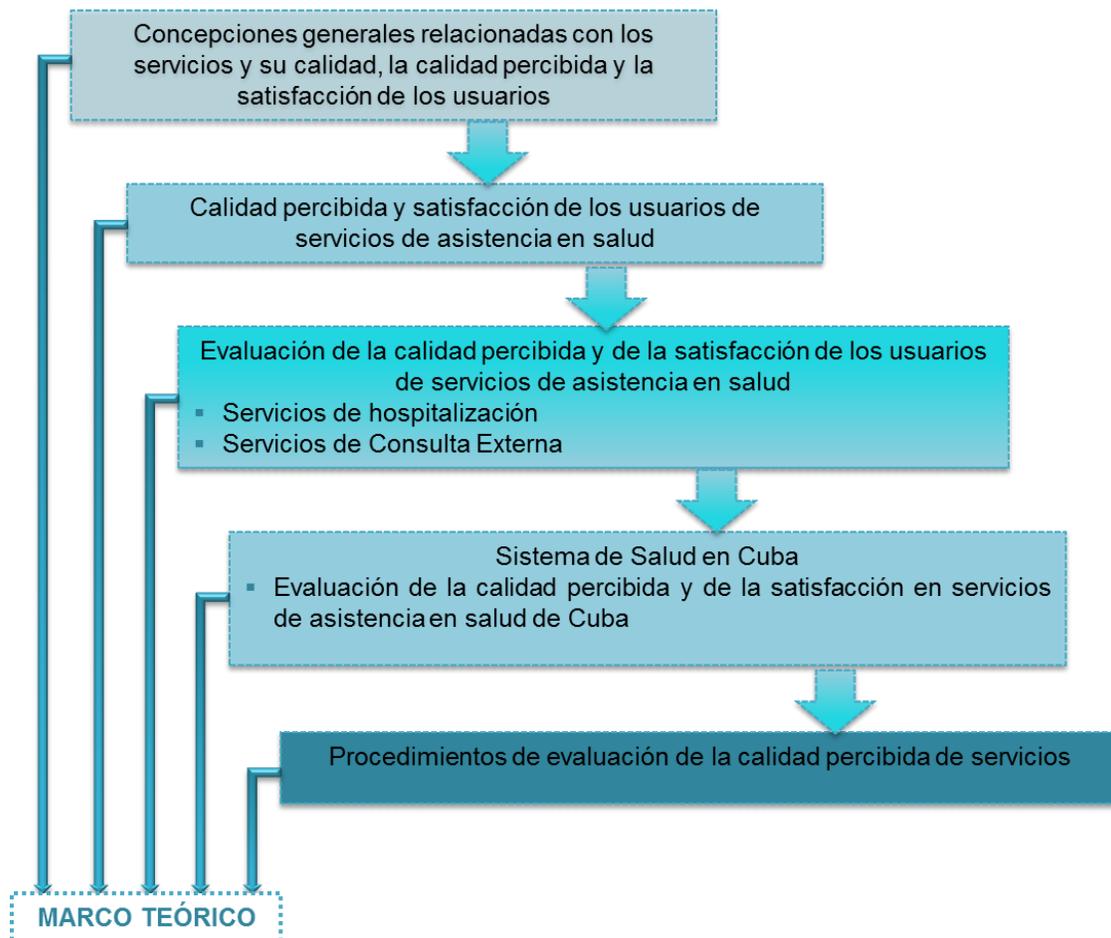


Figura 1.1: Hilo conductor del Marco Teórico

Fuente: Elaboración propia

En la revisión de la literatura se accede a bases de datos de referencia internacional para lo que se utilizan las palabras clave: “calidad percibida”, “calidad y satisfacción”, “evaluación de la calidad percibida”, “evaluación de la satisfacción”, y estas acotadas a diferentes servicios,

fundamentalmente de salud, llegándose a revisar 290 artículos de países como Colombia, Perú, España, Estados Unidos, Chile, Venezuela, México, Costa Rica, El Salvador, Argentina, Escocia, Finlandia y Cuba.

Luego de la búsqueda inicial se procede a analizar las investigaciones publicadas considerando las herramientas y/o metodologías para la evaluación de la calidad percibida y de la satisfacción, y la base conceptual que poseen sobre las temáticas, así se deciden utilizar como fundamento del estudio en curso los resultados de 79 de estas presentadas como artículos, libros, tesis, publicaciones de instituciones, ponencias en eventos, sitios web y normas.

Debe destacarse que en el caso de Cuba se efectúa una revisión exhaustiva en la red de salud que existe en el país y de igual manera en las revistas de esta área que se encuentran en bases de datos como Cambridge, Ebsco, Elsevier, Emerald, Infomed, Latindex, Medline, Pubmed, Sage, Scielo y Scopus. La totalidad de los trabajos en relación con la calidad percibida y la satisfacción que se localizan se incluyen en la cifra de fuentes utilizadas antes especificada (79) y representan aproximadamente el 22 % de esta. Los estudios a los que se hace alusión se han efectuado hasta el 2013 lo que indica la necesidad de realizar análisis de esta naturaleza en los servicios de asistencia en salud que se ofrecen.

En lo adelante se desarrollan los acápites contenidos en el hilo conductor de la investigación que constituyen la base teórica que sustenta lo que empíricamente se realiza en esta.

1.1- Concepciones generales relacionadas con los servicios y su calidad, la calidad percibida y la satisfacción de los usuarios

La calidad como temática comienza a incluirse en la literatura de gestión desde el siglo XIX y ha despertado desde entonces un interés creciente que desde su definición no ha logrado un carácter unificador porque existen varias acepciones.

En cuanto a dichas acepciones autores como Martínez (2006), Romero (2011) y Gálvez (2011), indagando sobre el tema en estudios precedentes, coinciden en la existencia de cuatro miradas que son: calidad como excelencia, calidad como valor, calidad como ajuste a las especificaciones y calidad como satisfacción de las expectativas de los usuarios (Martínez, 2006; Romero, 2011; Gálvez, 2011). Martínez (2006) y Camisón, Cruz y González (2007) precisan que la definición más amplia y utilizada es la que se relaciona con la satisfacción de los clientes, lo que coincide con las consideraciones de Cantú (2001), Juran y Blanton (2001),

Gutiérrez y de la Vara (2004), y de Duque, Cervera y Rodríguez (2006) siguiendo las ideas de Deming (1989), criterio que se comparte.

Constata la importancia del enfoque a clientes la definición de calidad que defiende la Organización Internacional de Normalización en las Normas ISO 9000 actualizadas por última vez en el 2015, donde se especifica que la calidad es el grado en que un conjunto de características inherentes de un objeto cumple con los requisitos, estos últimos se entienden como necesidades o expectativas establecidas por todas las partes interesadas y la organización, así se identifican requisitos del producto y de los clientes, por sólo mencionar algunos.

En dichas normas se especifica que la calidad de los productos y servicios está determinada por la capacidad para satisfacer a los clientes y por el impacto previsto, y el no previsto, sobre las partes interesadas pertinentes, por tanto incluye el valor percibido y el beneficio para el cliente (Organización Internacional de Normalización, 2015).

Lograr calidad en los productos y servicios requiere de una adecuada gestión de la calidad entendida como: actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización en lo relativo a la calidad (Organización Internacional de Normalización, 2015).

Teniendo en cuenta lo mencionado hasta el momento vale añadir que el enfoque al cliente es uno de los principios de los modelos de gestión de la calidad más utilizados entre los que, según Rangel (2005), destaca el de las Normas ISO 9000 que en su versión del 2015 también considera básicos: el liderazgo, el compromiso del personal, el enfoque a procesos, enfoque a la mejora continua, la toma de decisiones basada en la evidencia y la gestión de las relaciones (Organización Internacional de Normalización, 2015).

La orientación a clientes, ya sean organizaciones o personas, debe acentuarse en los procesos de servicios porque según las características de estos los clientes no sólo los reciben porque se les destinan y/o porque los requieren sino que también los evalúan en el preciso instante en que se les ofrecen.

Los servicios son entendidos por Grönroos (1994) como una actividad o una serie de actividades de naturaleza más o menos intangible que por regla general 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, los elementos en este concepto son los mismos que los que expone Cantú (2001).

En las Normas ISO 9000: 2015 se precisa al servicio como la salida de una organización con al menos una actividad, necesariamente llevada a cabo entre la organización y el cliente. Se declara que los elementos dominantes de un servicio son generalmente intangibles, y con frecuencia involucran actividades en la interfaz con el cliente para establecer los requisitos del mismo (Organización Internacional de Normalización, 2015).

Los servicios suponen del intercambio entre las partes en uno o varios momentos, pueden ser la prestación principal de una empresa o prestaciones accesorias o secundarias que acompañan a la principal, a estos les caracteriza la intangibilidad, la inseparabilidad o simultaneidad entre producción y consumo, el valor esencial producido en la interacción comprador- vendedor, una mayor participación del cliente, el logro de una actividad o proceso, la caducidad o carácter perecedero, la propiedad temporal e intransferible y la heterogeneidad. Así lo han descrito Parasuraman, Zeithaml, y Berry (1985), Varo (1993), Grönroos (1994), Frías (2005), Camisón, Cruz y González (2007), Civera (2008) y Gálvez (2011).

Las características de los servicios indican su complejidad que es reconocida por los investigadores del tema, lo que también se hace evidente cuando se indaga sobre la calidad de procesos de esta naturaleza.

Rangel (2005) realiza una revisión de investigaciones sobre calidad de servicios donde consulta los trabajos de Oliver (1977, 1980, 1981, 1985, 1988, 1989), Lewis y Booms (1983), y Bolton y Drew (1991), Holbrook y Corfman (1985), Cronin y Taylor (1993), y Horovitz (1993). Los criterios de estos autores apuntan a entender la calidad de los servicios como una actitud, como el nivel de cumplimiento con las expectativas de los clientes con una base consistente, como un fenómeno altamente relativo que difiere entre distintas valoraciones, como lo que el cliente percibe del nivel de desempeño del servicio prestado y como un nivel de excelencia que la empresa ha escogido alcanzar para satisfacer a su clientela clave.

Disímiles son los conceptos que pueden hallarse en estudios sobre la calidad de servicios y su gestión devenida una estrategia de diferenciación prioritaria para lograr la competitividad (Gálvez, 2011), al respecto se registran en la literatura modelos que permiten entender las distintas posiciones sobre el tema que coexisten agrupados en dos grandes escuelas: la

Escuela Nórdica de Marketing de servicios (Tradición europea) y la Escuela Norteamericana o Instituto de Ciencias del Marketing (Gálvez, 2011).

En la primera de estas se inscriben los criterios de Grönroos (1982, 1984) quien concluye que la calidad de servicios 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), asociada a la calidad técnica (qué) y la funcional (cómo), luego se adiciona la imagen. Dicho autor especifica que en la evaluación de la calidad del servicio los consumidores comparan el servicio que esperan con las percepciones del servicio que reciben.

En la Escuela Norteamericana, siguiendo la idea de Grönroos (1984) se destacan los trabajos de Parasuraman et al. (1985) quienes definen la calidad de servicios como la valoración que hace el consumidor de la excelencia o superioridad del servicio que resulta de la comparación entre las expectativas y las percepciones del desempeño del servicio, toda calidad es percibida por alguien.

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 tal cual destacan Martínez-Tur, Peiró, y Ramos (2001) según lo indica Gálvez (2011). 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.

En la Figura 1.2 aparecen modelos que responden a cada uno de los paradigmas explicados, son estos los mencionados reiteradamente en la literatura consultada. Entre los modelos resulta el SERVQUAL uno de los más utilizados, este se muestra en el Anexo 1 donde además se compilan los criterios de varios autores que sustentan dicha afirmación. SERVQUAL cuenta con

una escala multidimensional para efectuar la evaluación de la calidad percibida que se explica detalladamente en el Anexo 2 donde se presentan las dimensiones y ítems para analizar calidad percibida, también se especifican los problemas que pueden asociarse a su aplicación y los pasos a seguir para desarrollar la evaluación de manera adecuada, así como diferentes ámbitos en que se ha empleado.

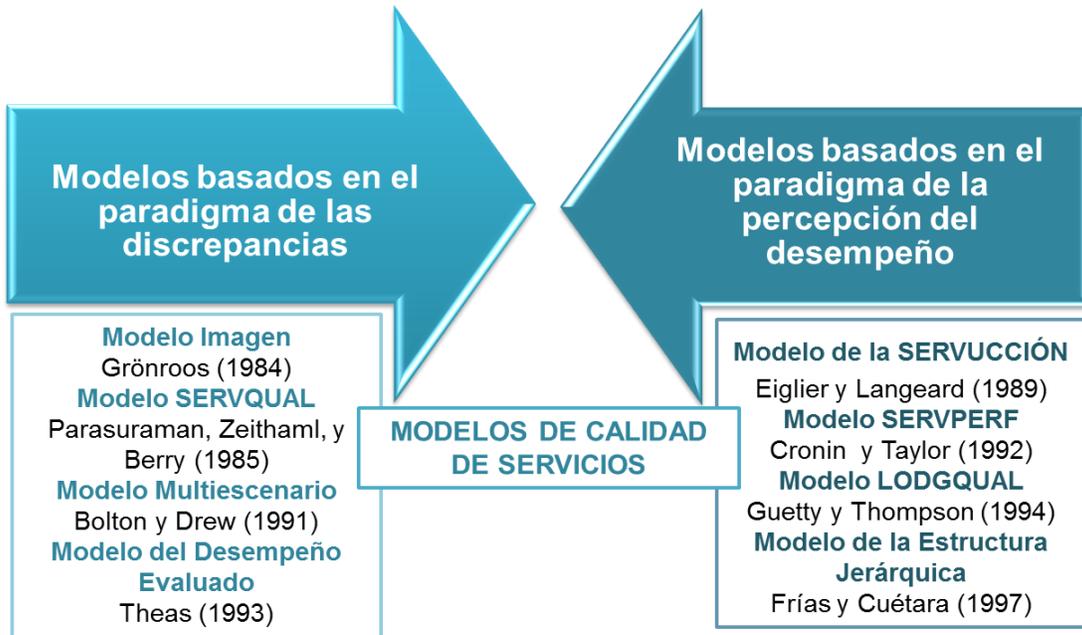


Figura 1.2: Modelos de calidad en los servicios

Fuente: Elaboración propia

En el caso de Cuba, entre los autores que exponen criterios sobre modelos de calidad percibida se encuentran Díaz y Pons (2009), dichos 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 3. El modelo ilustrado sigue el paradigma de las discrepancias y refleja comportamientos probables de acuerdo a las percepciones de calidad de los clientes y deficiencias en los servicios que pueden causar insatisfacciones.

En muchas ocasiones resulta una barrera práctica la realización de estudios que indaguen sobre expectativas y percepciones periódicamente por las propias características de los servicios tan heterogéneos que se ofrecen en diferentes sectores, es por ello que la escala SERVQUAL también se ha validado considerando los preceptos del paradigma de la percepción del desempeño identificándose como SERVPERF. En la mayoría de las empresas

que siguen el SERVQUAL como modelo se realiza un estudio de expectativas para revisar el proceso y su diseño pero la calidad se monitorea periódicamente en función de las percepciones.

En este sentido, aunque existen varias definiciones de calidad del servicio, entre las que se encuentran las mencionadas, se admite de manera general que su determinación debe estar basada en las percepciones de los clientes y así se resalta el concepto de calidad percibida (Camisón, Cruz y González, 2007; Civera, 2008). Denton (1991) asegura que 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.

La calidad percibida puede entenderse 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) luego de profundizar en el tema, esta concepción es la que sustenta el presente estudio que da continuidad a las investigaciones de dicha autora.

Al hacer referencia a la calidad de servicios y a la calidad percibida como su forma de evaluación más acertada no puede obviarse la relación que existe entre esta y la satisfacción, ello ha sido motivo de reflexión para Parasuraman et al. (1988), Riveros y Berne (2003), Civera (2008), Díaz y Pons (2009), Correia y Miranda (2010) y Romero (2011), entre las últimas publicaciones que lo abordan y logran consultarse. Para comprender sus conclusiones se debe partir de la definición propia de satisfacción.

El nivel de satisfacción es el resultado de la evaluación post-consumo y/o post-uso, susceptible de cambio en cada transacción (Civera, 2008). Correia y Miranda (2010) plantean que la satisfacción es el resultado de un proceso de comparación entre expectativas y percepciones. La satisfacción se precisa también como la percepción del cliente sobre el grado en que se han cumplido sus expectativas, conocidas o no por la organización (Organización Internacional de Normalización, 2015).

Una vez definida la satisfacción es necesario subrayar que aunque para autores como Parasuraman et al. (1988) la calidad percibida es una modalidad de actitud, relacionada pero no equivalente a satisfacción, ambas variables dependientes suelen tratarse indistintamente en la literatura.

Riveros y Berne (2003), citando a Bigné, Moliner y Sánchez (1993), concluyen que la calidad percibida del servicio es un antecedente de la satisfacción, no observándose ninguna relación en sentido inverso. Por su parte, Civera (2008) aclara que la satisfacción y la calidad percibida son antecedentes y consecuentes, pese a que también se visualiza la relación entre ambos en una sola dirección. Al respecto 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). Mientras Romero (2011) destaca que la calidad del servicio se ha conceptualizado y medido desde la perspectiva individual del usuario impactando sobre la satisfacción que experimenta.

En resumen, la satisfacción en una transacción concreta viene determinada por la calidad percibida del servicio (Civera, 2008). En la investigación en curso, siguiendo lo establecido por Curbelo (2013) y las consideraciones anteriores, se entiende a la satisfacción como consecuente de la calidad percibida.

Las definiciones abordadas hasta el momento se sintetizan en la Figura 1.3 donde se presentan los conceptos en que se basa el estudio en curso y las relaciones entre las variables dependientes: calidad percibida y satisfacción.

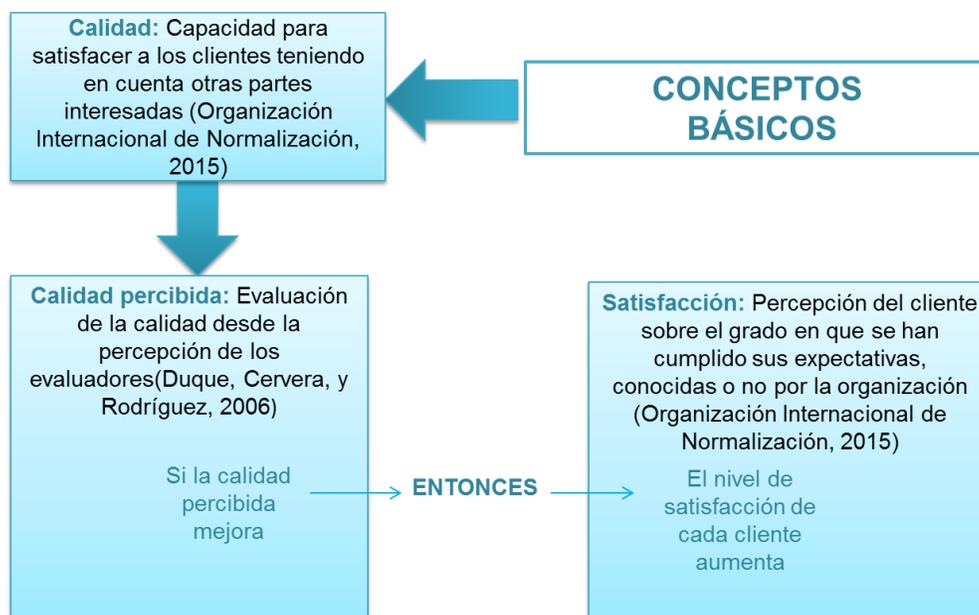


Figura 1.3: Conceptos básicos sobre calidad percibida y satisfacción

Fuente: Elaboración propia

Una vez se han especificado conceptos que no pueden obviarse en la investigación corresponde profundizar sobre cómo se interpretan los mismos para el caso del sector de la salud en que esta se desarrolla.

1.2- Calidad percibida y satisfacción de los usuarios de servicios de asistencia en salud

Los servicios de asistencia en salud se encuentran entre los más complejos que pueden prestarse y cumplen con la totalidad de las características a las que se hace referencia en el apartado anterior. Como en este tipo de procesos el rol de los usuarios o clientes es esencial vale aclarar que se consideran como tal: los pacientes y sus familiares, organizaciones que contratan la provisión de servicios de salud (obras sociales, compañías de seguros, aseguradoras de riesgo de trabajo), otros profesionales de la salud (médico derivante o de cabecera), y la comunidad o una parte de ella; así lo esclarece el Instituto Argentino de Normalización (IRAM, 2003).

En cuanto a las definiciones de calidad de servicios de asistencia en salud en la literatura consultada se identifican un antes y un después de las consideraciones de Donabedian (1980) que tienen un fuerte impacto en el tratamiento de este tema.

Siguiendo esta idea es importante resaltar que la preocupación por la calidad en la asistencia sanitaria, es tan antigua como el propio ejercicio médico. Su origen se encuentra en los papiros egipcios en el Código de Hammurabi o en el tratado La Ley de Hipócrates. En todos los casos la esencia era buscar lo mejor para el paciente, surgiendo el inseparable binomio ética y calidad (Márquez, 2009).

Con el paso de los años y los avances en la gestión en salud resulta importante una mirada más profunda al proceso y la atención a las partes interesadas que en este interactúan, a lo que contribuye Donabedian (1980) cuando establece que la calidad es 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. Luego han ido surgiendo diferentes miradas al tema, en todas los usuarios son muy relevantes cuando de definición de calidad de las prestaciones se trata tal cual lo demuestran algunos criterios compilados a los que se hace referencia seguidamente.

Varo (1993) al definir la calidad de la asistencia sanitaria indica que es la capacidad que, con distinto grado, puede tener una organización o un acto concreto de servicios para satisfacer las necesidades de los consumidores de salud. Mientras Ramos (2004) considera que existe

calidad de la atención de salud, cuando los resultados o efectos de este proceso satisfacen los requisitos de los pacientes (usuarios, clientes), de los trabajadores y, además se cumplen las normas, procedimientos y reglamentos institucionales y del sistema.

Por su parte Ardila (2006) puntualiza que la calidad de la atención en salud radica en la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario.

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

- Calidad técnica o intrínseca: Características técnicas de un bien o servicio que, medidas y comparadas con las de otros productos, permiten establecer un juicio objetivo al respecto.
- Calidad percibida: Impresión que los usuarios tienen sobre la idoneidad de un producto para satisfacer sus expectativas.

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 en el enfermo como sujeto activo en la interacción con el profesional sanitario con una opinión que debe ser buscada y respetada sobre la atención por recibir y los resultados obtenidos.

Además de estos elementos, Casalino (2008) plantea que la calidad en la prestación de servicios de salud tiene una dimensión ética que le es inseparable, que va más allá de las relaciones costo-eficiencia o de satisfacción del usuario y que debe ser reconocida aunque no pueda ser evaluada en los estudios que se hacen de la calidad de servicio.

Atendiendo a la necesidad y relevancia de realizar estudios en relación con la calidad percibida sobre todo en el caso de Cuba, afirmación que se sustenta en la información al inicio de este capítulo, en lo adelante se hace referencia solamente a la calidad percibida que guarda relación directa con la satisfacción como antes se ha planteado.

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.

Ardila (2006) precisa que la calidad percibida en salud hace referencia a un producto subjetivo de la relación usuario- prestador, dado por las características que debe tenerla atención en salud, definidas y medidas a partir de la opinión de los usuarios, para responder a sus necesidades y expectativas.

En función de ello, 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. Personal 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 oportuno satisfacer las necesidades latentes y las extras en que se incluyen elementos como los que se mencionan, estos dos últimos niveles no deben ser descuidados.

Massip, Ortiz, Llantá, Peña e Infante (2008) consideran que la calidad de los servicios de salud refleja la correspondencia de las características de los servicios ofertados a la población con el sistema de normas valorativas explícitas e implícitas que existen en un momento determinado en una sociedad concreta. Estos autores reconocen las siguientes dimensiones de la calidad: componente científico-técnico, accesibilidad, efectividad, satisfacción y eficiencia.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) identifica como componentes básicos de los cuidados de salud de calidad: un elevado grado de excelencia profesional, la eficiencia en la utilización de recursos, riesgos mínimos para los pacientes, satisfacción para los usuarios y obtención de resultados de salud (Correia y Miranda, 2010).

Correia y Miranda (2010) resaltan que la evaluación de la satisfacción del paciente forma parte del proceso de prevención y como tal permite identificar las disfunciones existentes en la organización, así como contribuir al impulso de la mejora de la calidad.

Los estudios anteriores son sólo una muestra de los que existen buscando definir variables y dimensiones asociadas a la calidad y la satisfacción en el sector de la salud para su evaluación, estas dependen de las características de los servicios. En el caso de los servicios ambulatorios, el usuario recibe asistencia y se retira, puede que regrese o no para el seguimiento o que ingrese y pase a la hospitalización en que existe una mayor permanencia en la institución que lo recibe. Precisamente a la evaluación de la calidad percibida se dedica el apartado que sigue.

1.3- Evaluación de la calidad percibida y de la satisfacción de los usuarios de servicios de asistencia en salud

En la gestión de la calidad el control de procesos de servicios es una actividad fundamental que se considera difícil porque concurren muchos aspectos que están determinados por las políticas de salud de cada país, así como por factores objetivos y subjetivos (Márquez, 2009).

Mira y Aranaz (2000) especifican que para la evaluación de la calidad percibida y la satisfacción del paciente existen diferentes vías: buzón de sugerencias, o mediante el análisis de las reclamaciones; grupos focales, grupos nominales, u otras técnicas cualitativas; recurriendo a clientes "cebos" para identificar puntos conflictivos de la prestación; mediante los resultados de auditorías o analizando las preferencias de los pacientes a la hora de elegir un médico o centro sanitario. Estos autores destacan que a pesar de ello las encuestas son la vía más utilizada y con mayor nivel de familiarización por los investigadores.

Díaz y Pons (2009) sugieren que es imprescindible adaptar, modificar o crear nuevas escalas para los 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.

Riveros y Berne (2003) concluyen en su estudio que los métodos existentes no satisfacen plenamente las necesidades de medición de la calidad percibida en el área de la salud. Apuntan que aunque existen varias formas de realizar una evaluación sobre la satisfacción de los usuarios o pacientes de los servicios de salud y la mayoría de estas se basan en un enfoque

multidimensional, los resultados obtenidos están estrechamente relacionados con la técnica de medición utilizada, lo que constituye una limitación.

En la literatura que se consulta aparece una revisión sistemática sobre los instrumentos para la medición de la satisfacción de los usuarios de servicios de salud que realizan Almeida, Martins y Bourliataux-Lajoinie (2015). En la exploración que realizan acceden a artículos en revistas indexadas en bases de datos reconocidas a nivel internacional, las que seleccionan son: MEDLINE (PubMed), LILACS (Virtual Health Library; Bireme/PAHO), SIELO (Scientific Electronic Library Online), Scopus y la Web del conocimiento.

Luego de evaluar la calidad metodológica de los artículos descargados los autores destacan las 37 investigaciones que se listan en el Anexo 4, en estas el tamaño de muestra supera los 80 usuarios y casi todas incluyen variables culturales y sociodemográficas (edad, sexo, ingresos familiares, nivel educacional o área de salud). De las 37 investigaciones, 34 presentan nuevos instrumentos para evaluar la satisfacción lo que indica que no existen instrumentos estandarizados para ello y al validarlos se comprueban comúnmente la validez estructural (validez de constructo) mediante análisis factoriales exploratorios y confirmatorios, y la consistencia interna (fiabilidad) a través del Alpha de Cronbach. Además, existe consenso sobre la multidimensionalidad del constructo.

En aras de profundizar al respecto se realiza un análisis similar de la literatura a la que puede accederse y en el Anexo 5 se listan generalidades de tales estudios particularizando en el tamaño de la muestra, el servicio en que se desarrolla la evaluación, el país, el instrumento que se utiliza y la cantidad de dimensiones. El cuestionario es la herramienta de evaluación más utilizada y se han validado para servicios de hospitalización, atención infantil, urgencias, consulta externa, estomatología, farmacias y atención primaria de salud.

En lo adelante se profundiza sobre la evaluación de la calidad percibida de los servicios de hospitalización y consulta externa, en cada caso se presentan tablas que resumen las variables incluidas en los cuestionarios de evaluación de la calidad percibida y/o la satisfacción que se utilizan en las investigaciones que se consultan. Vale destacar que coinciden algunas variables entre los diferentes autores por servicios mientras otras se van agregando y en ocasiones detallan las anteriores, por tanto no son excluyentes aunque no estén descritas de la misma manera.

1.3.1- Evaluación de la calidad percibida y de la satisfacción en servicios de hospitalización

En los intentos por evaluar la calidad percibida de servicios de salud Mira, Aranaz, Rodríguez-Marín, Buil, Castell y Vitaller (1998) validan un cuestionario para el caso de la atención hospitalaria que nombran SERVQHOS, en este el punto de partida son los estudios de Parasuraman, Zeithaml, y Berry (1985, 1988) mencionados. El cuestionario que diseñan y aplican en el período de posthospitalización tiene 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: mucho peor de lo que esperaba (1), peor de lo que esperaba (2), como me lo esperaba (3), mejor de lo que esperaba (4) y mucho mejor de lo que esperaba (5). 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.

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).

Luego de su creación los autores han aplicado SERVQHOS para evaluar la calidad percibida en hospitales públicos, es el caso de sus estudios del 2000 y 2001. En el 2000 evalúan la calidad

percibida por usuarios de cinco hospitales públicos (Mira, Buil, Aranaz, Vitaller, Lorenzo, Ignacio, Rodríguez- Marín, Aguado y Giménez, 2000). En el 2001 comparan los servicios de dos hospitales, efectuar este estudio aparece una encuesta adicional con tres preguntas sobre: el nombre del médico responsable de su proceso (variable dicotómica), el nombre de la/s enfermera/s asignada (variable dicotómica) y se indaga si los usuarios recomendarían el hospital a otros pacientes (escala de 3 pasos, nunca, sin dudarlo, tengo mis dudas), junto a una cuarta pregunta directa sobre su nivel de satisfacción global tras el alta (Mira, Aranaz, Lorenzo, Rodríguez- Marín, Moyano, 2001).

SERVQHOS también se ha versionado para servicios de atención de enfermería nombrándose SERVQHOS-E, cuestionario diseñado y validado por Barragán y Manrique (2010), y luego sistematizado por Barragán y Moreno (2013), Borré y Vega (2014), y Borré, Lenis y González (2014), estudios que han sido realizados en varias regiones de Colombia. Vale destacar que Borré, Lenis y González (2014) efectúan una revisión del cuestionario original llegando a definir algunos ajustes pertinentes al mismo que son significativos para lograr describir aún más la muestra de encuestados.

El cuestionario SERVQHOS-E se subdivide en cuatro partes. La primera parte describe los objetivos e importancia de la información solicitada al usuario. La segunda parte consta de 16 ítems organizados en las dimensiones calidad objetiva y subjetiva al igual que en el SERVQHOS sólo que algunas variables cambian de dimensión sin variar su concepción, se suprimen las variables interés del personal de enfermería e información que da el médico, y se fusionan en la variable indicaciones para orientarse las de señalización intra y extrahospitalaria. La escala que se utiliza es la misma del SERVQHOS. La tercera es una encuesta adicional sobre la satisfacción global del usuario y aspectos relacionados con la misma. La última parte indaga sobre variables sociodemográficas como edad, sexo, estado civil, nivel de estudios y ocupación. Al final existe un espacio en blanco en el cual el paciente puede escribir sus sugerencias para el mejoramiento de la calidad de la atención hospitalaria (Barragán y Manrique, 2010).

Riveros y Berne (2003) realizan un trabajo que estudia la satisfacción de los pacientes de un hospital público del sur de Chile a través de las percepciones de usuarios sobre distintos aspectos de gestión y elementos del servicio tanto de hospitalización como ambulatorios. El cuestionario que proponen estos autores considera dos grandes grupos de interrogantes: el primer grupo consta de 28 afirmaciones que hacen referencia a aspectos generales de la

gestión del establecimiento hospitalario desde la perspectiva de marketing, mientras el segundo considera 20 ítems en los que se pretende medir el grado de satisfacción del usuario. La escala de respuesta es una escala Likert de siete puntos: para el primer grupo va desde “nunca” (1) hasta “siempre” (7), para el segundo de “completamente insatisfecho” (1) a “completamente satisfecho” (7).

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 las investigaciones que menciona se encuentran las de: Salomon et al. (1999) quienes describen la construcción de una escala para medir la opinión de pacientes hospitalizados sobre la calidad de la atención que reciben; Nathorst-Böös et al. (2001) quienes proponen dos modelos para evaluar la satisfacción de los pacientes que llaman “Calidad desde la perspectiva del paciente” y “Calidad, satisfacción, desempeño”; además de Hendriks et al. (2002) quienes evalúan la validez y confiabilidad de un instrumento llamado “Cuestionario de satisfacción de la atención hospitalaria”.

También destaca este autor que se generan programas de evaluación de resultados que vinculan la calidad percibida y la calidad de vida, y que incluyen la satisfacción del paciente y la mejoría subjetiva de los síntomas, tres de los más conocidos según Attkisson (2013) 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).

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 pacientes 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 Civera (2008) 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.

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 concentrar la atención a debilidades identificadas.

Enfocados a la satisfacción también se cuenta con estudios en servicios específicos, en España se tienen precedentes para el servicio de diálisis a partir de la investigación de Cerro, Matani-Chugani y Santos (2008) en el Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria. El criterio de selección de los pacientes para participar en esta es llevar más de 1 mes de tratamiento, no encontrarse en fase aguda de la enfermedad y no padecer deterioro cognitivo. El cuestionario utilizado consta de 19 ítems que se responden en una escala (Likert) que va desde 1 (los servicios prestados han sido mucho peor de lo que esperaba) a 5 (los servicios prestados han sido mucho mejor de lo que esperaba) y 3 ítems de respuesta dicotómica (sí/no). Este incluye la recogida de datos sociodemográficos y una última pregunta abierta, donde cada paciente puede realizar sugerencias.

Además de la investigación antes mencionada de Riveros y Berne (2003), en Chile se tiene referencia de otros estudios que utilizan la escala presentada por la Superintendencia de Salud. El cuestionario al que se hace referencia consta de nueve apartados con diferentes preguntas que deben responderse utilizando una escala de 1 (muy insatisfecho) a 7 (muy satisfecho), exceptuando el que hace alusión a la limpieza que se clasifica en una escala de 1 (nunca) a 5 (siempre). Luego aparece una pregunta que permite evaluar el cumplimiento de las expectativas y otra relacionada con las futuras recomendaciones del hospital (Superintendencia de Salud, Chile, 2013).

Entre otros estudios que desarrollan diferentes instituciones de salud también aparecen publicados varios trabajos realizados en Perú. Por mencionar algunos de estos, la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital de Santa Rosa aplica una encuesta de satisfacción a usuarios de los servicios de emergencia, hospitalización y consultorios externos. El instrumento que se utiliza es la encuesta SERVQUAL modificada, para su uso en los establecimientos de Salud y Servicio Médico de Apoyo (SMA), la misma que incluye 22 preguntas de expectativas y

22 preguntas de percepciones, distribuidas en los 5 criterios de evaluación de la calidad del modelo (Oficina de Gestión de la Calidad, 2015).

Luego de describir diferentes estudios enfocados a la calidad percibida y/o la satisfacción en servicios de hospitalización, en el Anexo 6 se presentan las variables en los distintos cuestionarios. En los servicios con internamiento del paciente son comunes varias variables y otras se van agregando como nuevos elementos o profundizan en componentes del trato del personal de salud, de la comunicación, de los tiempos en los servicios o de la infraestructura.

Una vez se han analizado investigaciones sobre la evaluación de la calidad percibida y/o la satisfacción en servicios de hospitalización se procede a revisar el tema en los de Consulta Externa.

1.3.2- Evaluación de la calidad percibida y de la satisfacción en servicios de Consulta Externa (SCE)

Entre las actividades ambulatorias que tienen lugar en los hospitales se encuentran los servicios de Consulta Externa (SCE). Colomer (2006) considera en general una consulta como todo acto médico realizado de forma ambulatoria para el diagnóstico, tratamiento o seguimiento de un paciente, la consulta puede acompañarse de pruebas exploratorias.

Con el objetivo de conocer la satisfacción de los pacientes en los SCE hospitalarias se consultan diversas fuentes, específicamente se analizan los trabajos de Andía, Pineda, Sottec, Santos, Molina y Romero (2002); Ortiz, Muñoz, Martín y Torres (2003); Granado de la Orden, Rodríguez Rieiro, Olmedo, Chacón, Vigil y Rodríguez Pérez (2007), Casalino (2008), Vásquez, Arimborgo, Pillhuaman y Vallenas (2009), y Cabello y Chirinos (2012).

Andía et al. (2002), realizan un estudio a los usuarios del Hospital I Espinar en Perú acerca de sus necesidades, sus expectativas, la medida en que estas son cubiertas y su opinión con respecto a la atención que se brinda en el establecimiento. Para ello validan un cuestionario compuesto por 10 dimensiones que es aplicado a pacientes mayores de 12 años de los SCE quienes evalúan en una escala del 1 al 5.

Ortiz et al. (2003) identifican y miden los factores asociados con la calidad de la atención en los SCE de 15 hospitales del sector público en el estado de Hidalgo, México, mediante la opinión que manifiestan los usuarios. Dichos autores aplican un diseño transversal, comparativo y analítico utilizando entre las herramientas un cuestionario compuesto por 6 dimensiones con

una escala de tipo Likert. Para el análisis estadístico se emplea la regresión logística no condicional.

Granado de la Orden et al. (2007) validan un cuestionario diseñado por un grupo de expertos, compuesto por 12 preguntas que se aplica a pacientes de los SCE del Hospital Gregorio Marañón, España. El cuestionario hace referencia a la accesibilidad, la relación interpersonal profesional sanitario-paciente y la comodidad del entorno. Se emplea una escala ordinal del 1 al 10 siendo 1 la respuesta peor valorada y 10 la respuesta mejor valorada. El cuestionario comprende todos los aspectos de la atención, desde que el paciente solicita la citación para la consulta hasta que acude y es atendido.

Casalino (2008) realiza un estudio con el objetivo de determinar la calidad de servicio según la satisfacción percibida por los usuarios en los consultorios externos de Medicina Interna del Hospital Nacional Arzobispo Loayza de Lima, Perú. El instrumento consta de 18 preguntas sobre datos generales del encuestado, 18 preguntas sobre expectativas con el servicio, 18 preguntas sobre percepciones del servicio recibido y 5 preguntas sobre priorización de las dimensiones de la calidad. El cuestionario que se aplica se basa en el modelo SERVQUAL.

Vásquez et al. (2009), en su investigación muestran resultados sobre la calidad de atención que reciben los usuarios del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé de Lima, Perú. Esta investigación es de tipo descriptivo y se establecen varios objetivos, entre los que se encuentran: evaluar la satisfacción de usuarios atendidos en el SCE, medir la confiabilidad del cuestionario utilizado, identificar factores asociados a la satisfacción de los usuarios y determinar tamaños de muestra para un estudio posterior; se selecciona una muestra aleatoria de usuarios de los distintos consultorios que conforman el SCE, todos mayores de 12 años de edad.

De igual manera se revisa el trabajo realizado por Cabello y Chirinos (2012), su objetivo es validar y evaluar la aplicabilidad de encuestas para medir la satisfacción de los usuarios en SCE y emergencia de un hospital público de México. Esta última encuesta se elabora mediante el perfeccionamiento continuo, tomando como base la estructura de la encuesta SERVQUAL original. Los nuevos constructos incluyen: las características de calidad desde la percepción de los usuarios externos de consulta externa y emergencia, y las principales actividades del proceso de atención. Para la calificación de las expectativas y percepciones se utiliza una escala numérica del 1 al 7 en orden de importancia creciente.

En los SCE la escala SERVQUAL es la más utilizada, por esta también se realiza la evaluación de la calidad percibida en el Hospital de Santa Rosa, Perú (Oficina de Gestión de la Calidad, 2015).

En el Anexo 7 se resumen las variables que tienen en cuenta diferentes autores para la evaluación de la calidad percibida y/o de la satisfacción en los SCE.

En las fuentes consultadas no se encontró ninguna evidencia de la realización de estudios similares en hospitales cubanos, lo que puede indicar que las evaluaciones que corresponde estar efectuando no llegan a profundizar en bases teóricas ni en análisis estadísticos que deben desarrollarse para validar instrumentos de evaluación y que fundamentan la realización de esta actividad de control y retroalimentación de modo fiable. Al respecto se hace alusión seguidamente luego de caracterizarse el Sistema Nacional de Salud.

1.4- 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) respaldado por el Ministerio de Salud Pública (MINSAP) 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.

Cumpliendo con estos el SNS se encarga de 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 8. En este prestan servicios 493 368 trabajadores y predominan las mujeres que representan al cierre del 2016, último registro con que se cuenta, un 70.8 % del total (Dirección Nacional de Estadística del MINSAP, 2017).

En el país existen diferentes tipos de instituciones tal cual aparece en el Anexo 9. En el caso de asistencia médica resalta la cantidad de hospitales fundamentalmente generales, clínico quirúrgicos y pediátricos, además del número de policlínicos lo que indica la relevancia de la Atención Primaria de Salud (APS) que es entendida como: “la asistencia ambulatoria basada en métodos y tecnología práctica, científicamente fundamentada y socialmente aceptable; puesta al alcance de la comunidad con énfasis en los individuos, la familia y el ambiente” (Lemus y Borroto, 2008).

En cuanto a los hospitales debe señalarse que de los 150 existentes 124 tienen una dotación supera las 100 camas, específicamente se dispone de 61 041 camas para la asistencia médica y social que equivale a 5.4 camas por cada 1000 habitantes (Dirección Nacional de Estadística del MINSAP, 2017).

En el 2016 se incrementa el número de consultas externas tal cual aparece en el Anexo 10, llegando a realizarse 71 594 464 consultas. Las consultas externas en la APS representan un 92.8% del total siendo el resto en los hospitales, la mayoría de estas tienen lugar en los Consultorios Médicos de la Familia donde radican los Equipos Básicos de Salud (EBS), ofreciendo las cifras: 66 441 814 consultas en la APS y 54 158 209 por los EBS. Los datos anteriores vuelven a evidenciar la importancia de la APS en las prestaciones de servicios de salud a lo que antes se hace referencia (Dirección Nacional de Estadística del MINSAP, 2017).

De acuerdo a las especialidades y en total concordancia con los datos antes expuestos, en el país predominan las consultas de Medicina y como parte de estas las de Medicina General Integral. El resto de las especialidades en orden descendente según el número de consultas externas son: Pediatría, Cirugía, Obstetricia y Ginecología.

En cuanto a la colaboración internacional, Cuba ofrece servicios de salud a 24 países de América entre los que se encuentran Brasil, Ecuador, Haití, México y República Bolivariana de Venezuela. En África del Sur del Sahara se ha intercambiado con países como Angola, Mozambique, Cabo Verde, Sudáfrica, Namibia y otros 22 más. En Oriente Medio y África Septentrional con Argelia y Qatar. En Asia Oriental y el Pacífico con China, Kuwait, Arabia Saudita y 4 países más. En Europa Central y del Este con Portugal y Rusia. En resumen, capital humano cubano presta servicios en 62 países.

La satisfacción de la población con los servicios tiene una importancia destacada para el 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. En función de este y otros temas desde el año 2007 se reconoce la necesidad de revisar las prácticas existentes aplicando métodos científicos que orienten y faciliten la gestión (Ministerio de Salud Pública, 2007).

En el apartado que sigue se hace referencia a las investigaciones efectuadas sobre calidad percibida y satisfacción que hasta el momento se encuentran publicadas en revistas de alto impacto a las que se logra acceder.

1.4.1- Evaluación de la calidad percibida y de la satisfacción en servicios de asistencia en salud de Cuba

En el caso de la evaluación de la calidad percibida de servicios y/o de la satisfacción de los pacientes en Cuba el Sistema Nacional de Salud establece varias vías para conocer los criterios de pacientes y familiares, estas son: (Colectivo de autores MINSAP, 2011)

- La información y participación de los dirigentes en las reuniones de Análisis de la Situación de Salud de la población que se realizan anualmente, y en las reuniones de los Grupos Básicos de Trabajo para el caso de los policlínicos.
- La recogida de opinión a coordinadores de Zona de los Comités de Defensa de la Revolución, Presidentes de Delegaciones de la Federación de Mujeres Cubanas, Presidentes de Bases de la Asociación Nacional de Agricultores Pequeños y los Delegados de las circunscripciones del Poder Popular.

- Opiniones recogidas en las Asambleas de Rendición de Cuenta del Delegado del Poder Popular.
- Quejas, denuncias o reclamaciones realizadas directamente por la población.
- Las encuestas sistemáticas que los psicólogos y otros profesionales o trabajadores capacitados (como atención a la población), realizan a la población.

En el Programa del médico y la enfermera de la familia aparece una metodología para el control del trabajo que realizan. En esta las técnicas que se han de utilizar son: observación directa, entrevistas, encuestas, revisión de documentos, sesiones de trabajo grupal en la comunidad, entre otras que se consideren pertinentes. Como fuentes de información básica para el control se señalan al médico, la enfermera (o), la familia, el policlínico y otros servicios del área de salud, las organizaciones políticas y de masas, los hospitales y documentos como el Análisis de la Situación de Salud, las historias de salud familiar, la hoja de evolución de la familia, la historia clínica individual y la hoja de consulta (Colectivo de autores MINSAP, 2011).

Atendiendo a las encuestas como alternativa de evaluación más utilizada internacionalmente logran consultarse sólo 6 investigaciones efectuadas hasta el 2013 que aportan nuevos cuestionarios para servicios de la APS.

Entre las investigaciones sobre evaluación de calidad y satisfacción que se registran se encuentra la de Chang, Alemán, Cañizares e Ibarra (1999) quienes realizan un estudio comparativo para identificar la satisfacción de los pacientes con la atención médica brindada en los policlínicos Santos Suárez y 30 de Noviembre del municipio 10 de Octubre, en Ciudad de La Habana.

En su análisis Chang et al. (1999) consultan a los pacientes a partir de un cuestionario autoadministrado al final de la consulta y nunca delante del personal médico. Se consideran como esenciales la satisfacción con la higiene, el orden y el confort (estructura), la satisfacción con el trato recibido por médicos, enfermeros, técnicos y el personal de ambulancias (proceso); y la satisfacción con la atención (resultado). Se explora también acerca de la solución del problema motivo de solicitud del servicio como criterio del resultado.

Gómez, Pérez, Moya y Reyes (2004) realizan un estudio de la satisfacción con la atención primaria de salud focalizado al grupo priorizado de los adultos mayores. Se indaga sobre el grado de satisfacción con la atención recibida en diferentes servicios: consultas médicas, enfermería, estomatología, balneario, medios diagnósticos, podología, círculos de abuelos,

asistencia social, farmacia y ambulancias. Se utiliza una escala ordinal clasificando como "no satisfecho" a aquellos que pacientes con opiniones negativas, "poco satisfecho" para los que manifiestan alguna opinión desfavorable, "satisfecho" para los que opinan de forma positiva, y un acápite de "no opina" para los que rehúsan a emitir su criterio. La encuesta es aplicada a ancianos del policlínico San Diego de los Baños, Pinar del Río.

Pérez y García (2005) también hacen un estudio descriptivo retrospectivo en la población de Perea, Yaguajay, Sancti Spíritus, específicamente en el área de salud Policlínico Venegas. En la investigación es objetivo demostrar el grado de satisfacción de la población con la labor de enfermería. El criterio de inclusión es: toda persona atendida en estos consultorios con edad superior a 15 años y que estuviera de acuerdo en participar en el estudio. El criterio de exclusión: todos los pacientes encamados, esquizofrénicos y aquellos con cualquier otro tipo de trastorno mental.

Con el objetivo de conocer la satisfacción de los pacientes con los servicios de estomatología, se consulta el trabajo de Estrada, Rosa, Expósito y Martín (2010) quienes desarrollan una estrategia de intervención para mejorar la calidad de dicho servicio en urgencias del Policlínico Ignacio Agramonte de la provincia de Camagüey. Como parte de su estudio desarrollan encuestas a los prestadores de salud y a los pacientes, además de una guía de observación estructurada.

Entre las variables que consideran en la encuesta a los pacientes se encuentran: información y explicaciones que ofrecen los estomatólogos sobre la salud bucal, tratamientos y otros temas que resulten de interés para los usuarios; existencia de mecanismos de escucha e información al paciente así como la atención a cualquier inquietud, duda o reclamación, trato durante el tratamiento, interés en la solución de los problemas, tiempo de atención e infraestructura (limpieza, disponibilidad de equipos, instrumental y otros recursos, ambiente de los locales).

En función de desarrollar propuestas aplicables en diferentes regiones del país en cuanto a la evaluación de las actividades que se efectúan en la APS se consultan dos tesis doctorales: García (2009) y López (2013), donde la satisfacción no es tema principal pero si muestran formas de medición de esta.

García (2009) propone un algoritmo para la medición de la eficiencia en los policlínicos cubanos, entre los indicadores que considera se encuentra la satisfacción, para ello considera

como casos de estudio 19 policlínicos de Cienfuegos y 40 de Matanzas. Los expertos sugieren que el índice de satisfacción de la población debe ser medido a través de un cuestionario pero como no todos los policlínicos los aplican y no existe una propuesta validada que sea generalizable se emplea, como aproximativo, el número de planteamientos negativos relacionados con los servicios del policlínico recogidos en asambleas de rendición de cuentas. El indicador satisfacción se calcula como aparece en el Anexo 11. Para el caso de la provincia de Cienfuegos se define que el valor esperado de la satisfacción está en el período en estudio por encima del valor observado, por tanto, existen deficiencias.

López (2013) valida un procedimiento metodológico para caracterizar la integración en redes de servicios de salud del primer nivel de atención para lo que también se requiere indagar sobre la satisfacción de la población. En función de ello se identifica, adecua y adopta, a falta de otro referente, un instrumento para la evaluación de la satisfacción en servicios del primer nivel de atención previamente diseñado en la Escuela Nacional de Salud Pública en el año 2012. El estudio se realiza en municipios de las provincias: Pinar del Río, Matanzas, Cienfuegos, Holguín y La Habana. Las dimensiones condicionantes de la integración son: condiciones de locales de atención, tiempo de espera para la atención, información brindada en el proceso de atención y coordinación de problemas de salud por el sistema nacional de salud.

En el Anexo 12 se localiza la lista de variables que se consideran en las investigaciones efectuadas en el país por Chang et al. (1999), Gómez et al. (2004), Pérez y García (2005) y López (2013).

En cuanto a la evaluación de la calidad percibida y satisfacción de los pacientes y sus familiares en Cuba, tal cual se constata en los epígrafes 1.3 y en el presente, se requiere de un incremento en la realización de investigaciones que aporten cuestionarios u otras herramientas que incluyan variables que ya están identificadas como sus condicionantes a nivel internacional y que deben analizarse para cada tipo de servicio que se ofrece en la red de salud del país.

Además tampoco se localiza un número significativo de investigaciones que aporten procedimientos o metodologías de análisis de la calidad percibida, a este particular se hace referencia en el apartado a continuación.

1.5- Procedimientos de evaluación de la calidad percibida de servicios

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, estos se suman al diseñado por Santana y Lorente (2004) para los servicios de restauración, todos los mencionados se explican en lo adelante.

Santana y Lorente (2004) diseñan un procedimiento metodológico para la evaluación de la calidad percibida de los servicios de restauración, basado en el modelo SERVPERF. En el proceso de implementación del procedimiento, se determinan los atributos característicos de este tipo de servicio. Con esta información diseñan un cuestionario, cuya aplicación permite el análisis del estado de la calidad del servicio y de las necesidades, exigencias y preferencias de los clientes. El procedimiento de Santana y Lorente (2004) se localiza en el Anexo 13.

El procedimiento que proponen Díaz y Pons (2009) tiene un total de tres fases y ocho etapas que aparecen en el Anexo 14, 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 15. 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.

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 16.

En Tabla 1.2 se realiza un análisis comparativo de los procedimientos mencionados teniendo en cuenta los servicios en que se han validado, el número de etapas y pasos, las miradas a clientes, procesos y a la mejora continua, y la creación de equipos de trabajo y su capacitación como un paso explícito.

Tabla 1.2: Comparación de procedimientos para evaluar la calidad percibida de servicios

Fuente: Elaboración propia

Procedimientos/ Servicios	Número de		Enfoques a			Creación de equipos de trabajo y capacitación del personal como paso explícito
	Fases o etapas	Pasos	Clientes	Procesos y su descripción	Mejora continua	
Santana y Lorente (2004) Restauración	4	9	Si	No	Si	No
Díaz y Pons (2009) General	3	8	Si	No	Si	No
Moreno (2010) Diseño de software	5	12	Si	Si	Si	Si
González (2013) Bancarios	4	13	Si	Si	Si	Si
Curbelo (2013) Salud	4	10	Si	Si	Si	No

Nótese que 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 y se ha aplicado en varios servicios de salud del 2013 al 2017, a lo que puede sumarse que cumple con principios y requisitos en materia de gestión de la calidad y procesos, y que brinda resultados que tributan a la mejora de estos.

Las temáticas abordadas en este apartado y los anteriores, son de referencia para futuras investigaciones y son la base teórica de la presente.

1.6- Conclusiones del Capítulo I

Al concluir este capítulo puede plantearse que:

1. En el tratamiento del tema calidad y cuando se hace alusión a la calidad de los servicios, los clientes o usuarios juegan un rol esencial y se convierten en los principales evaluadores. Es por ello que en las organizaciones no pueden ser descuidadas las investigaciones al respecto convirtiéndose en una práctica cotidiana que acompañe el control de los procesos mediante indicadores para monitorear la calidad técnica, así debe ocurrir también en los servicios de salud.
2. La calidad percibida y la satisfacción, ambas variables dependientes de los juicios de pacientes y familiares sobre el servicio que reciben, presentan una relación directa de dependencia que en la literatura consultada se describe en varios sentidos considerándose para la investigación en curso la calidad percibida como un antecedente de la satisfacción.
3. Las formas más acertadas para evaluar la calidad percibida y la satisfacción como consecuente de esta se basan en un enfoque multidimensional y el cuestionario es la herramienta más utilizada. Entre las investigaciones consultadas a nivel internacional sobre el tema predominan las que hacen referencia a la atención en los hospitales donde la aplicación de la escala SERVQHOS es un referente importante pero aunque sea una de las más versionadas no puede considerarse un estándar, lo ideal es crear instrumentos para entornos específicos.
4. En Cuba no se localiza un número significativo de trabajos científicos que aporten instrumentos y metodologías de análisis que puedan ser generalizables, pese a que internacionalmente la mayoría de los estudios se desarrollan en los hospitales en este país las investigaciones más consistentes se han efectuado hasta el 2013 y en la Atención Primaria de Salud. La necesidad de aplicar métodos científicos en la gestión claramente

expresada por el Ministerio de Salud Pública es inminente para el tratamiento de temas como la calidad percibida y la satisfacción de los usuarios de servicios del Sistema Nacional de Salud.

5. 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 principios claves para la gestión de la calidad en instituciones de salud.



Capítulo II

CAPÍTULO II- Procedimiento para la evaluación de la calidad percibida de servicios del Centro Especializado Ambulatorio (CEA) de Cienfuegos: descripción y aplicaciones previas

Introducción

En el presente apartado se realiza una caracterización del Centro Especializado Ambulatorio “Héroes de Playa Girón” de Cienfuegos como institución del Sistema Provincial de Salud en que se desarrolla la investigación y se exponen resultados previos en cuanto a la evaluación de la calidad percibida en el mismo siguiendo el procedimiento de Curbelo (2013) que se describe por su relevancia para la investigación en curso.

2.1- Caracterización del Centro Especializado Ambulatorio (CEA) de Cienfuegos como institución del Sistema Provincial de Salud

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 cuenta al cierre del año 2016 con las unidades de atención primaria y secundaria que se presentan en la Tabla 2.1, cantidades que no han variado desde entonces.

Tabla 2.1: Estructura física del SPS

Fuente: (Dirección Provincial de Salud de Cienfuegos, 2016)

Instituciones del SPS	Cantidad
Policlínicos	20
Salas de Rehabilitación	21
Hogares Maternos	5
Hogares de Ancianos	5
Casas de Abuelos	31
Centros de Salud Mental	2
Centro Psicopedagógico	1
Clínicas Estomatológicas	5
Hospitales	3
Farmacias	83
Ópticas	10
Balneario	1
Consultorios Médico de la Familia(CMF)	365

Para la atención hospitalaria dispone la provincia de una dotación de 920 camas: 640 en el Hospital Provincial Clínico Quirúrgico “Dr. Gustavo Aldereguía Lima” (Hospital GAL), 180 en el Hospital Pediátrico Universitario “Paquito González Cueto” (HPU) y 100 en el Hospital Psiquiátrico. Existen 83 farmacias: 8 Principales Municipales, 15 Especiales de área y 57 de Turno Normal, de ellas son productoras 54, 20 Farmacias de Policlínicos, 2 en Unidades Provinciales, además de 3 Hospitalarias. En las prestaciones de servicios de los 20 policlínicos están constituidos 30 Grupos Básicos de Trabajo (GBT) y las interconsultas básicas no se realizan centralizadas sino en los CMF.

El Hospital GAL es el que posee la mayor dotación de camas en la provincia, este fue inaugurado el 23 de marzo de 1979. Por ser único de su tipo en el territorio muestra a partir del año 2000 innegables signos de sobrecarga asistencial, hacinamiento en ciertas áreas e inobservancia de determinadas reglas higiénicas y epidemiológicas, además limitaciones de espacio para crecer en nuevos servicios y prestaciones. La sobrecarga asistencial mencionada se manifiesta fundamentalmente en la incapacidad para dar respuesta a la demandas quirúrgicas en el territorio (Falcón, 2012).

Todo lo anterior hace que en ocasión del 25 aniversario del Hospital GAL se presente al Comandante en Jefe Fidel Castro Ruz la idea de recuperar el inmueble que ocupaba el Hospital Materno de Cienfuegos, antiguo Hospital Civil y en funcionamiento desde 1958, centro que llegó a tener 350 camas dedicadas a la atención ginecobstétrica y neonatal, y que se encontraba cerrado desde el 2000 (Falcón, Ordúñez, De Pazos, Molina, Alomá y Navarro, 2011). Dicho proyecto es aprobado y se indica la recuperación del inmueble el 24 de marzo del 2004 y de manera paralela el mantenimiento capital del Hospital GAL y su modernización tecnológica.

Una vez ejecutada la reparación se inaugura en el 2009 el Centro Especializado Ambulatorio “Héroes de Playa Girón” (CEA) anexo al Hospital GAL donde se desarrollan procesos claves del mismo mostrándose en el tiempo una disminución de las listas de espera quirúrgicas considerando que este es el objetivo de trabajo principal. Seguidamente se caracteriza este centro y sus procesos, objeto de estudio en la presente investigación.

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

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

integran armónicamente la asistencia médica, la educación continuada y la investigación científica en un ambiente de compromiso, solidaridad y pleno respeto para pacientes y trabajadores.

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

En el CEA laboran 405 trabajadores en enero de 2018, la cantidad de personal contratado por categoría ocupacional se especifica en la Figura 2.1 donde aparece esta información también por sexo.

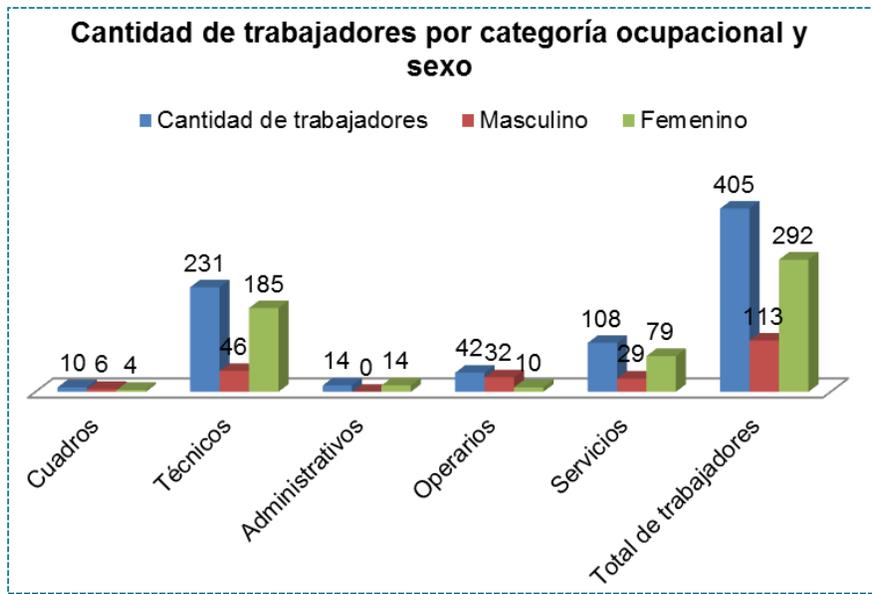


Figura 2.1: Capital humano en el CEA

Fuente: Elaboración propia a partir de (Departamento de Gestión del Capital Humano CEA, 2018)

En esta figura se evidencia que predomina en plantilla el personal técnico y de servicios, y la cantidad de mujeres es representativa en el CEA. En la categoría técnicos se agrupan los médicos, enfermeras, técnicos y tecnólogos de la salud, todo que se detalla en cuanto a cantidad de trabajadores en la Figura 2.2.

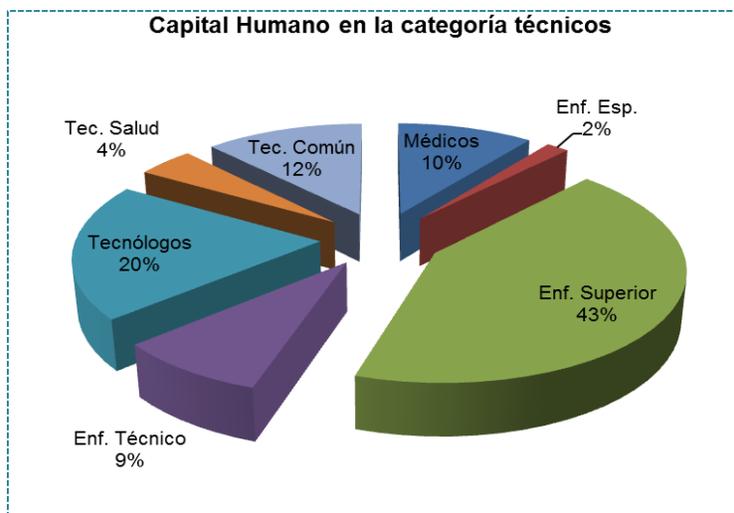


Figura 2.2: Capital humano en la categoría técnicos

Fuente: Elaboración propia a partir de (Departamento de Gestión del Capital Humano CEA, 2018)

En la categoría técnicos el 54% del capital humano realiza labores de enfermería, los técnicos y tecnólogos ocupan el siguiente mayor porcentaje y sólo un 10% son médicos contratados directamente en el CEA porque se cuenta con capital humano compartido con el Hospital GAL, una novedad en optimización de la plantilla, sobre todo desde la concepción de sus planes de trabajo acordes a esta necesidad.

El CEA desde su apertura ha ido incrementando los servicios que brinda, así se evidencia en la Figura 2.3 donde aparecen las cantidades de pacientes atendidos desde el 2009 y hasta el 2017. Inicialmente los servicios que se ofrecen son: Consulta Externa, Quimioterapia, Cirugía Ambulatoria, Cirugía de Corta Estadía, y hospitalización para Rehabilitación; además de rayos X y laboratorio para los exámenes diagnósticos. En el 2010 se agrega la posibilidad de la Diálisis peritoneal, en el 2011 comienzan a efectuarse las Electrofurguraciones y las Dilataciones uretrales, mientras en el 2012 se suman como servicios Hemodiálisis y ultrasonido (UTS). Todos los servicios mencionados se prestan actualmente exceptuando las Dilataciones uretrales que dejan de realizarse en esta institución de salud en el 2011.

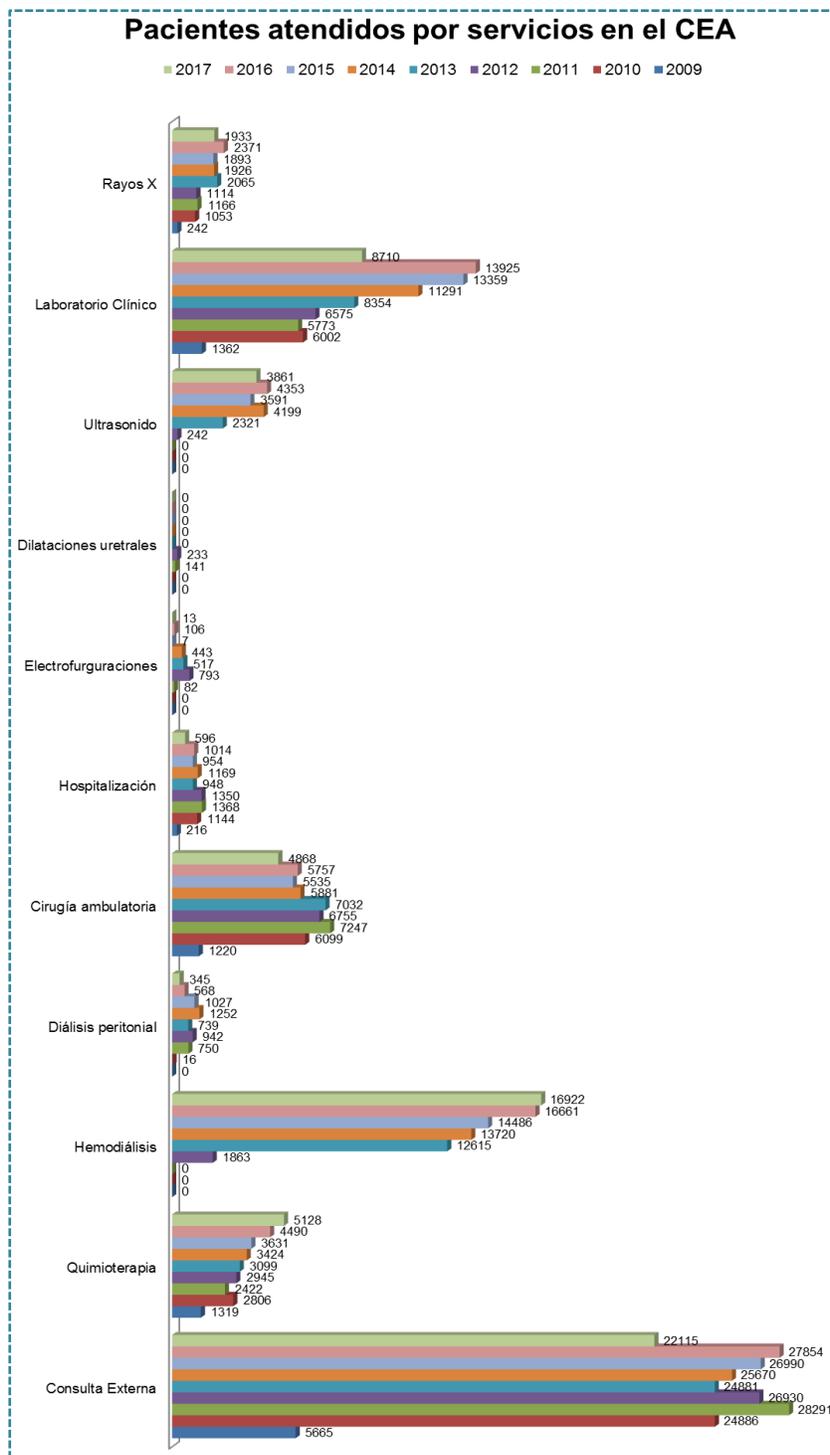


Figura 2.3: Pacientes por servicios que ofrece el CEA 2009-2017

Fuente: Elaboración propia a partir de (Departamento de Estadísticas CEA, 2018)

El SCE se ha mantenido como el que mayor número de pacientes recibe, y tomando como base los datos del cierre del 2017, le siguen las cantidades de sesiones de Hemodiálisis y

Quimioterapia, la cifra de pacientes que se han atendido en el de Cirugía Ambulatoria y los que se han hospitalizado en Rehabilitación, Medicina Natural Tradicional (MNT) o Cirugía de Corta Estadía que son los que brindan esta posibilidad en el momento en que tiene lugar esta investigación. Los de medios diagnósticos según las cantidades de pruebas de laboratorio, UTS y Rayos X, también son significativos como prestaciones del CEA.

Debe aclararse que como se indica antes la información relacionada con Quimioterapia, y Hemodiálisis hace referencia a la cantidad de veces que se ofrece el tratamiento y no a la cantidad de pacientes, es común que los pacientes se atiendan más de una vez, como promedio en el caso del primero de estos servicios los procedimientos se realizan en tres ocasiones por semana si el padecimiento renal es crónico y en el segundo depende del tratamiento pero es al menos una vez por mes.

La disminución en la cantidad de pacientes que se hospitalizan en el CEA se debe a problemas de infraestructura que hacen que la capacidad instalada se afecte en más de un 50%. Detallando al respecto, en el 2014 la hospitalización se realizaba en tres zonas: A con 10 habitaciones, B con 8 habitaciones y C con 4 habitaciones; en este momento de la zona A sólo se utilizan 6 habitaciones (5 con 2 camas y 1 con 4) para pacientes de Rehabilitación que tienen como promedio de estadía 22.7 días, la zona B está cerrada mientras la Zona C dispone de 2 habitaciones para MNT (4 camas) donde permanecen los usuarios por 14.7 días aproximadamente y de 1 para Cirugía de Corta Estadía (2 camas), la otra habitación es utilizada por Quimioterapia con capacidad de 8 butacas atendiendo al incremento en las necesidades de este servicio. La información anterior se complementa con los datos que aparecen en la Figura 2.4.

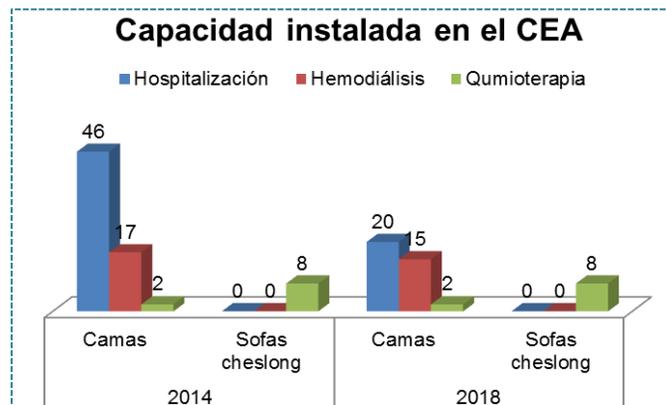


Figura 2.4: Capacidad instalada en el CEA

Fuente: Elaboración propia

En el caso de Hemodiálisis se dispone de 15 posiciones y el servicio se ofrece en cuatro turnos diariamente que como promedio son de 4 horas de duración. La Quimioterapia puede realizarse a 10 pacientes a la vez y a estos se suman lo que son vacunados que utilizan las butacas, o sea, que en total el servicio puede atender a 18 usuarios al mismo tiempo.

En el CEA se mantienen funcionando los 9 salones con que se abrió aunque se han dado irregularidades en el 2017 que ocasionaron su cierre por dos meses, por tanto la Cirugía Ambulatoria no presenta dificultades en cuanto a su funcionamiento en el tiempo de acuerdo a la capacidad instalada.

El servicio de hospitalización que en el 2018 sólo se planifica prestar para Cirugía de Corta Estadía, MNT y Rehabilitación, tal cual se esclarece en la distribución de la capacidad instalada, también se ha brindado en los últimos 5 años para otras especialidades, información que aparece en la Figura 2.5. Vale aclarar que Hematología ingresa pacientes en el primer semestre del 2017 y ya luego los ingresa en el Hospital GAL. El mismo paciente puede rotar por varias especialidades, lo que sucede en mayor medida en el caso de Cirugía y Rehabilitación, situación que ha ido disminuyendo en el tiempo hasta que en el 2017 los ingresos fueron directamente a cada servicio.

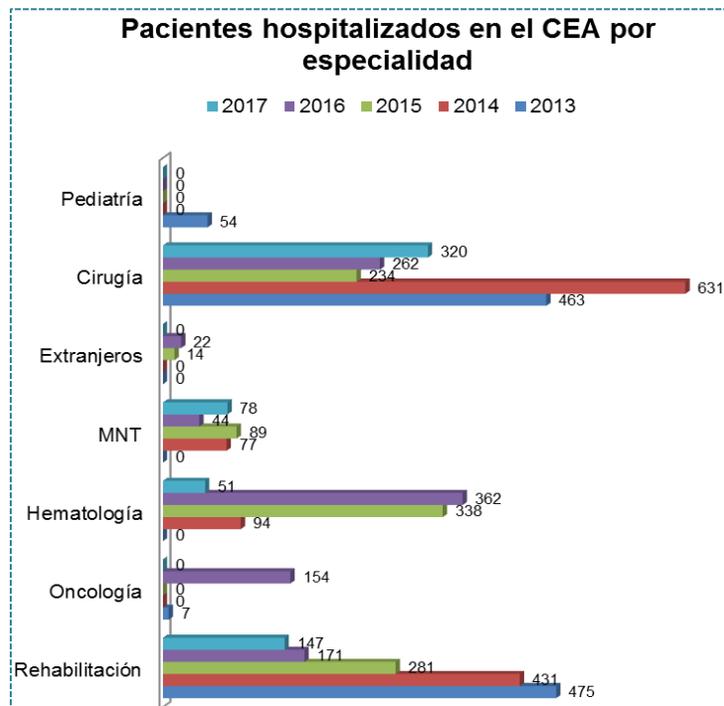


Figura 2.5: Pacientes hospitalizados en el CEA por especialidad

Fuente: Elaboración propia a partir de (Departamento de Estadísticas CEA, 2018)

En el caso del SCE son vistos pacientes de 21 especialidades en el 2017 y de 23 en los últimos 5 años, las que ya no ofrecen consultas en el CEA son Inmunología y Gastroenterología. Las cantidades de consultas por especialidad se presentan en la Figura 2.6. Resaltan las consultas de Oncología, MNT, Cirugía General, Ortopedia, Ginecología, Oftalmología y Reumatología, con más de 1000 pacientes atendidos. Las consultas se efectúan de manera planificada, a tal efecto la dirección del CEA ha elaborado un plan de consultas que contempla los días de Lunes a Viernes.



Figura 2.6: Casos vistos por especialidad en el SCE

Fuente: Elaboración propia a partir de (Departamento de Estadísticas CEA, 2018)

De manera general, el CEA en sus 9 años de funcionamiento ha tratado de mantener los servicios que lo originaron y se han incrementado estos en función de necesidades del Hospital GAL al que se anexa y de la situación de salud en el territorio. La capacidad instalada del CEA si se ha visto afectada y es un anhelo de quienes allí laboran y de su dirección recuperar todos los espacios en la edificación. Dicho centro es único de su tipo en el país y por su relevancia es el elegido por Curbelo (2013) para desarrollar su investigación a la que se da continuidad, los resultados alcanzados por dicha autora y otros que le suceden siguiendo los preceptos que establece en cuanto a la evaluación de la calidad percibida y la satisfacción se analizan en los apartados 2.2 y 2.3.

2.2- Descripción del 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 (Cirugía ambulatoria) del CEA. A partir de la revisión de la literatura que realiza 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 IV etapas y 10 pasos en que se estructura el procedimiento. Cada etapa tiene 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 aplicación se emplean las herramientas que se precisan en la Figura 2.8 y se detallan en el Anexo 17.

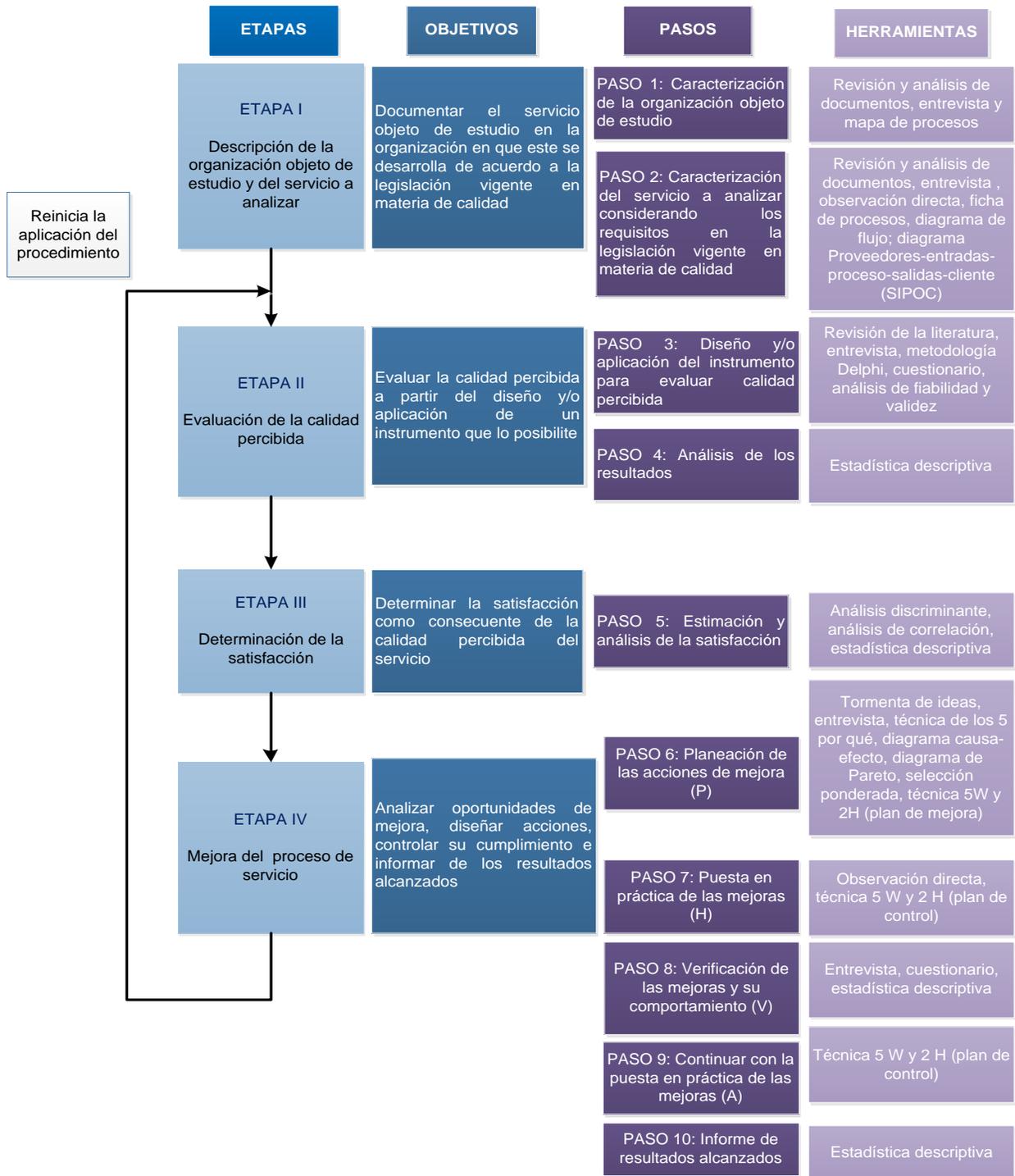


Figura 2.8: Procedimiento para evaluar la calidad percibida de servicios de salud

Fuente: (Curbelo, 2013)

Dada la relevancia que posee en la aplicación del procedimiento el diseño del instrumento de evaluación de la calidad percibida (paso 3), se presenta en el Anexo 18 la propuesta de Curbelo (2010) que es la que esta autora sugiere para ello.

En cuanto al procedimiento y su aplicación 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 evalúa 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.

Debe destacarse que en la segunda etapa del procedimiento en cualquiera de las variantes (primera evaluación o evaluación periódica) es muy importante definir la población (N) que será

asumida en el estudio, las poblaciones deben situarse claramente en torno a sus características de contenido, lugar y en el tiempo (Hernández, Fernández y Baptista, 1998). En el caso de los servicios de salud pueden considerarse como población las cantidades de pacientes atendidos por cada uno de estos en una institución o por grupos de servicios con características comunes.

También es relevante elegir el tipo de muestreo adecuado entre los grupos: probabilístico o no, intentando siempre aplicar el primero de estos que garantiza resultados con mayor fiabilidad. No obstante el resto de las posibilidades no son desacertadas si se llevan a la práctica de manera adecuada. En la Tabla 2.2 se resumen las generalidades de las modalidades de muestreo que compendia Curbelo (2013) luego de analizar los criterios de Hernández et al. (1998), Zapata (2004), y Cortés e Iglesias (2005).

Tabla 2.2: Tipos de muestreo

Fuente: (Curbelo, 2013)

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.
No probabilístico: La elección de los elementos no depende de la probabilidad sino de la decisión del investigador	Muestreo casual: Se toman los elementos de forma casual de acuerdo a las especificidades que establece el investigador.
	Muestreo intencional: El investigador selecciona los elementos que a su juicio son representativos, lo cual exige un conocimiento previo de la población.
	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.
	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.

Para la selección 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 de 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 $K=N/n$.

En el caso del muestreo probabilístico, todas las modalidades dependen del tamaño de la muestra (n) que 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 e Iglesias, 2005):

$$n = \frac{NPq}{\frac{(N-1)B^2}{z^2} + Pq} \quad \text{Ecuación 2.1}$$

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.

Siguiendo la profundización en cuanto a las etapas del procedimiento de Curbelo (2013), en la tercera de estas dicha autora 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 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.

Dada 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 aplicado luego de su validación en servicios de diferente naturaleza de la atención en los hospitales y de la APS.

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

En el apartado 1.4.1 se hace referencia a diferentes vías que el MINSAP establece para la retroalimentación con los pacientes y familiares, y la evaluación de la satisfacción. En el SPS las principales alternativas que se emplean periódicamente son los análisis de quejas, denuncias y reclamaciones, además de las autoencuestas que suelen aplicarse cada semana en las instituciones de salud del nivel secundario de atención y cuestionarios que de manera esporádica y concreta se emplean. También pueden sumarse los planteamientos de los electores a los delegados o presidentes por Consejo Popular.

Los cuestionarios que se aplican han sido desarrollados por la Oficina de Atención a la Población de la Dirección Provincial de Salud y/o los departamentos encargados de administrar los diferentes servicios, no se han validado estadísticamente, además carecen de variables que permitan orientar a la población en su evaluación. Las cantidades de pacientes a encuestar no responden a criterios estadísticos, o sea el muestreo es no probabilístico. Las rutinas para la evaluación de la satisfacción orientan el momento de evaluación pero no se dispone de metodologías que tengan en cuenta la preparación para esta actividad y lo que sucede a su realización para lograr la mejora continua y favorecer la toma de decisiones.

Vale destacar que los resultados de las investigaciones de García (2009) y López (2013), presentados en el acápite 1.4.1, que consideran como caso de estudio servicios de salud del territorio de Cienfuegos, no se han sistematizado.

Son estas deficiencias en la evaluación de la satisfacción las que fundamentan la realización de la investigación de Curbelo (2013); a los resultados de esta y las sucesivas que se integran a la línea de investigación de la autora se hace referencia en lo adelante.

El procedimiento diseñado que se aplica para su validación inicial en el Servicio Quirúrgico Ambulatorio del CEA permite alcanzar los siguientes resultados en el 2013:

- Caracterización general del servicio acorde a las exigencias de la NC ISO 9001: 2008.
- Lista de variables 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*.
- Cuestionario para la evaluación de la calidad percibida teniendo en cuenta el criterio de 95 pacientes del Servicio Quirúrgico Ambulatorio.
- Estimación de la satisfacción a partir de la calidad percibida, lo que le agrega a ello el carácter científico requerido: ecuación y escala para su determinación.
- Alternativas de mejora para las principales deficiencias detectadas.
- 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 aplicado ya en la totalidad de los servicios del Hospital GAL y centros anexos a este (González- Quevedo, 2014; Sampayo, 2014; Díaz, 2014; Cortiza, 2014; Salas, 2014; Hernández, 2015; Fernández 2015), además en servicios de la Clínica Estomatológica de Especialidades (Cuellar, 2015), en la totalidad de los servicios del Hospital Pediátrico Universitario (HPU) “Paquito González Cueto” (Medina, 2016; Enamorado, 2017), en servicios de CMF (Surí y Puerto, 2016), en los policlínicos tomando como caso de estudio el “Cecilio Ruiz de Zárate” (Padrón, 2017), y en las farmacias (Enríquez, 2017).

Teniendo en cuenta las diversas características de los mismos, se han diseñado doce cuestionarios conformados por cuatro apartados: caracterización de los encuestados, evaluación de la calidad de atención, generales y sugerencias:

- En la caracterización de los encuestados se incluyen variables sociodemográficas y otras relacionadas con elementos que permiten describir el servicio y determinar el cumplimiento de normativas existentes.
- La evaluación de la calidad de atención se divide en tres o cuatro listas dependiendo de los actores de salud con que se relacionan los usuarios. La escala que se emplea en los instrumentos es de tipo Likert y todas las proposiciones que se encuentran en estos se orientan a elementos positivos en relación con la calidad del servicio. Las cantidades de variables por dimensión en cada uno de los 12 cuestionarios validados se presentan en el Anexo 19.
- En el apartado generales, en la primera evaluación que se realiza se incluyen interrogantes relacionadas con la satisfacción por listas del cuestionario y con los servicios de las instituciones de salud, además de otras preguntas que resultan de interés para las investigaciones que si se pueden continuar realizando en las evaluaciones periódicas. Las escalas que se utilizan son de tipo Likert y en algunos casos dicotómicas. Igualmente en la primera evaluación se orienta colocar niveles de importancia por dimensiones en el cuestionario, valores que se emplean en la ecuación para la determinación de la satisfacción.

En el Anexo 20 se resumen los cuestionarios validados para los servicios de hospitales teniendo en cuenta que el CEA es la institución de salud objeto de estudio. Para la validación de dichos instrumentos y de los restantes ya mencionados se ha acudido a la cantidad de pacientes y familiares que se presenta en la Tabla 2.3.

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

Fuente: Elaboración propia

Pacientes y familiares encuestados	
Hospital GAL	Cantidad de encuestados
Unidad Organizativa Clínica	439
Unidad Organizativa Quirúrgica	426
Unidad Organizativa de Urgencias	248
Centro Materno Infantil	364
SCE	150
CPEM	96
CEA	359
Total Hospital GAL	2082

Hospital Pediátrico Universitario HPU	
Unidad de Cuidados Intensivos	45
Hospitalización	148
Urgencias Médicas	96
Consulta Externa	96
Total HPU	385
Clínica Estomatológica de Especialidades CEE	
Urgencias	20
Estomatología General Integral	43
Periodoncia	7
Ortodoncia	9
Prótesis	16
Cirugía Máxilo Facial	1
Total CEE	96
Policlínicos	
Urgencias	96
Consulta externa	96
Total Policlínicos	192
Consultorios Médicos de la Familia	1193
Farmacias	196
Total de encuestados	4144

En cuanto a la satisfacción, vista como un consecuente de la calidad percibida, las ecuaciones para determinarla y las escalas de interpretación son otros resultados importantes. En la Tabla 2.4 se presentan las ecuaciones para cada caso de estudio.

Tabla 2.4: Ecuaciones para determinar la satisfacción

Fuente: Elaboración propia

Autor	Ecuación	
Curbelo (2013) Cortiza (2014) Díaz (2014) Salas (2014) González-Quevedo (2014) Sampayo (2014) Fernández (2015) Hernández (2015) Medina (2016) Enamorado (2017)	Hospitales $SG_i = (0.49 * SMe_i) + (0.27 * SEnf_i) + (0.13 * SPS_i) + (0.11 * SInf_i)$	
	Ecuación 2.2	
Cuellar (2015)	Estomatología $SG_i = (0.49 * SE_i) + (0.27 * SPT_i) + (0.13 * SPS_i) +$	
	Ecuación 2.3	

	(0.11*SInf _i)		
Surí y Puerto (2016)	CMF		Ecuación 2.4
	$SG_i = (0.45 * SMe_i) + (0.30 * SEnf_i) + (0.25 * SInf_i)$		
Padrón (2017)	Policlínicos		Ecuación 2.5
	$SG_i = (0.45 * SMe_i) + (0.30 * SEnf_i) + (0.15 * SInf_i) + (0.10 * SPS_i)$		
Enríquez (2017)	Farmacias		
	Pf, Pa e Inf	$SG_i = (0.51 * SPf_i) + (0.22 * SPa_i) + (0.27 * SInf_i)$	Ecuación 2.6
	Pf e Inf	$SG_i = (0.62 * SPf_i) + (0.38 * SInf_i)$	Ecuación 2.7

Donde:

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

S- Satisfacción del paciente i con la atención de Me (médicos), Enf (Enfermeros/Técnicos), PS (Personal de servicios), E (Estomatólogos), PT (Personal técnico), Pf (Personal farmacéutico), o Pa (Personal auxiliar): Se determina como la mediana de los valores por ítems en cada dimensión y por usuario.

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

Para conocer el estado general de la satisfacción con el servicio de Cirugía Ambulatoria, Curbelo (2013) diseña la escala que aparece en la Figura 2.9. El paciente y/o familiar 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 y/o familiares. Dicha escala también se comprueba que puede ser empleada en todos los servicios que se ofrecen en los hospitales y en los policlínicos, además en los de estomatología y de farmacias.

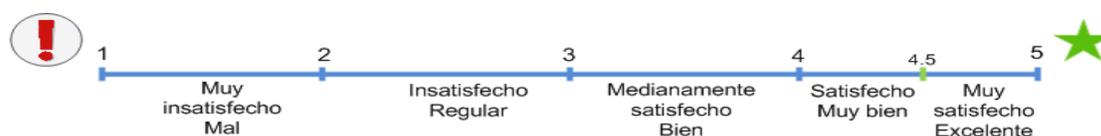


Figura 2.9: Escala para la evaluación de la satisfacción de servicios

Fuente: Curbelo (2013)

En la Figura 2.10 aparece la escala diseñada para la evaluación de la satisfacción en los servicios de CMF, esta se conforma asignando los valores correspondientes en mínimo-medio-alto de las dos escalas empleadas, los valores intermedios sólo son útiles para las listas de médicos y enfermeros. La escala se interpreta de la forma siguiente: El paciente estará muy satisfecho si $SG \geq 3,75$, satisfecho si $3,75 > SG \geq 3$, medianamente satisfecho si $3 > SG \geq 2,75$, insatisfecho si $2,75 > SG \geq 1,5$ y muy insatisfecho si $1,5 > SG \geq 1$.

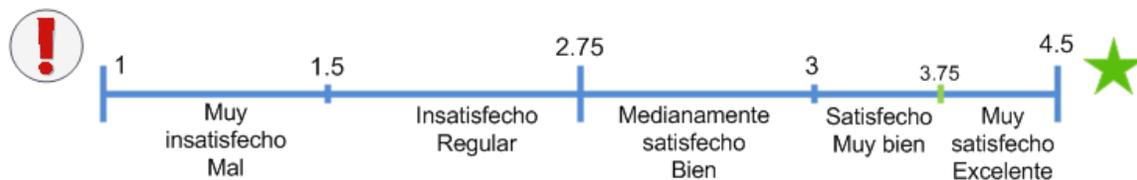


Figura 2.10: Escala para la evaluación de la satisfacción en servicios de Consultorios Médicos de la Familia

Fuente: Surí y Puerto (2016)

En cada uno de los servicios en que se ha realizado el estudio se efectúa 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. 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.

2.3.1- Resultados de aplicaciones previas del procedimiento de Curbelo (2013) en el CEA: 2013

Como antes se indica en el 2013 se valida el procedimiento explicado en el apartado 2.2 en el CEA, concretamente en el servicio de Cirugía ambulatoria, y se aplica en los servicios de Rehabilitación, Quimioterapia y Hemodiálisis, estos últimos resultados son presentados por González-Quevedo (2014), restando por evaluar la Cirugía de Corta Estadía, MNT y SCE, para completar el estudio con el enfoque que propone Curbelo (2013).

En las Figuras 2.11 y 2.12 se muestran los niveles de satisfacción por cada uno de los servicios en que se ha evaluado. En el CEA predominan los usuarios satisfechos y muy satisfechos, las mayores deficiencias se localizan en el servicio de Hemodiálisis seguido por el de Quimioterapia.

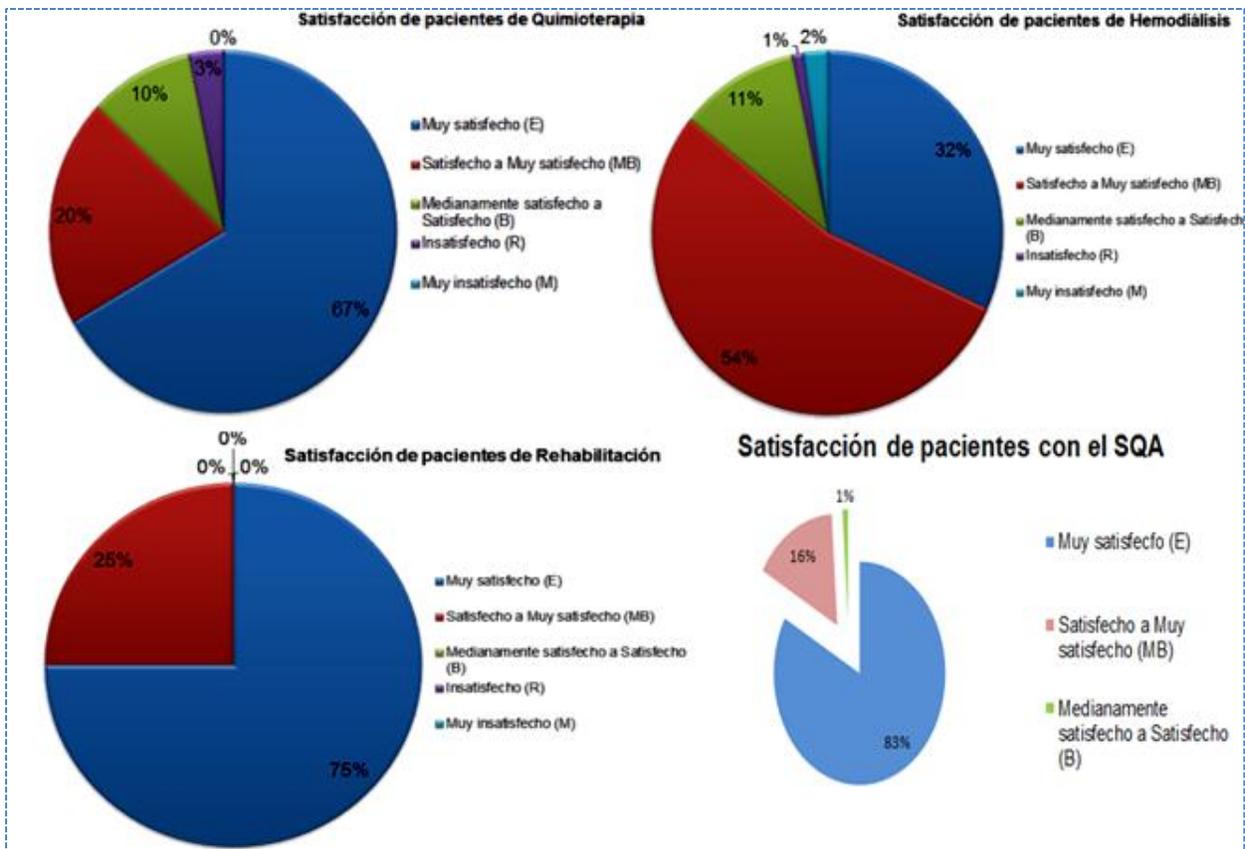


Figura 2.11: Evaluación de la satisfacción de los pacientes y familiares del CEA por servicios estudiados

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

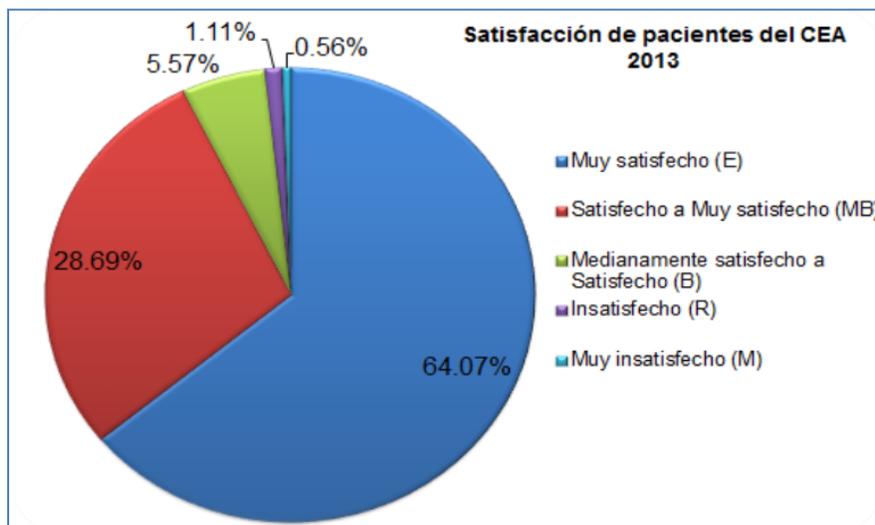


Figura 2.12: Evaluación de la satisfacción de los pacientes y familiares del CEA

Fuente: (González- Quevedo, 2014)

Al concluir tales investigaciones se enfatiza en que las principales oportunidades de mejora se localizan en las variables siguientes:

- Los médicos llegan en el horario fijado para el proceso de atención (Cirugía ambulatoria).
- Los enfermeros se expresan de manera adecuada (Cirugía ambulatoria).
- El personal de apoyo se expresa de manera adecuada (Cirugía ambulatoria).
- Los locales de espera en el hospital tienen adecuadas condiciones (Cirugía ambulatoria).
- La alimentación es acorde a la dieta que debo seguir (Quimioterapia, Hemodiálisis y Rehabilitación).
- Los alimentos están bien elaborados (Hemodiálisis y Rehabilitación).
- Los alimentos se sirven en recipientes limpios y con cuidados (Quimioterapia).
- El personal de servicios realiza su trabajo de manera que no se afectan las labores de médicos y enfermeros, mostrando dominio del mismo (Hemodiálisis).

Cada una de estas variables indicativas de deficiencias motiva la realización de análisis de causas raíces y atendiendo a las que se identifican como tal se proyectan acciones de mejora que deben ser controladas por la dirección del CEA. Las investigaciones son puntos de partida y sus recomendaciones y aportes deben considerarse para la mejora continua de los procesos sobre lo que se indaga en el CEA del 2014 al 2017.

2.3.2- Evaluación de la satisfacción en el CEA: 2014- 2017

Luego de la presentación de los resultados de las investigaciones de Curbelo (2013) y González- Quevedo (2014) y la socialización de estos en diferentes sesiones científicas del sector de la salud, en el CEA no se logra sistematizar la evaluación de la calidad percibida con la base metodológica que se aporta, realidad que difiere de la acogida que tuvo el estudio al darse a conocer a los implicados en los servicios de salud no sólo en dicha institución sino también en el Hospital GAL e incluso por el MINSAP.

Varias son las causas que se han identificado como condicionantes de esta situación a partir de la realización de entrevistas no estructuradas a trabajadores del centro en la categoría técnicos, las principales son las que se mencionan a continuación:

- En las rutinas de los servicios la calidad técnica sigue pesando sobre la calidad percibida porque para la primera de estas dimensiones de calidad los indicadores están claramente establecidos por el MINSAP mientras para la segunda sólo perdura el análisis de las insatisfacciones que se recopilan en autoencuestas y se obvia la base estadística y

metodológica validada, quizás por la simplicidad de la primera de estas variantes que ofrece una evaluación muy subjetiva y poco fiable.

- La mayoría de las evaluaciones de la calidad percibida y de la satisfacción que se efectúan son realizadas por capital humano que labora directamente en los servicios y no por agentes externos a estos o a la institución. Cuando evalúan agentes externos lo hacen a través de entrevistas o autoencuestas también.
- La dirección del CEA ha cambiado y con el cambio no se ha informado de las investigaciones sobre calidad percibida y satisfacción efectuadas, el desconocimiento hace que los directivos exijan las insatisfacciones sin hacer énfasis en la metodología para obtenerlas porque confían en las rutinas establecidas.

Estas condicionantes y la caracterización actual del CEA en el epígrafe 2.1 permiten plantear en el centro existen prácticas que se mantienen como las autoencuestas que no deben ser obviadas pero si vistas como una segunda opción porque apuntan a la subjetividad, han cambiado las condiciones de la infraestructura, y se prestan otros servicios en los que no se ha evaluado la calidad percibida.

Como han transcurrido 5 años desde la primera vez que se llega al CEA y el entorno ha cambiado, vale conocer los criterios sobre los servicios obtenidos mediante las autoencuestas que aplican las enfermeras. Las principales insatisfacciones por servicios son: (Dirección del CEA, 2018)

Quimioterapia Ambulatoria

- Necesidad de mantener la higiene en el salón de espera.
- Necesidad de suministro estable de algunos medicamentos, pues se imposibilita el curso normal del tratamiento médico.
- El Medibus en ocasiones no espera a los pacientes que necesitan regresar a sus lugares de procedencia.
- En ocasiones se retarda la entrada del paciente para la administración de medicamentos.

Hospitalización

- Necesidad de variar el menú.
- En ocasiones la comida no está bien elaborada.
- Necesidad de mantenimiento en las habitaciones para evitar el deterioro y conservar el centro.
- Algunas de las compañeras del servicio de ropa le falta ética profesional.

- La limpieza de las habitaciones debería ser más intensa, con uso de cloro y detergente, pues siempre no se realiza así.
- No todas las auxiliares de limpiezas realizan el trabajo con la misma calidad.
- Necesidad de mantenimiento de los aires acondicionados, en ocasiones sucios.
- Salideros en los baños, que indica falta de mantenimiento o sustitución de los errajes.

Hemodiálisis

- Ropa de cama y para pacientes con mal olor, mal lavada.
- Deterioro de las tallas para pacientes.
- Refieren que la merienda está pobre en variabilidad, en ocasiones mal elaborada, no dulces, no frutas en muchas ocasiones.
- No debían reusarse los capilares (Dializadores).
- Necesidad de más esfigmomanómetros por cubículos.
- Las pesas no sirven.
- Los pacientes de muy lejos deberían estar ubicados en turnos más temprano del día, pues se dificulta el traslado.
- Algunos médicos no dan entrevistas.
- Irregularidades en el horario de recogida en el hogar y regreso al hogar de pacientes con el sistema de taxis.
- Algunas enfermeras no tienen toda la capacitación necesaria para trabajar solas en cubículos.
- No conocen al administrador, cuando era el anterior no pasaba esto, es decir, se preocupaba por la calidad y variabilidad de la merienda pues les preguntaba en sus recorridos.

Medicina Natural y tradicional. (Hospitalizados)

- No se han recogido insatisfacciones.

Quirúrgico ambulatorio.

- En ocasiones las compañeras que trasladan a los pacientes en el área del vestidor no realizan el proceso con toda la cortesía necesaria.
- Algunos pacientes refieren que se les hizo difícil y demorado el turno para la consulta preoperatoria (sobre todo la especialidad de cirugía general).
- La compañera de la recepción quirúrgica en ocasiones no se comunica correctamente con pacientes y acompañantes.

- Necesidad de suspender el turno quirúrgico por falta de agua en el centro o por ausencia del cirujano.

Consulta externa

- Escalera de entrada de pacientes muy incómoda para pacientes con discapacidades y ancianos.
- El baño está roto y cuando está disponible hay uno para ambos sexos.
- Necesidad de un sistema de audio para el llamado de pacientes, pues en ocasiones no se oye.
- Demora para entrar a las consultas médicas (reumatología, cirugía general, medicina interna, por sólo citar algunas).
- Inadecuadas respuestas de la recepcionista.
- Necesidad de teléfono en el interior del centro.
- Existencia de pocas rutas de ómnibus para llegar al centro.

Algunas de las problemáticas presentadas persistentes desde el 2013 lo que indica que la mejora, según el juicio de los pacientes y familiares, si es que ha ocurrido no es tan significativa como para que sea perceptible.

Las razones presentadas fundamentan como una pretensión inmediata que el procedimiento de Curbelo (2013) sea aplicado como una rutina para potenciar el proceso de evaluación de la calidad percibida y de la satisfacción considerando las recomendaciones que en esa investigación se ofrecen, así lo reconoce la dirección actual del CEA con conocimiento del mismo.

2.4- Conclusiones del Capítulo II

Al término de este capítulo puede concluirse que:

1. El CEA es un centro de importancia en el Sistema Provincial de Salud de Cienfuegos, cumple con la misión con que fue creado completando las prestaciones de diez servicios y de tres de medios diagnósticos. En dicha institución ha disminuido la capacidad instalada en los últimos cinco años por deficiencias relacionadas con la infraestructura pero pese a ello el capital humano labora incansablemente para que los servicios fluyan con la calidad técnica requerida.
2. El procedimiento de Curbelo (2013) validado en el CEA para la evaluación de la calidad percibida y la determinación de la satisfacción es pertinente por la relevancia que tienen las variables que facilita evaluar en el Sistema Nacional de Salud donde se requieren

investigaciones sobre estos temas. El mismo, compuesto por IV etapas y 10 pasos, consta de principios que orientan a la organización a enfocarse a sistemas, a procesos y a clientes, los que se constatan en su aplicación en servicios de asistencia en salud de diferente naturaleza demostrándose su flexibilidad, consistencia lógica, adaptabilidad y aplicabilidad en el Sistema Provincial de Salud donde se han encuestado 4144 pacientes y/o familiares hasta el momento. Los enfoques a la mejora continua y al aprendizaje continuo se garantizan si se aplica el procedimiento periódicamente.

3. En el CEA se ofrecen procesos en los que no se han evaluado la calidad percibida y la satisfacción con el enfoque multicriterio, es el caso de los servicios de Cirugía de Corta Estadía, Medicina Natural Tradicional y Consulta Externa. Además, en los servicios ya estudiados (Cirugía ambulatoria, Rehabilitación, Quimioterapia y Hemodiálisis) no se han efectuado evaluaciones periódicas aplicando los cuestionarios validados, la ecuación y la escala para determinar la satisfacción, pese a reconocerse la importancia que tienen estos se continúan utilizando las autoencuestas como una vía muy sencilla de evaluación.
4. En el CEA debe enfocarse la gestión de la calidad no sólo a la calidad técnica sino también a la calidad percibida y el primer paso es cambiar la vía que se aplica para evaluar la satisfacción por el procedimiento validado en el mismo potenciando la mejora y el aprendizaje continuos.



Capítulo III

CAPÍTULO III- Evaluación de la calidad percibida de servicios del Centro Especializado Ambulatorio (CEA) de Cienfuegos

Introducción

En este capítulo se aplica el procedimiento de Curbelo (2013) para la evaluación de la calidad percibida de los servicios que se ofrecen en el Centro Especializado Ambulatorio de Cienfuegos, de estos en el momento en que se efectúa la investigación por cuestiones organizativas no se desarrolla el de Cirugía de Corta Estadía, motivo que justifica que no se considere en el estudio. Los resultados que se alcanzan son empleados para la realización de análisis comparativos entre las evaluaciones del 2013 y la del año en curso, lo que sustenta la toma de decisiones en cuanto a acciones para la mejora.

3.1- 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 Centro Especializado Ambulatorio de Cienfuegos (CEA) se ha descrito de manera general en el Capítulo II, apartado 2.1. En materia de procesos los que se definen como claves pueden agruparse en servicios ambulatorios (Consulta Externa SCE y Cirugía ambulatoria), ambulatorios con mayor estancia en el centro (Quimioterapia y Hemodiálisis) y de hospitalización (Rehabilitación y Medicina Natural Tradicional MNT), por sus características. Estos son los que se consideran objeto de estudio en la presente investigación por tratarse de los servicios operativos que se efectúan actualmente.

Curbelo (2013) diseña el mapa de procesos del CEA y confecciona el diagrama SIPOC. Ambos diagramas básicos para la gestión por procesos se actualizan en esta investigación a partir de herramientas como la revisión de documentos, la observación directa y la entrevista no estructurada a prestadores de servicios y directivos, sus nuevas versiones aparecen en los Anexos 21 y 22. En el caso del mapa se agregan los servicios incluidos luego del 2013 y el SIPOC se ha ajustado en función de la dependencia de esta institución de salud al Hospital GAL, especificándose los proveedores directos que son los que deben establecer relaciones con proveedores externos, además de agregarse otras entradas.

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

Las investigaciones de Curbelo (2013) y González-Quevedo (2014) tienen entre sus aportes los flujogramas de los procesos de Cirugía ambulatoria, Rehabilitación, Quimioterapia y Hemodiálisis. Al revisar estos se decide realizar algunos ajustes atendiendo a su

funcionamiento actual, así se agregan actividades, puntos de decisión y documentos. También en este paso se confeccionan los diagramas de flujo de los servicios: SCE y MNT. Igualmente se emplean como herramientas la revisión de documentos, la observación directa participativa y la entrevista no estructurada. Los diagramas de flujo básico actualizados y confeccionados se presentan en los Anexos del 23 al 28.

Luego de la caracterización y mirada a procesos de los servicios en el CEA se procede a la evaluación de la calidad percibida en estos.

3.2- Etapa II: Evaluación de la calidad percibida

Como se indica en el apartado 2.2 en esta etapa debe analizarse si se cuenta con los cuestionarios validados para la evaluación de la calidad percibida para lo que se revisa también el acápite 2.3. En función de ello se dispone de los cuestionarios siguientes:

- Para el SCE: Cuestionario validado por Hernández (2015) en igual servicio del Hospital GAL.
- Para la Cirugía ambulatoria: Cuestionario validado por Curbelo (2013) en este mismo servicio.
- Para Rehabilitación, Quimioterapia, Hemodiálisis y MNT: Cuestionario validado por González- Quevedo (2014) en el propio CEA.

Los ítems en dichos cuestionarios se resumen en el Anexo 20.

PASO 3- Aplicación de los instrumentos para evaluar calidad percibida

Antes de aplicar los cuestionarios se debe delimitar la población, definir el tipo de muestreo, determinar el tamaño de muestra y el procedimiento de selección de las unidades muestrales, para lo que se tienen en cuenta los análisis que se explican en el Anexo 18 y las consideraciones en el epígrafe 2.2, todo ello se especifica seguidamente.

Delimitación de la población: En el presente estudio se define como población (N): Pacientes y familiares que reciben servicios del CEA de Cienfuegos. Se decide emplear como valor de referencia la cantidad de pacientes atendidos en 2017.

Definición del tipo de muestreo a utilizar: Como tipo de muestreo se selecciona el muestreo probabilístico específicamente el estratificado para los servicios de hospitalización que son Rehabilitación y MNT, mientras en Hemodiálisis, Quimioterapia, Consulta Externa y Cirugía ambulatoria se decide aplicar muestreo aleatorio simple.

Determinación del tamaño de muestra y el procedimiento de selección de esta: Los pacientes o familiares para completar los cuestionarios se eligen aleatoriamente, deben estar dispuestos a responder para poder evaluar la atención que se ofrece. En caso de que no suceda así se escogerá a otro usuario o familiar.

En la determinación del tamaño de muestra se aplica la Ecuación 2.1 del epígrafe 2.2. 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. En la Tabla 3.1 aparecen las poblaciones y las muestras calculadas.

Tabla 3.1: Cantidad de usuarios a encuestar por servicios

Fuente: Elaboración propia

Servicios	Población (N)	Muestra (n)	
		2018	
Consulta Externa	22115	95,62903	96
Cirugía ambulatoria	4868	94,20088	94
Quimioterapia	5128	94,29243	94
Hemodiálisis	16922	95,50362	96
Hospitalización	225	67,51969	68
Totales			448

Para la estratificación de la muestra de hospitalización se determina la fracción del estrato (fh) que luego se multiplica por las cantidades de pacientes atendidos en MNT y Rehabilitación (Nh) resultando el tamaño de muestra por cada una de estas (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 a continuación.

Tabla 3.2: Cantidad de usuarios a encuestar por servicio de hospitalización

Fuente: Elaboración propia

Servicios	Población (Nh)	fh=n/N	Cantidad de clientes a encuestar nh=Nh*fh	nh
MNT	147	0,302222	44,42667	44
Rehabilitación	78	0,302222	23,57332	24

Los cuestionarios para evaluar la calidad percibida en el CEA tal cual se aplican en el 2018 se presentan en los Anexos 29 y 30 con sus códigos para análisis posteriores, estos se dividen en cuatro apartados: datos generales, evaluación de la calidad de atención, satisfacción y

sugerencias. El apartado satisfacción se emplea únicamente en esta evaluación porque en las próximas se debe utilizar sólo la ecuación de Curbelo (2013) para determinarla.

En cuanto a los cuestionarios vale aclarar que se decide unificar el de Curbelo (2013) y el de González- Quevedo (2014) porque sólo difieren en las tres variables de infraestructura que tienen que ver con la alimentación. Cada servicio se identifica a partir de las preguntas en la caracterización de los encuestados, algunas que se agregan en la investigación en curso para profundizar en datos generales de quienes completan las encuestas. De igual manera en el apartado satisfacción se adicionan dos interrogantes relacionadas con el regreso al centro en caso de que los usuarios tuvieran otras opciones y la recomendación de este.

Luego de las precisiones anteriores se aplican los cuestionarios a las cantidades de usuarios calculadas. La revisión de las frecuencias de marcado y los estadísticos descriptivos de las variables en el primer apartado de los cuestionarios permiten realizar la caracterización de los encuestados, los valores obtenidos para el CEA en general se resumen en la Figura 3.1 mientras en los Anexos 31 y 32 se detallan para servicios ambulatorios y en el Anexo 33 para servicios ambulatorios con mayor estancia en el centro y de hospitalización.

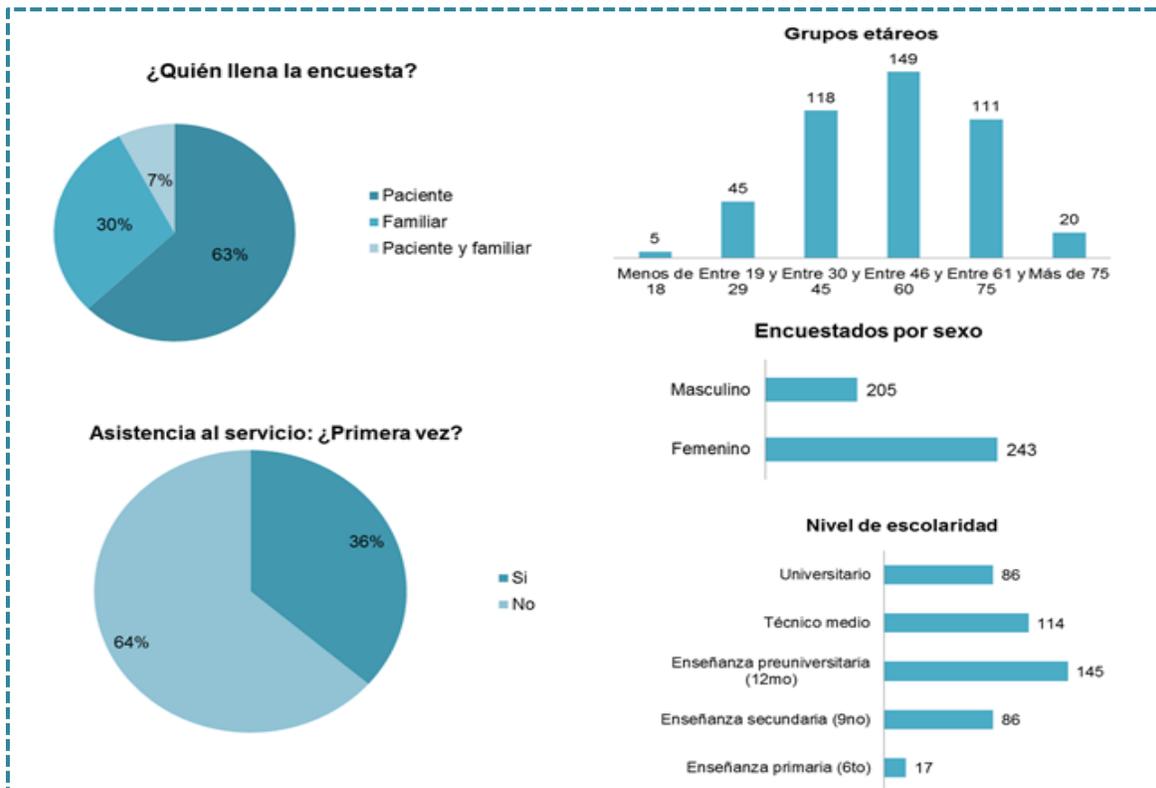


Figura 3.1: Caracterización de los usuarios encuestados en el CEA 2018

Fuente: Elaboración propia

Si se analiza esta figura puede plantearse que predomina la participación de los pacientes como usuarios fundamentales de los servicios de salud entre los encuestados, ya sea porque contestaron solos los cuestionarios o con la ayuda de su acompañante (70%). Además son representativos los encuestados entre 30 y 60 años, y aunque existe mayor contribución del sexo femenino la cantidad de hombres que participan en la investigación se acerca a la mitad de la muestra. Se consultan usuarios con diferentes niveles de escolaridad vencidos siendo significativos los que han culminado el bachiller, y las enseñanzas técnica o universitaria.

Destacan en la muestra los pacientes que ya conocen los servicios sobre lo que se indaga según cada tipo (Anexos del 31 al 33) y únicamente no sucede así para la Cirugía ambulatoria donde el 80% de los encuestados asiste al servicio por primera vez, ello que está condicionado por las características de este e indica en cierta medida la calidad técnica con que se presta. En el caso de Rehabilitación, MNT, Quimioterapia y Hemodiálisis sobresalen los usuarios con más de un año de tratamiento y en el SCE 56 de los 96 encuestados has asistido más de una vez a atenderse. Lo anterior se justifica porque es en el SCE donde se da seguimiento a la mayoría de los casos del resto de los servicios que se ofrecen en el propio CEA.

Después de analizadas las variables en la sección primera de los cuestionarios se procede a comprobar nuevamente las propiedades métricas de los mismos, esta revisión indica si continúan siendo fiables y válidos, todo lo que se efectúa con ayuda del paquete estadístico *IBM SPSS Statistics Versión 19*. 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 las investigaciones de Curbelo (2013), González- Quevedo (2014) y Hernández (2015) luego del trabajo con expertos para la definición de las variables en los cuestionarios lo que no ha variado en este estudio.
- Demostración de la validez de criterio: La validez de criterio se demuestra comparando con resultados de estudios previos de satisfacción, así lo hacen las autoras que validan los cuestionarios lo que se verifica nuevamente en el PASO 4.
- Demostración de la validez de constructo: Se realiza mediante un análisis factorial de componentes principales y rotación Varimax. Inicialmente exploratorio y luego confirmatorio con 4 factores que indican la atención de médicos, enfermeros, el personal de servicios y la infraestructura hospitalaria.

En los Anexos 34, 35 y 36 se localizan los análisis descriptivos para las variables en los cuestionarios por tipo de servicio, sobre los resultados de los mismos se aborda en el PASO 4. En los Anexos 37, 38 y 39 se presenta los resultados del análisis de fiabilidad y de la segunda corrida del factorial donde se precisan cuatro factores. Todo ello se resume en las Tablas 3.3, 3.4 y 3.5 a continuación.

Tabla 3.3: Propiedades métricas del cuestionario aplicado a usuarios de SCE

Fuente: Elaboración propia

Criterios/ Corridas del factorial	Segunda corrida
Alpha de Cronbach	0,975
Tamaño muestral	96
Cantidad de variables	35
Determinante	Determinante= 6,10E-024
KMO	0,881
MSA	Mayor que 0,5 en todos los casos
Significación asintótica de la prueba de Esfericidad de Bartlett	0,000
Cantidad de factores- Por ciento de varianza explicada	4-75,9%
Cargas factoriales en la matriz rotada	Superiores a 0,50 en todos los casos

Tabla 3.4: Propiedades métricas del cuestionario aplicado a usuarios del servicio de Cirugía ambulatoria

Fuente: Elaboración propia

Criterios/ Corridas del factorial	Segunda corrida
Alpha de Cronbach	0,926
Tamaño muestral	94
Cantidad de variables	43
Determinante	Determinante= 1,80E-018
KMO	0,765
MSA	Mayor que 0,5 en todos los casos
Significación asintótica de la prueba de Esfericidad de Bartlett	0,000
Cantidad de factores- Por ciento de varianza explicada	4-53,4%
Cargas factoriales en la matriz rotada	Superiores a 0,50 en todos los casos

Tabla 3.5: Propiedades métricas del cuestionario aplicado a usuarios de servicios ambulatorios con mayor estancia y de hospitalización

Fuente: Elaboración propia

Crterios/ Corridas del factorial	Segunda corrida
Alpha de Cronbach	0, 963
Tamaño muestral	258
Cantidad de variables	46
Determinante	Determinante= 5,58E-024
KMO	0,923
MSA	Mayor que 0,5 en todos los casos, exceptuando en Inf 1 que es 0,337 lo que por cumplirse el resto de los supuestos no se considera significativo
Significación asintótica de la prueba de Esfericidad de Bartlett	0,000
Cantidad de factores- Por ciento de varianza explicada	4-65,7%
Cargas factoriales en la matriz rotada	Superiores a 0,35 valor establecido por Hair <u>et al.</u> (1999) para 250 encuestados

El Alpha de Cronbach mayor que 0,9 en los tres casos indica alta fiabilidad de los cuestionarios. Además se demuestra la validez de constructo al cumplirse los supuestos fundamentales del análisis factorial: determinante distinto de 0, KMO superior a 0,5, correlaciones mediante la prueba de esfericidad de Bartlett y medida de adecuación muestral (MSA) superior a 0,5. Las cargas factoriales son todas significativas y los modelos factoriales prefijando 4 factores explican más de 65 % de la varianza para dos de los casos y más del 50% para el servicio de Cirugía ambulatoria.

Estos resultados indican que los cuestionarios mantienen la fiabilidad y validez demostradas desde su diseño y que pueden continuarse empleando para evaluar la calidad percibida en el CEA.

Una vez se aplica el cuestionario a los 448 usuarios de Consulta Externa, Cirugía ambulatoria, Rehabilitación, MNT, Quimioterapia y Hemodiálisis en el CEA se procede a analizar los resultados en busca de criterios relevantes de los pacientes indicativos de insatisfacciones con tales servicios.

PASO 4- Análisis de los resultados

En este paso se analizan los resultados de los estadígrafos descriptivos que se encuentran en los Anexos del 34 al 36. Al respecto se particulariza considerando las medidas de tendencia central:

- En el SCE 29 de las 35 variables han sido marcadas predominantemente con 4, valor que ocupa su moda. La media se encuentra entre 4 y 4,5 para 27 de las 35 variables. Atendiendo a la mediana: 5 variables tienen mediana superior a 4,5, el resto es de 4 y una es menor que 4.
- En el servicio de Cirugía ambulatoria la moda y la mediana son 4 para todas las variables. La media no supera 4,5 en ninguna de las variables, y se encuentra entre 4 y 4,5 para 34 de las 43 variables.
- En los servicios ambulatorios de mayor estancia en el centro y de hospitalización 22 variables tienen moda 4, igual número tiene moda 5 y 2 variables tienen moda 3. La media es superior a 4,5 en 19 de las 46 variables y menor que 4 en 4 variables.
- En ninguno de los casos existen deficiencias en la atención de enfermería.

El valor de la escala que predomina según han marcado los usuarios es el 4 lo que indica que están “de acuerdo” con las proposiciones en los cuestionarios, redactadas todas en sentido positivo, pero a un mayor porcentaje “totalmente de acuerdo” es a lo que toda organización aspira. En el CEA deben enfocarse a los criterios relevantes que se consideran en esta investigación como aquellas variables con media por debajo de 4 y no dejar de monitorear el resto de las variables para identificar oportunidades de mejora que en el tiempo se traduzcan en el logro de la excelencia desde la perspectiva de los pacientes.

Teniendo en cuenta el criterio anterior se identifican como principales problemáticas las siguientes:

Cuestionario de servicios de hospitalización y ambulatorios con mayor estancia en el CEA

- Los médicos no llegan en el horario fijado para el proceso de atención (Me 13).
- El trato del personal de servicios no es respetuoso (PS 1).
- El personal de servicios no se expresa de manera adecuada (PS 5).
- El hospital tiene una señalización extra hospitalaria inadecuada (Inf 2).
- El sistema de información en el hospital no se ajusta a las necesidades de los usuarios (Inf 3).
- En el proceso de asistencia no se dispone de los equipos para atenderme (Inf 4).

- En el proceso de asistencia no se tiene el instrumental necesario (Inf 5).
- Los locales de espera en el hospital tienen inadecuadas condiciones (Inf 6).
- Las salas tienen inadecuadas condiciones (Inf 7).
- En el hospital no me brindan ropa de cama limpia para mi estancia en el mismo (Inf 9).
- El vestuario que debo utilizar para determinados procedimientos médicos no está limpio (Inf 10).
- La alimentación no es acorde a la dieta que debo seguir (Inf 11).
- Los alimentos no están bien elaborados (Inf 12).
- Los alimentos no se sirven en recipientes limpios y ni con cuidados (Inf 13).

Cuestionario de servicio de Consulta Externa

- Los médicos no llegan en el horario fijado para la realización de los procedimientos médicos (Me 5).
- El turno para la atención médica me ha sido otorgado con demora, he tenido que esperar mucho tiempo (Me 6).
- Los locales de espera no son amplios (Inf 3).
- Los locales de espera disponen no de los asientos necesarios (Inf 4).
- Los locales de espera son ruidosos (Inf 6).
- Los locales de espera no cuentan con un baño para acceso de los pacientes y familiares (Inf 7).

También vale aclarar que se compilan varias sugerencias que tienen que ver con los criterios ya mencionados y con las insatisfacciones presentadas en el apartado 2.3.2, lo que permite asegurar que se mantiene como propiedad métrica la validez de criterio.

En el Anexo 40 se analizan concretamente utilizando la media las problemáticas en cada uno de los servicios de hospitalización y ambulatorios con mayor estancia en el CEA: Cirugía ambulatoria, Rehabilitación, MNT, Quimioterapia y Hemodiálisis. Las problemáticas que se detectan en dos servicios o más son: PS 1, Inf 2, Inf 10 y las relacionadas con la alimentación (Inf 11- 13). Si se comparan estas problemáticas con las del 2013 puede plantearse que persisten: Me 13, PS 5, Inf 6, Inf 11-13, lo que revela que las medidas adoptadas han dado solución sólo temporal a las mismas. En estas problemáticas se profundiza más adelante en el PASO 6.

En cuanto a los servicios se analiza la cantidad de variables indicativas de problemáticas en cada uno de estos y los resultados que se alcanzan son los que aparecen en la Tabla 3.6. El

servicio con menos problemáticas es el de Rehabilitación y los que compilan más problemáticas son: Cirugía ambulatoria, Consulta Externa y Hemodiálisis.

Tabla 3.6: Cantidad de problemáticas por servicios

Fuente: Elaboración propia

Servicios	Cantidad de problemáticas por servicios
Rehabilitación	2
MNT	4
Quimioterapia	4
Hemodiálisis	6
Cirugía ambulatoria	9
Consulta Externa	6

Después de presentados los criterios relevantes de los pacientes y familiares se procede a la determinación de la satisfacción en la etapa siguiente.

3.3- Etapa III: Determinación de la satisfacción

En esta etapa se analizan inicialmente los resultados del apartado satisfacción. La sección mencionada de los cuestionarios incluye preguntas relacionadas con la satisfacción general y por dimensiones, además de dos interrogantes sobre si sugeriría el CEA y si regresaría a este, tal cual se explica previamente. En el Anexo 41 aparecen los descriptivos en general y en el Anexo 42 las frecuencias de marcado por preguntas.

La información en los anexos mencionados permite plantear que el mayor porcentaje de los usuarios está “satisfecho”, según han marcado directamente en los cuestionarios, sin dudas este nivel que predomina tiene de base una “muy buena” calidad percibida pero sin llegar a la excelencia, si se interpreta atendiendo a la escala de Curbelo (2013) en la Figura 2.9.

La atención de los médicos contribuye a una mejor satisfacción en mayor medida en los servicios de Rehabilitación, MNT y Quimioterapia, de igual manera sucede con la atención de los enfermeros, en ambos casos se ubica más del 50% de los encuestados en el nivel máximo de satisfacción. Valores similares se alcanzan en la atención del personal de servicios y en la infraestructura hospitalaria para Rehabilitación quedándose por debajo del 50% en el nivel máximo el resto de los servicios. Este último y el de MNT son los procesos que tienen más pacientes en el nivel máximo de satisfacción con el CEA.

Por otra parte, más del 97% de los pacientes sugeriría el servicio a otras personas y más del 90% aproximadamente regresaría al servicio.

A continuación se procede a la determinación de la satisfacción tomando como base las variables de evaluación de la calidad percibida.

PASO 5- Estimación y análisis de la satisfacción

En la determinación de la satisfacción se tienen en cuenta los análisis efectuados por Curbelo (2013), en la Tabla 2.4 del Capítulo II se presentan las ecuaciones diseñadas en estudios previos para diferentes casos de estudio y en la Figura 2.9 la escala para codificar los resultados de su aplicación en el caso de que tenga 5 niveles.

Los resultados alcanzados se resumen en la Tabla 3.7 y en la Figura 3.2.

Tabla 3.7: Determinación de la satisfacción según Ecuación 2.2

Fuente: Elaboración propia

Niveles	Servicios					
	Rehabilitación	MNT	Quimioterapia	Hemodiálisis	Cirugía ambulatoria	Consulta Externa
Totalmente insatisfecho	0	0	0	0	0	0
Insatisfecho	0	0	0	0	0	1
Medianamente satisfecho	0	0	7	4	12	12
Satisfecho	36	29	51	62	69	45
Muy satisfecho	64	71	42	34	19	42

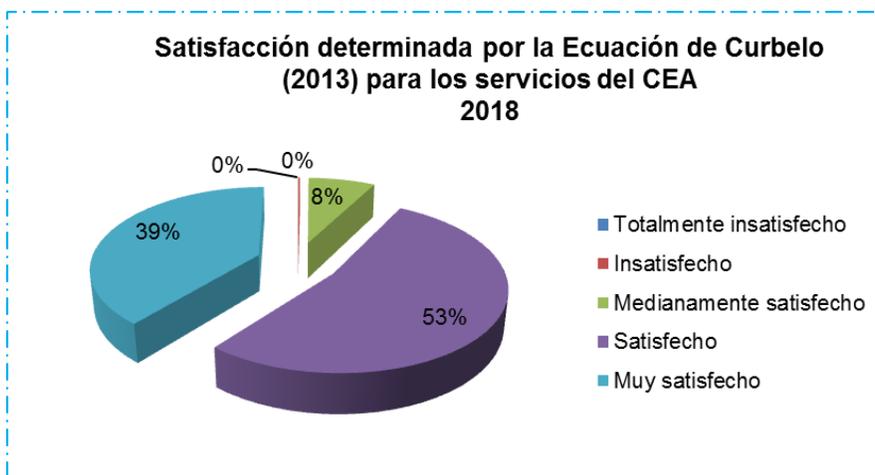


Figura 3.2: Evaluación de la satisfacción en el CEA 2018

Fuente: Elaboración propia

Los valores del porcentaje de usuarios por nivel de satisfacción en la Tabla 3.7 evidencian que los servicios que mayor satisfacción proporcionan son MNT y Rehabilitación mientras los que menos satisfacción generan son Cirugía ambulatoria y Consulta Externa. Estos resultados están condicionados por los pesos de cada factor en la ecuación utilizada donde la atención de médicos es la más relevante y esta sólo presenta deficiencias en los dos servicios mencionados tal cual se expone en el PASO 4.

Si se analiza la satisfacción en el CEA, los resultados coinciden con los marcados por los pacientes y familiares directamente donde más de 50% se localiza en el nivel “satisfecho” con una calidad percibida “muy buena” y el 39% logra los máximos niveles.

En la etapa que sigue se proyectan acciones encaminadas a la mejora para las variables más críticas en el estudio que se realiza en el CEA.

3.4- Etapa IV: Mejora de los procesos de servicios

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

(P)

Las problemáticas mencionadas en el PASO 4 se analizan utilizando como herramientas la observación directa participativa, la entrevista no estructurada a directivos de la organización y a trabajadores, y el diagrama causa-efecto completado en una sesión de trabajo grupal. Así se constata que:

- El capital humano que se retrasa en su mayoría es del propio centro y no del Hospital GAL, no se cuenta con registros de asistencia por lo que las inasistencias e impuntualidades se conocen sólo si son informadas por los jefes de servicios.
- El deterioro constructivo de la edificación hace que la capacidad instalada sea menor que en años anteriores para los servicios que requieren hospitalización, es por ello que se confirma que la demora en los turnos se asocia a la espera para consultas previas a ingresos en servicios como Rehabilitación y MNT.
- Se verifica la señalización externa del CEA y es deficiente, además internamente se carece de la identificación para nuevos servicios como es el caso de MNT.
- En el sistema de información del CEA toda la comunicación es verbal y cara a cara por tanto depende de la preparación de quienes sean los emisores. En el caso de la Cirugía ambulatoria, que es donde se identifica como problemática, el personal de servicios es el

que ofrece información en la mayoría de las ocasiones porque el médico y las enfermeras se encuentran en el salón.

- El personal de servicios no ofrece la información con amabilidad y respeto a los pacientes y familiares por carencias formativas o porque lo hace cómo creen y no se controla periódicamente.
- La carencias asociadas a equipos y efectos médicos en el servicio de Cirugía ambulatoria no impiden la realización de los procedimientos que se efectúan a partir de alternativas que el personal de salud desarrolla, como el CEA es anexo al Hospital GAL debe continuarse prestando atención a la entrega en tiempo de los requerimientos para que estos puedan ser gestionados por la Subdirección de Aseguramientos Médicos.
- En relación con la limpieza de la lencería en ocasiones se carece de productos que son necesarios para garantizarla y no se revisa antes de entregarla a los usuarios, además de que debe cambiarse con mayor frecuencia por las características de los servicios de salud.
- En cuanto a la alimentación que es la problemática peor evaluada en los servicios de hospitalización y ambulatorios con mayor estancia en el CEA, los insumos de cocina se reciben desde diferentes proveedores del territorio a partir de la gestión y pedido de la Subdirección Administrativa del Hospital GAL, lo que está condicionado por la distribución de alimentos que se encuentren disponibles.

En función de los alimentos disponibles y las necesidades nutricionales de los pacientes de los diferentes servicios se elabora el menú por parte de la dietista que hace el plan semanal y debe controlar diariamente los alimentos que reciben los usuarios. Los cocineros se han capacitado con profesores sobre elaboración de alimentos y en su plan de formación se encuentran acciones cuyo cumplimiento debe controlarse y valorar cómo influyen en el desempeño en el proceso en que estos laboran.

En la gastronomía se cuenta con carros para transportar los alimentos y debe velarse porque siempre se lleven de la cocina a las salas o cubículos de tratamiento y se sirvan considerando medidas que garantizan la inocuidad de los alimentos en el momento de servicio sobre lo que debe conocer el personal que desempeña tales funciones.

- Como se ha abordado desde el Capítulo II el CEA ha presentado graves problemas relacionados con la edificación a partir de filtraciones en los techos y por una deficiente instalación previa hidráulico- sanitaria. Con presupuesto aprobado se desarrolla la restauración del mismo para recuperar la capacidad instalada inicialmente.

Los locales de espera en el CEA para la Quimioterapia y Hemodiálisis tienen adecuadas condiciones, en los servicios de Cirugía Ambulatoria y Consulta Externa la aglomeración de

personas afecta por ejemplo para el mobiliario y el ruido, por tanto es algo que debe evitarse y que depende de una correcta planificación en ambos servicios y del cumplimiento de los horarios por los usuarios y la llegada en tiempo de los médicos.

En el Anexo 43 aparece el diagrama causa- efecto que ilustra la información anterior concentrando las causas de la actual calidad percibida en los grupos de problemáticas asociadas a: tiempos, comunicación verbal y señalética, equipos y efectos médicos, lencería, alimentación y condiciones de los locales. En el Anexo 44 se presenta el plan de mejoras que se propone a la dirección del CEA atendiendo a las problemáticas antes analizadas.

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

Mientras se realiza lo anteriormente expuesto se puede proceder a las evaluaciones periódicas aplicando las etapas II y III del procedimiento de evaluación de la calidad percibida, en estos casos es importante la realización de análisis comparativos entre diferentes períodos como los que se realizan en el apartado que sigue.

3.5- Análisis comparativos entre los resultados de la evaluación de la satisfacción en 2013 y 2018

En este momento de análisis en el estudio en curso el objetivo es valorar cuánto ha cambiado el CEA entre 2013 y 2018 tomando como base los resultados de las investigaciones de Curbelo (2013) y de González- Quevedo (2014) que se presentan en el epígrafe 2.3.1, por tanto se compara a partir de los servicios de Cirugía ambulatoria, Rehabilitación, Quimioterapia y Hemodiálisis.

Inicialmente se verifica que los factores (determinados como la mediana de las variables en Me, Enf, PS, Inf según cada paciente) no cumplen con el supuesto de normalidad por tanto se decide aplicar la prueba no paramétrica de U de Mann-Whitney para comprobar si existen diferencias significativas entre la satisfacción en ambos años.

La prueba mencionada evalúa la hipótesis nula de que las medianas de dos variables en estudio es la misma, se considera cada par de variables como la satisfacción en 2013 y en

2018, análisis que se realiza por factor. Utilizando el paquete *IBM SPSS Statistics* Versión 19 se determinan los valores de probabilidad que aparecen en las Tablas 3.8, 3.9, 3.10 y 3.11.

Tabla 3.8: Prueba U de Mann-Whitney para el factor calidad-satisfacción con la atención de médicos

Fuente: Elaboración propia a partir de *IBM SPSS Statistics* Versión 19

Rangos				
	Año de investigación	N	Rango promedio	Suma de rangos
Atención de médicos	2013	359	380,73	136682,00
	2018	328	303,80	99646,00
	Total	687		
Estadísticos de contraste ^a				
Atención de médicos				
U de Mann-Whitney				45690,000
W de Wilcoxon				99646,000
Z				-5,861
Sig. asintót. (bilateral)				,000
a. Variable de agrupación: Año de investigación				

Tabla 3.9: Prueba U de Mann-Whitney para el factor calidad-satisfacción con la atención de enfermeros

Fuente: Elaboración propia a partir de *IBM SPSS Statistics* Versión 19

Rangos				
	Año de investigación	N	Rango promedio	Suma de rangos
Atención de enfermeros	2013	359	377,54	135538,50
	2018	328	307,29	100789,50
	Total	687		
Estadísticos de contraste ^a				
Atención de enfermeros				
U de Mann-Whitney				46833,500
W de Wilcoxon				100789,500
Z				-5,271
Sig. asintót. (bilateral)				,000
a. Variable de agrupación: Año de investigación				

Tabla 3.10: Prueba U de Mann-Whitney para el factor calidad-satisfacción con la atención del personal de servicios

Fuente: Elaboración propia a partir de *IBM SPSS Statistics* Versión 19

Rangos				
	Año de investigación	N	Rango promedio	Suma de rangos
Atención de personal de servicios	2013	359	391,83	140665,50
	2018	328	291,65	95662,50
	Total	687		
Estadísticos de contraste ^a				
Atención de personal de servicios				
U de Mann-Whitney				41706,500
W de Wilcoxon				95662,500
Z				-7,517
Sig. asintót. (bilateral)				,000
a. Variable de agrupación: Año de investigación				

Tabla 3.11: Prueba U de Mann-Whitney para el factor calidad-satisfacción con la infraestructura

Fuente: Elaboración propia a partir de *IBM SPSS Statistics* Versión 19

Rangos				
	Año de investigación	N	Rango promedio	Suma de rangos
Infraestructura	2013	359	410,98	147540,50
	2018	328	270,69	88787,50
	Total	687		
Estadísticos de contraste ^a				
U de Mann-Whitney				34831,500
W de Wilcoxon				88787,500
Z				-10,437
Sig. asintót. (bilateral)				,000
a. Variable de agrupación: Año de investigación				

En todos los factores se verifica que P-Value menor que 0,05 valor de Alpha, ello indica que existen diferencias estadísticamente significativas entre un año y otro, así sucede también para el CEA de manera general lo que se corrobora con igual prueba no paramétrica pero a partir de los resultados de la satisfacción general determinada por la Ecuación 2.2. En la Tabla 3.12 se presenta su valor de probabilidad.

Tabla 3.12: Prueba U de Mann-Whitney para la calidad-satisfacción general de usuarios del CEA

Fuente: Elaboración propia a partir de *IBM SPSS Statistics* Versión 19

Rangos				
	Año de investigación	N	Rango promedio	Suma de rangos
Satisfacción general	2013	359	401,16	144016,00
	2018	328	281,44	92312,00
	Total	687		
Estadísticos de contraste ^a				
Satisfacción general				
U de Mann-Whitney				38356,000
W de Wilcoxon				92312,000
Z				-8,041
Sig. asintót. (bilateral)				,000
a. Variable de agrupación: Año de investigación				

Ya se conoce que existen diferencias significativas, se imponen entonces dos interrogantes: ¿ha mejorado la satisfacción con los servicios del CEA? y ¿cómo se comporta esta variable por servicios? En función de responder las mismas se elabora la Tabla 3.13.

Tabla 3.13: Análisis comparativo según servicios 2013-2018

Fuente: Elaboración propia

Niveles	Servicios								CEA	
	Rehabilitación		Quimioterapia		Hemodiálisis		Cirugía ambulatoria		2013	2018
	2013	2018	2013	2018	2013	2018	2013	2018		
Totalmente insatisfecho	0	0	0	0	2	0	0	0	0.56	0
Insatisfecho	0	0	3	0	1	0	0	0	1.11	0
Medianamente satisfecho	0	0	10	7	11	4	1	12	5.57	8
Satisfecho	25	36	20	51	54	62	16	69	28.69	53
Muy satisfecho	75	64	67	42	32	34	83	19	64.07	39

El nivel de satisfacción que predominaba en el CEA en 2013 era “muy satisfecho” mientras en 2018 es “satisfecho”, por tanto de un mayor porcentaje de pacientes con calidad percibida “excelente” se pasa a lograr un porcentaje representativo con calidad percibida “muy buena”.

En cuanto a los servicios se acompañan los resultados en la tabla anterior de los gráficos de interacciones del análisis de varianza multifactorial (MANOVA) que se obtienen a partir del paquete estadístico *Statgraphics Centurion* Versión 15 y que aparecen en las Figuras 3.3, 3.4, 3.5 y 3.6, tal cual lo sugieren Gutiérrez, Garibay y Díaz (2014). En estas la escala es la siguiente: 1- Cirugía ambulatoria, 2- Rehabilitación, 3- Quimioterapia y 4- Hemodiálisis.

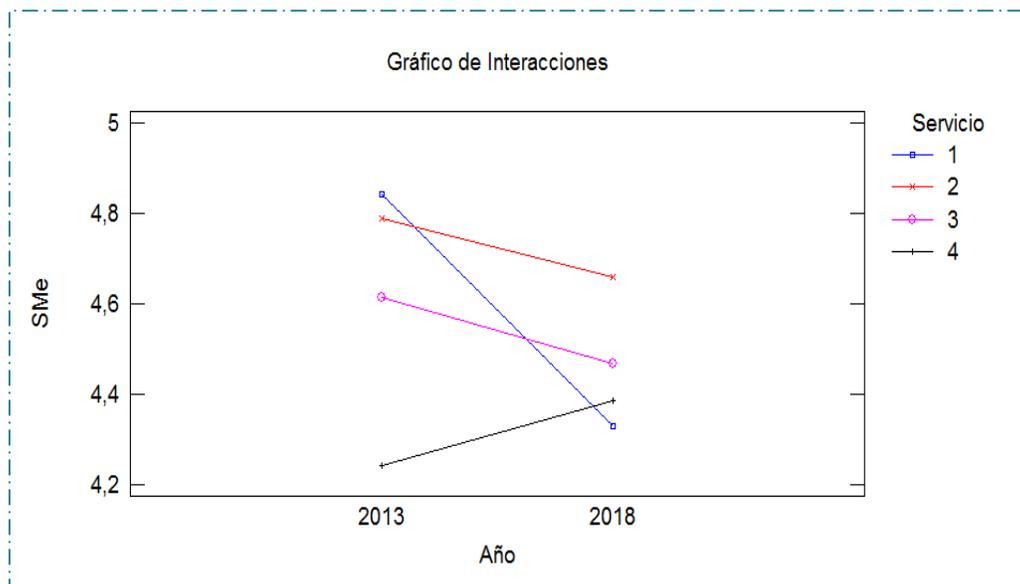


Figura 3.3: Interacciones según año y servicios para la atención de médicos

Fuente: Elaboración propia a partir de *Statgraphics Centurion* Versión 15

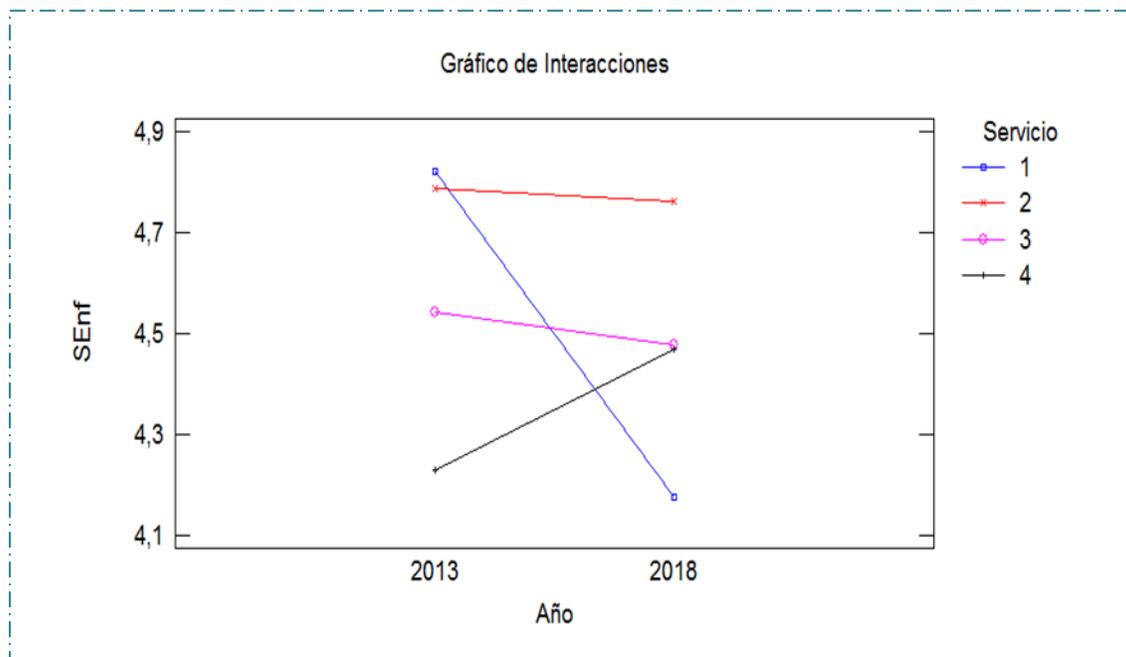


Figura 3.4: Interacciones según año y servicios para la atención de enfermeros

Fuente: Elaboración propia a partir de *Statgraphics Centurion* Versión 15

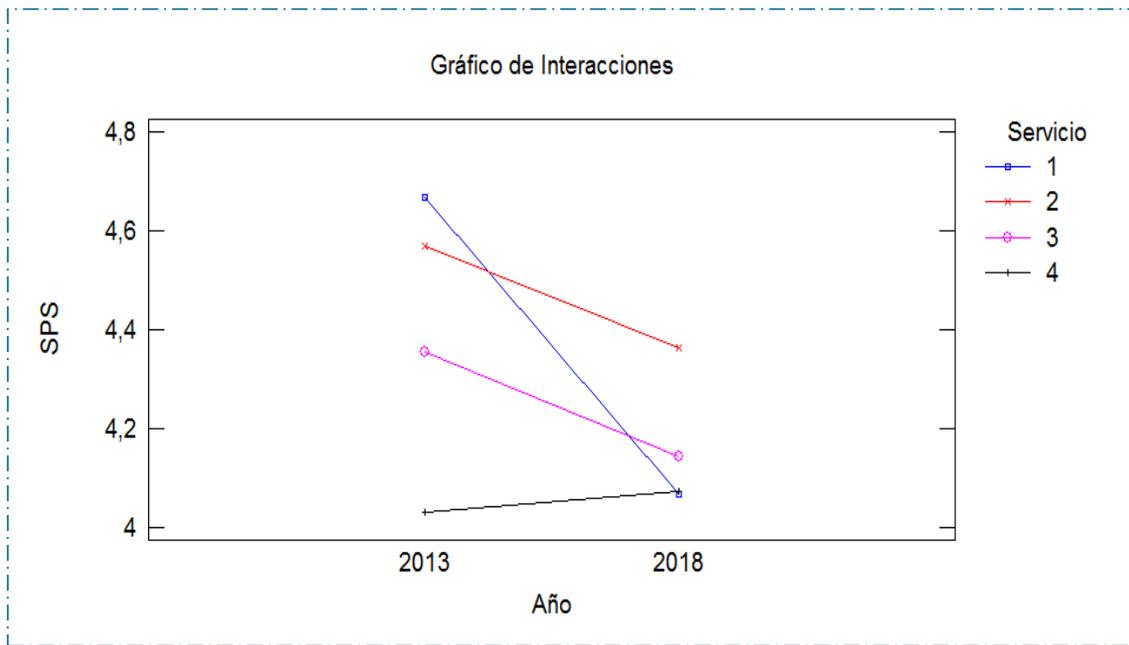


Figura 3.5: Interacciones según año y servicios para la atención de personal de servicios

Fuente: Elaboración propia a partir de *Statgraphics Centurion* Versión 15

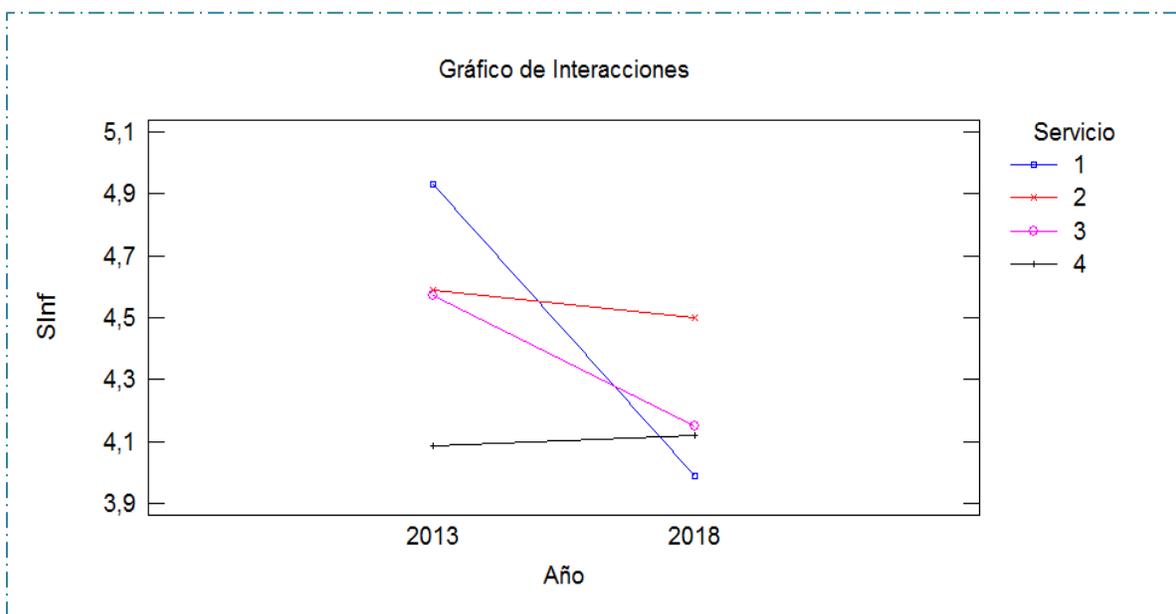


Figura 3.6: Interacciones según año y servicios para la infraestructura hospitalaria

Fuente: Elaboración propia a partir de *Statgraphics Centurion* Versión 15

Atendiendo a los factores la tendencia es decreciente para Cirugía ambulatoria, Rehabilitación y Quimioterapia, estos dos últimos con un comportamiento más estable sobre todo en la atención de médicos y enfermeros, ello indica disminución de la calidad del servicio y de la satisfacción

en menor medida que en el primero de los mencionados. Por su parte, Hemodiálisis es el único servicio que logra mejorar la calidad percibida y satisfacción levemente.

En la Figura 3.7 aparece el gráfico de interacciones para la satisfacción general, esta permite plantear que: la Cirugía ambulatoria pasa de ser la mejor evaluada a ser la peor evaluada seguida, en orden ascendente, por Hemodiálisis, Quimioterapia y Rehabilitación.

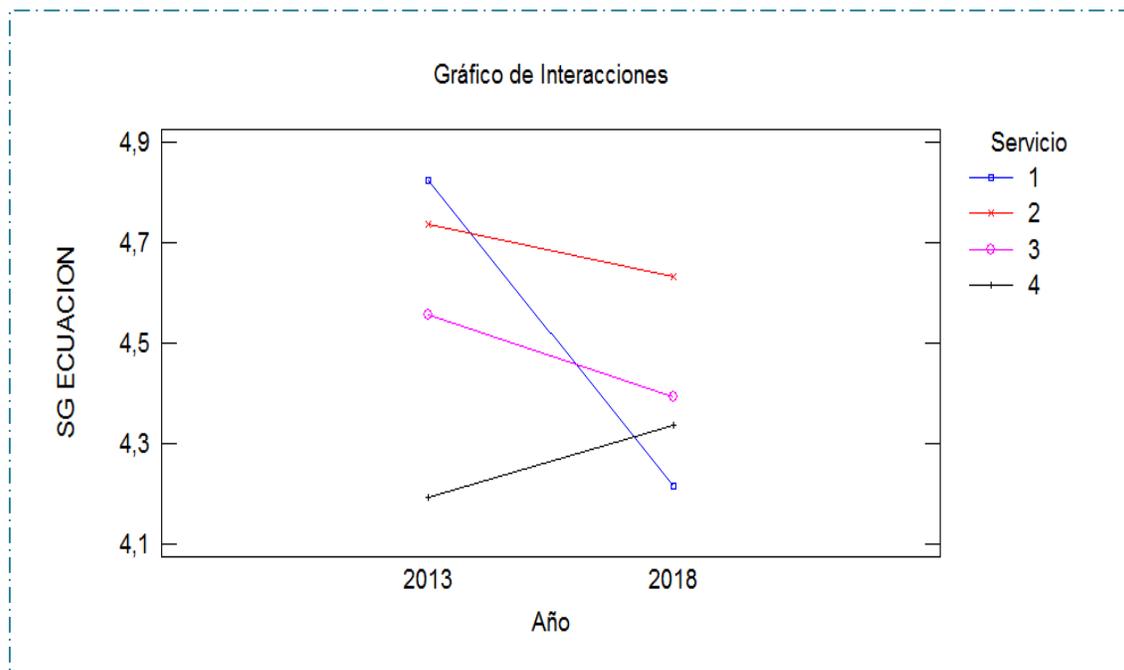


Figura 3.7: Interacciones según año y servicios para la satisfacción de los pacientes

Fuente: Elaboración propia a partir de *Statgraphics Centurion* Versión 15

Aunque en ninguno de los casos la evaluación es indicativa de una mala calidad percibida o de niveles bajos de satisfacción, es importante que la organización se revise y considere lo sugerido en el apartado 3.4 para que la tendencia negativa se revierta y el CEA siga gozando de una muy buena imagen en el sector de la salud.

Para contribuir al monitoreo periódico de la calidad percibida se ofrecen en el epígrafe a continuación varias consideraciones que en el orden metodológico y práctico no deben obviarse intentando fortalecer la vía de evaluación de esta variable y de la satisfacción, lo que constituye interés de la dirección actual del CEA.

3.6- Consideraciones para la evaluación periódica de la calidad percibida y de la satisfacción de los servicios del CEA de Cienfuegos

En este apartado se retoman consideraciones útiles para las evaluaciones periódicas de la calidad percibida y el monitoreo de la satisfacción de los pacientes por parte de los prestadores de servicios de salud que se actualizan luego de la observación directa del funcionamiento de los procesos en estos momentos, de la entrevista no estructurada a trabajadores y directivos, y de una sesión de trabajo grupal para presentar los resultados antes detallados donde se realiza una tormenta de ideas rueda libre para contribuir desde la práctica a la utilización del procedimiento de Curbelo (2013) validado en el CEA.

Es tiempo de responder las interrogantes siguientes: ¿cómo se debe efectuar la evaluación? y ¿quiénes son los implicados?

¿Cómo se debe efectuar la evaluación?

La evaluación debe efectuarse tal cual se ha explicado hasta el momento, o sea, siguiendo el procedimiento de Curbelo (2013). Corresponde a los responsables de dicha evaluación aplicar los cuestionarios para los servicios de Consulta Externa, Cirugía ambulatoria, Rehabilitación, MNT, Quimioterapia y Hemodiálisis.

En función de ello son relevantes tres aspectos:

- Frecuencia de aplicación: Se recomienda que el procedimiento se active trimestralmente. Los cuestionarios deben ser aplicados mensualmente a la muestra determinada por servicios y los resultados deben analizarse al inicio de cada mes en un punto del Consejo de Dirección, para las principales variables que afecten la calidad percibida es relevante la proyección de acciones de mejora cuyo cumplimiento se verifica en el período en estudio. Las encuestas utilizando la tira de papel se continuarán aplicando para conocer insatisfacciones semanales que se llevan a los Consejillos.
- Tipo de muestreo: Cada mes se propone utilizar un muestreo aleatorio simple para conocer los criterios de los pacientes y familiares que reciben los servicios.
- Cantidad de pacientes a encuestar: Las cantidades a encuestar (muestra) para el trimestre pueden determinarse tal cual se ha explicado en la investigación, mensualmente se debe asignar la cantidad de encuestados de forma proporcional.

Vale destacar que también la institución puede elegir realizar muestreo no probabilístico y encuestar a los pacientes de acuerdo a las posibilidades que en la misma se den.

¿Quiénes son los implicados?

Las autoencuestas son aplicadas por las enfermeras en la actualidad y la responsable de su realización y análisis es en primera instancia la Jefa de Enfermeras que tiene varias funciones en el CEA y se sobrecarga con esta actividad que tributa a la retroalimentación para una posterior toma de decisiones, por tanto se ajusta más al proceso estratégico gestión de la calidad que a los claves donde el personal técnico de la salud participa directamente.

En el CEA se cuenta con un Departamento de Calidad donde laboran tres personas, una de estas con responsabilidad compartida con otras funciones en el mismo. Los otros dos especialistas revisan la calidad técnica y es oportuno que también se encarguen del monitoreo periódico de la calidad percibida y de la satisfacción como otra de sus funciones, para lo que se recomienda que se revise el perfil de cargo y se ajuste este. Además deben capacitarse los especialistas y los Jefes de Servicios en el CEA sobre la calidad percibida y la satisfacción, herramientas y procedimientos para su evaluación haciendo énfasis nuevamente en el de Curbelo (2013).

El capital humano referido puede auxiliarse para la recogida de los cuestionarios del personal de enfermería si es que se encuentra en otras actividades pero si debe estar en el momento en que se entregan a los usuarios. Lo importante es que el paciente perciba que quienes evalúan no son parte de su equipo de salud para garantizar valoraciones más críticas en las respuestas y que los niveles que se alcancen sean una fotografía del CEA en diferentes momentos.

El costo de impresión de los cuestionarios aparece en la Tabla 3.14, es la imprenta del MINAZ ubicada en Calle 31 entre 52 y 54, Cienfuegos, la mejor de las variantes.

Tabla 3.14: Costo de impresión de encuestas por millar

Fuente: Elaboración propia

Empresas prestadoras del servicio de impresión	CUP	CUC
	Para un millar	
GEOCUBA- Gráfica Cienfuegos	$2*75.29=150.58$	$2*27.29=54.58$
Propaganda Provincial del Partido Comunista de Cuba	$2*32.64=65.28$	$2* 24.00 =48.00$
Imprenta del Ministerio del Azúcar (MINAZ)	$122.00+197.00=319.00$	-
Prestadores no estatales	$2*5000.00=10\ 000.00$	-

Todo lo abordado en este capítulo orienta de una manera concreta la evaluación de la calidad percibida y de la satisfacción en el CEA para lo que la investigación que se realiza sirve de ejemplo.

3.7- Conclusiones del Capítulo III

Al culminar este capítulo puede plantearse que:

1. El empleo de herramientas para la captación de información, el trabajo en grupo y de análisis estadísticos, permite la aplicación de los pasos del 1 al 6 del procedimiento de Curbelo (2013) para la evaluación de la calidad percibida y de la satisfacción con los servicios de Consulta Externa, Cirugía ambulatoria, Rehabilitación, Medicina Natural Tradicional, Quimioterapia y Hemodiálisis, estos son los procesos clave que se realizan actualmente en el CEA.
2. El diseño de los diagramas de flujo de los servicios de Medicina Natural Tradicional y de Consulta Externa, y la actualización de los ya existentes para Cirugía ambulatoria, Rehabilitación, Quimioterapia y Hemodiálisis, además de la revisión y ajuste del mapa de procesos del CEA y de su diagrama SIPOC, son aportes del presente estudio a la gestión de los mismos.
3. Los cuestionarios que se aplican para la evaluación de la calidad percibida de los diferentes servicios a una muestra de 448 usuarios mantienen adecuadas propiedades métricas para realizarla, estos deben acompañarse de las autoencuestas en el monitoreo periódico de las percepciones y de la satisfacción de los pacientes y familiares.
4. En el CEA predominan los usuarios satisfechos con los servicios, por tanto la calidad percibida en la mayoría de los casos es muy buena aunque existen variables fundamentalmente de infraestructura, atención del personal de servicios y de médicos que afectan la evaluación y pese a que sus valores descriptivos de tendencia central no llegan a los mínimos en la escala, si difieren del comportamiento más representativo (valor cuatro). Dichas variables se analizan a profundidad y se proyectan acciones encaminadas a la mejora. Los servicios más críticos si se comparan con el resto en la propia organización de salud son Cirugía ambulatoria y Consulta Externa, los mejor evaluados son los de hospitalización.
5. El nivel de satisfacción de los usuarios de los servicios del CEA y de calidad como su antecedente disminuye en esta organización de salud entre 2013 y 2018, aunque es sólo un

nivel en la escala si se considera estadísticamente significativa la diferencia. La comparación que se establece permite plantear que el servicio de Cirugía ambulatoria pasa de ser el mejor evaluado en 2013 al que menos satisfacción proporciona en el nivel máximo de la escala en 2018 mientras Rehabilitación y Quimioterapia se mantienen casi estables porque su disminución es en menor medida y Hemodiálisis presenta cierta mejoría.

6. Las consideraciones que se ofrecen para futuras evaluaciones de la calidad percibida y de la satisfacción en cuanto a modo, responsables y costo asociado, orientan la periodicidad de aplicación del procedimiento de Curbelo (2013) en el CEA.



Conclusiones

CONCLUSIONES GENERALES

Al término de esta investigación se concluye:

1. Las investigaciones sobre calidad percibida y satisfacción en el sector de la salud en Cuba son una necesidad reconocida en la revisión de la literatura donde se identifica la carencia de procedimientos y herramientas que faciliten su evaluación. En relación con dicho tema se cuenta con estudios en Cienfuegos cuya aplicación debe ser inminente porque las tendencias a nivel internacional al abordarlo difieren en gran medida de los métodos que se emplean en la cotidianidad en el país, a lo que se contribuye con el estudio que se repite en el Centro Especializado Ambulatorio “Héroes de Playa Girón”, luego de análisis iniciales efectuados en el año 2013.
2. La aplicación del procedimiento de Curbelo (2013) en los servicios de Consulta Externa, Cirugía ambulatoria, Rehabilitación, Medicina Natural Tradicional, Quimioterapia y Hemodiálisis, orienta y facilita el mapeo de estos procesos, la evaluación de la calidad percibida y la satisfacción a partir de cuestionarios previamente validados, además de la proyección de acciones de mejora a los criterios relevantes de los pacientes que se consideren como problemáticas.
3. En el Centro Especializado Ambulatorio el nivel de calidad percibida por el mayor porcentaje de los encuestados es muy bueno, ello condiciona que predominen los usuarios satisfechos. Los servicios mejor evaluados son los de hospitalización y los que cuentan con menos pacientes y familiares en los niveles máximos de la escala de satisfacción son Cirugía Ambulatoria y Consulta Externa. Las problemáticas existentes se asocian a los tiempos de espera, la comunicación verbal y la señalización, la existencia de equipos y efectos médicos, el estado de la lencería, la alimentación y las condiciones de los locales; por tanto, tienen que ver con la infraestructura hospitalaria, la atención del personal de servicios y de los médicos.
4. Los niveles de calidad percibida y satisfacción han disminuido en los últimos cinco años en los servicios de Cirugía ambulatoria, Quimioterapia y Rehabilitación mientras Hemodiálisis ha mejorado levemente, todo lo que se constata luego de la realización de análisis comparativos por factores en los cuestionarios y para el caso de la satisfacción general. Estos resultados indican que se debe continuar trabajando por la excelencia, pese a que la tendencia en el tiempo es decreciente los niveles alcanzados en la evaluación actual no son críticos.

5. Las precisiones que se realizan encaminadas a la implementación del procedimiento en el Centro Especializado Ambulatorio en cuanto a la forma en que debe efectuarse la evaluación de la calidad percibida y de la satisfacción, los posibles responsables y su costo asociado orientan para que este sea la alternativa metodológica que se emplee periódicamente y no sólo en momentos concretos, un anhelo del equipo investigativo con el que concuerda la actual dirección de dicha institución de salud.



Recomendaciones

RECOMENDACIONES

Se recomienda a la Dirección del Centro Especializado Ambulatorio “Héroes de Playa Girón” de Cienfuegos:

- Realizar la evaluación de la calidad percibida y de la satisfacción en el servicio de Cirugía de Corta Estadía.
- Implementar las acciones de mejora que se proponen para las variables que en mayor medida afectan la calidad percibida y la satisfacción de los pacientes en estos momentos para dar continuidad a la aplicación del procedimiento de Curbelo (2013).
- Revisar el perfil de cargo de los trabajadores en el Departamento de Calidad y ajustar funciones para que realicen la evaluación de la calidad percibida y de la satisfacción como parte de sus actividades cotidianas.
- Establecer relaciones contractuales con la imprenta del Ministerio del Azúcar para la impresión de las encuestas de evaluación de la calidad percibida en caso de que no puedan imprimirse en el propio centro.
- Continuar fortaleciendo alianzas con investigadores de la Universidad de Cienfuegos para asesorías en cuanto a los temas abordados en la investigación y preparar cursos de capacitación a los que se integre el capital humano en sus diferentes categorías.
- Socializar los resultados de la investigación en varios espacios de debate en que participen trabajadores del CEA para que conozcan las percepciones de los usuarios y colaboren en la mejora continua.



Bibliografía

BIBLIOGRAFÍA

- Almeida, R., Bourliataux-Lajoinie, S., & Martins, M. (2015). Satisfaction measurement instruments for healthcare service users: a systematic review.
- Andía, Sottec, Molina, Romero, Santos, & Pineda. (2002). Satisfacción del usuario de los servicios de Consulta Externa del Hospital I Espinar, *V 10(20)*.
- Ardila, S. A. (2006). *Caracterización de la calidad percibida de la prestación de servicios de salud según los usuarios de UNISALUD* (Tesis de Maestría). Universidad Nacional de Colombia, Colombia.
- Attkisson, C. (2013). CSQ Scales: A Bibliography of Published Sources. Recuperado de <http://www.csqscales.com>
- Barragán, B. J. A., & Manrique, A. F. G. (2010). Validez y confiabilidad del SERVQHOS para enfermería en Boyacá, Colombia. *Avances En Enfermería*, *V XXVIII(2)*, 48–61 p.
- Barragán, B. J. A., & Moreno, M. C. M. (2013). Calidad percibida por usuarios de enfermería en tres hospitales públicos. *Enfermería Global*. Recuperado de <http://www.um.es/eglobal/>
- Beltrán, J., Carmona, M. A., Carrasco, R., Rivas, M. A., & Tejedor, F. (2003). *Guía para una gestión basada en procesos*. Andalucía, España: Imprenta Berekintza.
- Borré, O. Y. M., Lenis, V. C., & González, R. C. (2014). Utilidad del cuestionario SERVQHOS-E para medir calidad percibida de la atención de enfermería. *Revista CES Salud Pública*, *V V(2)*, 127–136 p.
- Borré, O. Y. M., & Vega, V. Y. (2014). Calidad percibida de la atención de enfermería por pacientes hospitalizados. *Ciencia Y Enfermería*, *V XX(3)*, 81–94 p.
- Cabello, E., & Chirinos, J. L. (2012, June). Validación y aplicabilidad de encuestas SERVQUAL modificadas para medir la satisfacción de usuarios externos en servicios de salud. *Revista Médica Herediana*, *V 23(N° 2)*.
- Camisón, C., Cruz, S., & González, T. (2006). *Gestión de la calidad: conceptos, enfoques, modelos y sistemas*. Madrid (España).
- Cantú, H. (2001). *Desarrollo de una cultura de calidad* (2nd ed.). México: McGraw- Hill.
- Casalino, Ca. G. E. (2008). Calidad de servicio de la consulta externa de Medicina Interna de un hospital general de Lima mediante la encuesta Servqual. *Revista Peruana de Medicina Interna*, *21*, 143–152 p.
- Castillo, E. (2005). Escala Multidimensional SERVQUAL. Universidad del Bío-Bío, Chile. Recuperado de <http://www.albaplataenequal.org/doc/doc58.pdf>

- Cerro, P. L., Matani-Chugani, V., & Santos, R. A. C. (2008). ¿Qué opinan los pacientes de diálisis del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria sobre los servicios recibidos? Valoración de la calidad percibida. *Revista NURE Inv*, V 5. Recuperado de <http://www.nureinvestigacion.es>
- Chang, de la R. M., Alemán, L. M. del C., Cañizares, P. M., & Ibarra, A. M. (1999). Satisfacción de los pacientes con la atención médica. *Revista Cubana Medicina General Integral*, V 15(5), 541–547 p.
- 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, España.
- Colectivo de autores. (2005). *Introducción a la Ingeniería*. La Habana, Cuba: Editorial Félix Varela.
- Colectivo de autores. (2006). *Manual de usuarios de SPSS Base 15.0*. Estados Unidos.
- Colectivo de Autores MINSAP. (2011). *Programa del médico y el enfermero de la familia* (1st ed.). Ciencias Médicas. Recuperado de <http://www.sld.cu/sitios/ecimed>
- Colomer. (2006). Sección de Consulta Externa. In *Libro blanco de la Oncología en España*.
- Comité Central del Partido. Lineamientos de la Política Económica y Social del Partido y la Revolución, § Salud (2011).
- Corella, J. . (1996). *La gestión de servicios de salud* (Primera.). Díaz de Santos.
- Correia, L. S. M., & Miranda, G., F. J. (2010). Calidad y satisfacción en el servicio de urgencias hospitalarias: Análisis de un hospital de la zona centro de Portugal. *Revista Investigaciones Europeas de Dirección Y Economía de La Empresa*, V 16(2), 27–41 p.
- Cortés, M. E., & Iglesias, M. (2005). *Generalidades sobre Metodología de la Investigación*. México: UNACAR.
- 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 de Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba.
- Covas, D. (2009). *Diseño de un procedimiento para implantar el Modelo de Gestión Integrada de Capital Humano en empresas seleccionadas de la provincia de Cienfuegos* (Tesis de Grado). Universidad de Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba.
- Cuellar, B., Lisandra. (2015). *Evaluación de la calidad percibida de servicios de estomatología. Caso de estudio: Clínica Estomatológica de Especialidades* (Tesis de Grado). Universidad de Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba.

- 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, Cienfuegos, Cuba.
- 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 de Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba.
- Denton, D. (1991). *Calidad en el Servicio a los Clientes*. Madrid: Díaz de Santos.
- Departamento de Estadísticas CEA. (2018). Informe estadístico del 2017.
- Departamento de Gestión del Capital Humano CEA. (2018). Plantilla del CEA.
- Díaz, R. (2006). *Interrelación entre imagen y comunicación en destinos turísticos* (Tesis de Doctorado).
- Díaz, Y., & Pons, R. (2009). Modelización y procedimiento de evaluación de la Calidad de servicios percibida en empresas cubanas de servicios. *Revista Observatorio de La Economía Latinoamericana*, (122). Recuperado de <http://www.eumed.net/cursecon/ecolat/cu/2009/dgpg.htm>
- Dirección del CEA. (2018). Insatisfacciones por servicios 2017.
- Dirección Nacional de estadística del MINSAP. (2017). Anuario Estadístico de Salud 2016.
- Dirección Provincial de Salud de Cienfuegos. (2012). *Sistema de Salud en Cienfuegos. Caracterización y principales resultados*. Cienfuegos.
- Dirección Provincial de Salud de Cienfuegos. (2016a). Cuadro de Salud.
- Dirección Provincial de Salud de Cienfuegos. (2016b). *Informe del Balance Anual 2016*.
- Donabedian, A. (1980). *Explorations in quality assessment and monitoring. The definition of quality and approaches to its assessment*. AnnArbor 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. *Revista INNOVAR*, V 16, 223– 243 p.
- Enamorado Cabrera, M. (2017). *Evaluación de la calidad percibida de servicios de asistencia en salud* (Tesis de Grado). Universidad de Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba.
- Enríquez Fernández, S. (2017). *Evaluación de la calidad percibida de servicios de asistencia en salud* (Tesis de Grado). Universidad de Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba.
- Estrada Verdeja, V., Rosa Hidalgo, C., Expósito Martín, I., & Martín Zaldivar, L. (2010). Estrategia de Intervención para mejorar la calidad del servicio estomatológico de urgencias., V 14.

- 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 de Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba.
- Falcón, A. (2012). *Balance de Trabajo del CEA*.
- Falcón, A., Ordúñez, P. O., De Pazos, J. L., Molina, R. M., Alomá, D., & Navarro, V. R. (2011). Puesta en marcha del primer Centro Especializado Ambulatorio en Cuba. *Revista Cubana de Salud*, V 37 (2), 184–187 p.
- Fernández, D., Claudia Marta. (2015). *Evaluación de la calidad percibida de servicios del Hospital Provincial Dr Gustavo Aldereguía Lima de Cienfuegos. Caso de estudio: Centro Provincial de Emergencias Médicas* (Tesis de Grado). Universidad de Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba.
- Frías, R. A. (2005). *Diseño y validación de un modelo de gestión del cliente interno en procesos hoteleros* (Tesis de Maestría). Universidad "Camilo Cienfuegos," Matanzas, Cuba.
- Gálvez, P. (2011). *Cuestionario para evaluar la calidad de servicios deportivos: estudio inicial de las propiedades psicométricas* (Tesis Doctoral). Universidad de Málaga, España.
- García, F. A. (2009). *Eficiencia en policlínicos cubanos. Propuesta de un algoritmo para su medición*. (Tesis Doctoral). Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología, La Habana, Cuba.
- Gómez, J. M., Pérez, C. A., Moya, R. M., & Reyes, L. M. (2004). Satisfacción de los adultos mayores con los servicios de salud en el nivel primario. Recuperado de http://bvs.sld.cu/revistas/mqi/vol20_3_04/mqi07304.htm
- 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 de Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba.
- 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 de Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba.
- Granado de la Orden, S., Rodríguez Rieiro, C., Olmedo Lucerón, M. del C., Chacón García, A., Vigil Escribano, D., & Rodríguez Pérez, P. (2007, November). Diseño y validación de un cuestionario para evaluar la satisfacción de los pacientes atendidos en las Consultas Externas de un Hospital de Madrid en 2006. *Revista Española de Salud Pública*, V 81(Nº 6), 637–645 p.
- Grönroos, C. (1982). An applied service marketing theory. *European Journal of Marketing.*, V 16. No. 7.

- Grönroos, C. (1984). A Service Quality Model and Its Marketing Implications. *European Journal of Marketing.*, V 18(4).
- Grönroos, C. (1994). *Marketing y gestión de servicios*. Madrid (España).
- Gutiérrez, H., & de la Vara, R. (2004). *Control estadístico de la calidad y Seis Sigma*. México: McGraw-Hill Interamericana Editores.
- Gutiérrez, H., Gutiérrez, P., Garibay, C., & Díaz, L. (2014). Análisis multivariado y QFD como herramientas para escuchar la voz del cliente y mejorar la calidad del servicio. *Revista Ingeniare*, V 22.
- Hair, J., Anderson, R., Tatham, R., & Black, W. (1999). *Análisis Multivariante* (5th ed.). Prentice Hall International, Inc.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (1998). *Metodología de la Investigación* (2nd ed.). México: McGraw-Hill Interamericana Editores, S. A. de C. V.
- 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*. (Tesis de Grado). Universidad de Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba.
- Herrera, M. Y. (2007). *Diseño de un instrumento para la evaluación del desempeño hospitalario.* Hospital Pediátrico Universitario "William Soler". (Tesis de Maestría). Instituto Superior Politécnico José Antonio Echeverría (CUJAE), La Habana, Cuba.
- Instituto Argentino de Normalización IRAM. (2003). Guía para la interpretación de la norma ISO 9001:2000 en organizaciones de salud.
- Jiménez, R. . (2004). Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual. *Revista Cubana de Salud Pública*, V 30(1).
- Juran, J. M., & A. Blanton Godfrey. (2001). *Manual de Calidad de Juran*. (R. E. Hoogstoel & E. G. Schilling, Eds.) (5th ed., Vol. V 3). España.
- Lemus, L., & Borroto, C. (2008). Capítulo 7: Atención Primaria de Salud, Medicina General Integral y Médicos de Familia. In *Medicina General Integral* (Vol. V I). Ciencias Médicas.
- López, P. P. (2013). *Procedimiento metodológico para caracterizar la integración en redes de servicios de salud del primer nivel de atención. Cuba, 2013* (Tesis Doctoral). Escuela Nacional de Salud Pública, La Habana, Cuba.
- Márquez, M. N. E. (2009). *Metodología para evaluar la calidad asistencial a la atención de los ingresados en el hogar* (Tesis Doctoral). Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, La Habana, Cuba.
- Martínez, M. de J. (2006). *La Calidad del Servicio Percibida en Entornos Virtuales de Formación Superior* (Tesis Doctoral). Universidad de Barcelona, España.

- Martínez-Tur, V., Peiró, J. M., & Ramos, J. (2001). *Calidad del servicio y satisfacción del cliente: una perspectiva psicosocial*. Madrid, España: Síntesis.
- Massip, C., Ortiz, R. M., Llantá, M. del C., Peña, M., & Infante, I. (2008). La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad. *Revista Cubana de Salud Pública*, V 30(4).
- Medina Moreno, A. (2016). *Evaluación de la calidad percibida de servicios en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Pediátrico Universitario de Cienfuegos* (Tesis). Escuela Provincial del PCC, Cienfuegos.
- Mira, J. J., & Aranaz, J. (2000). La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Medicina Clínica*, V 114(3), 26–33 p.
- Mira, J. J., Aranaz, J., Lorenzo, S., Rodríguez-Marín, J., & Moyano, S. (2001). Evolución de la Calidad Percibida por los pacientes en dos hospitales públicos. *Psicothema*, V 13(4), 581–585 p.
- Mira, J. J., Aranaz, J.M., Rodríguez-Marín, J., Buil, J. A., Castell, M., & Vitaller, J. (1998). SERVQHOS: un cuestionario para evaluar la calidad percibida de la atención hospitalaria. *Medicina Preventiva*, V IV, 12–18 p.
- Mira, J. J., Buil, J. A., Aranaz, J., Vitaller, J., Lorenzo, J., Ignacio, E., ... Giménez, A. (2000). ¿Qué opinan los pacientes de los hospitales públicos? Análisis de los niveles de calidad percibida en cinco hospitales. *Gaceta Sanitaria*, V 14(4), 291–293 p.
- 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* (Tesis de Maestría). Universidad Central de Las Villas, Villa Clara, Cuba.
- Oficina de Gestión de la Calidad. (2015). Informe de encuesta de satisfacción aplicada a los usuarios externos de los servicios de emergencia, hospitalización y consultorios externos del Hospital de Santa Rosa, Perú.
- Oficina Nacional de Normalización. Orientación sobre las técnicas estadísticas para la Norma ISO 9001: 2000, NC ISO/TR 10017:2005 (2005).
- Organización Internacional de Normalización. Sistema de Gestión de la Calidad-Requisitos, ISO 9001: 2008 (2008).
- Organización Internacional de Normalización. Sistema de Gestión de la Calidad- Fundamentos y vocabulario, ISO 9000: 2015 (2015).
- Organización Internacional de Normalización. Sistema de Gestión de la Calidad-Requisitos, ISO 9001: 2015 (2015).
- Ortiz, Muñoz, Martín, & Torres. (2003). Consulta externa en instituciones de salud de Hidalgo, México, según la opinión de los usuarios, V 13(4).

- Padrón Pérez, L. L. (2017). *Evaluación de la calidad percibida en los servicios de la atención primaria de salud* (Tesis de Grado). Universidad de Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba.
- Parasuraman, A., Berry, L., & Zeithaml, V. (1993). *More on improving service quality measurement* (Vol. V 69). Recuperado de [http://dx.doi.org/10.1016/S0022-4359\(05\)80007-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0022-4359(05)80007-7)
- Parasuraman, A. V. ., Zeithaml, V. ., & Berry, L. . (1985). A Conceptual Model of Service Quality and its Implications For Future Research, *V 49*.
- Parasuraman, A. V. ., Zeithaml, V. ., & Berry, L. . (1988). SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality, *Journal of Retailing*, *V 64*(1).
- Pérez, B., & García, P. (2005, May). Grado de satisfacción de la población con los servicios de enfermería en un área de salud. *Revista Cubana de Enfermería*, *V 21*(2). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192005000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Phillips, P., Carson, K., & Roe, W. (1998). Toward understanding the patient's perception of quality. *Health Care Superv.*, *V 16*(3), 36–42 p.
- Pons, R., & Villa, E. (2005). *Metodología de la Investigación Científica* (Universidad de Cienfuegos.).
- Pons, R., & Villa, E. (2006). *Gestión por procesos*. Universidad de Cienfuegos, Cuba.
- Ramos, B. N. (2004). *Control de Calidad de la Atención de Salud*. La Habana, Cuba: Editorial Ciencias Médicas.
- Rangel, R. B. (2005). *Diseño e Implementación de un Sistema de gestión de la Calidad en la Oficina Nacional de Administración Tributaria* (Tesis de Maestría). Universidad "Camilo Cienfuegos," Matanzas, Cuba.
- Riveros, S. J., & Berne, M. C. (2003). Estudio de la satisfacción en servicios públicos de salud. Caso de un hospital del sur de Chile (p. 9). Presented at the Proyecto de Investigación S 2003-68 de la Dirección de Investigación de la Universidad Austral de Chile, Chile.
- 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, Málaga, España.
- 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 de Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba.
- Salinas, M. (2007). Modelos de Regresión y Correlación IV. Correlación de Spearman. *Revista Ciencia & Trabajo*, *Julio-Septiembre*, 143–145 p.

- Salvador, M. (2000). Lecciones de Estadística: Análisis discriminante. Recuperado de <http://www.5campus.com/leccion/discr>
- 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 de Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba.
- Santana, R., & Lorente, J. (2004). Procedimiento para la evaluación de la calidad de los servicios de restauración utilizando técnicas multivariadas. Análisis de casos. *Revista de Investigación Y Marketing*, V 88.
- Superintendencia de Salud, Chile. (2013). Satisfacción y Calidad Percibida en la Atención de Salud Hospitalaria: Ranking de Prestadores Informe Global.
- Surí, S., & Puerto, A. (2016). *Evaluación de la calidad percibida de servicios de la atención primaria de salud en Cienfuegos. Caso de estudio: Consultorios Médicos de la Familia* (Tesis de Grado). Universidad de Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba.
- Varo, J. (1993). *Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria*. Madrid (España): Díaz de Santos.
- Yesilada, F., & Direktör, E. (2010). Health care service quality: A comparison of public and private hospitals. *African Journal of Business Management*, Vol. 4, 962–971.



Anexos

Anexo 1: Modelos de gestión de la calidad de los servicios: SERVQUAL

Fuente: Elaboración propia

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.

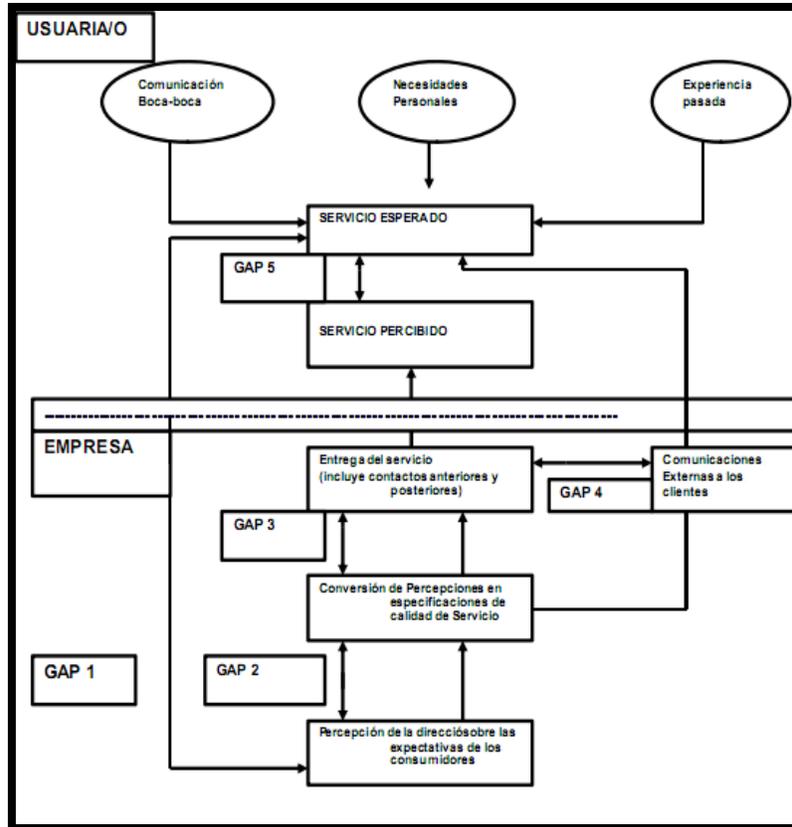


Figura 1: Modelo SERVQUAL

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

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

En relación con este modelo:

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. El aporte 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).

Anexo 2: Escala SERVQUAL para la evaluación de la calidad de servicios percibida

Fuente: Elaboración propia

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

Tabla 1: Dimensiones del cuestionario SERVQUAL

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

Dimensiones	Ítems
Elementos tangibles Apariencia de las instalaciones físicas, equipos, personal y materiales de comunicación.	1. La empresa de servicios tiene equipos de apariencia moderna. 2. Las instalaciones físicas de la empresa de servicios son visualmente atractivas. 3. Los empleados de la empresa de servicios tienen apariencia pulcra. 4. Los elementos materiales (folletos, estados de cuenta y similares) son visualmente atractivos.
Fiabilidad Habilidad para ejecutar el servicio prometido de forma fiable y cuidadosa.	5. Cuando la empresa de servicios promete hacer algo en cierto tiempo, lo hace. 6. Cuando un cliente tiene un problema la empresa muestra un sincero interés en solucionarlo. 7. La empresa realiza bien el servicio la primera vez. 8. La empresa concluye el servicio en el tiempo prometido. 9. La empresa de servicios insiste en mantener registros exentos de errores.
Capacidad de respuesta Disposición para ayudar a los clientes y prestarles un servicio rápido.	10. Los empleados comunican a los clientes cuando concluirá la realización del servicio. 11. Los empleados de la empresa ofrecen un servicio rápido a sus clientes. 12. Los empleados de la empresa de servicios siempre están dispuestos a ayudar a sus clientes. 13. Los empleados nunca están demasiado ocupados para responder a las preguntas de sus clientes.
Seguridad Conocimiento y atención de los empleados y su habilidad para inspirar credibilidad y confianza.	14. El comportamiento de los empleados de la empresa de servicios transmite confianza a sus clientes. 15. Los clientes se sienten seguros en sus transacciones con la empresa de servicios. 16. Los empleados de la empresa de servicios son siempre amables con los clientes. 17. Los empleados tienen conocimientos suficientes para responder a las preguntas de los clientes.

<p>Empatía Muestra de interés y nivel de atención individualizada que ofrecen las empresas a sus clientes.</p>	<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 (<i>gap scores</i>)	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 Launsbury (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 (1998) 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 sí 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.

Al revisar las aplicaciones del modelo SERVQUAL destacan las que aborda Martínez (2006) que se presentan en la Tabla 3.

Tabla 3: 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)	Clinica 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 4.

Tabla 4: 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 3: 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.

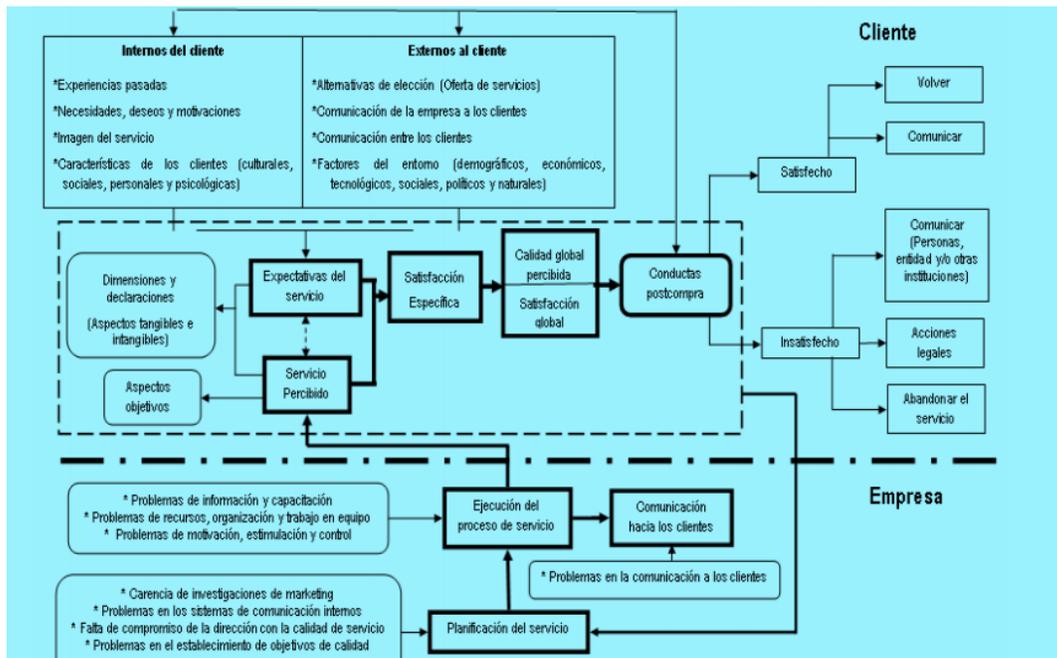


Figura 1: Modelo metodológico sobre calidad de servicios percibida en empresas cubanas de servicios

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.

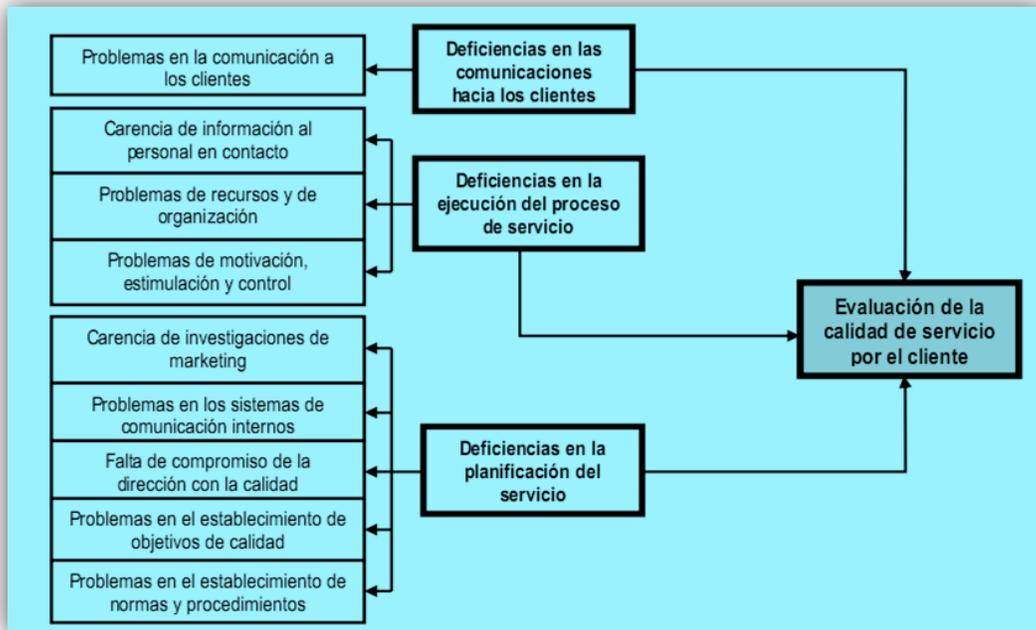


Figura 2: Deficiencias que inciden en la calidad de servicios percibida

Fuente: (Díaz y Pons, 2009)

Anexo 4: Instrumentos para la medición de la satisfacción de los usuarios de servicios de salud

Fuente: (Almeida et al. 2015)

Autores	N (tamaño de muestra)	Lugar de aplicación	Diseño del estudio	Instrumento	Dimensiones
Meehan et al. (2002)	356	Hospital	Validación	Inpatient Evaluation of Service Questionnaire (IESQ)	Multidimensional (3)
Hendriks et al. (2004)	728	Hospital	Adaptación	Satisfaction with Hospital Care Questionnaire	Multidimensional (12)
Scholle et al. (2004)	1,202	Clínica	Validación	Primary Care Satisfaction Survey for Women (PCSSW)	Multidimensional (3)
Lam et al. (2005)	711	Hospital	Adaptación transcultural	Medical Interview Satisfaction Scale (C-MISS)	Bidimensional
González et al. (2005)	1910	Hospital	Validación	In-patient Satisfaction Questionnaire	Multidimensional (6)
Wilde y Hendrks (2005)	262	Clínica	Adaptación	Client Satisfaction Questionnaire (CSQ)	Unidimensional
Gerkenmeyer y Austin (2005)	278	Clínica de servicio de salud mental infantil	Validación	Parent Satisfaction Scale (PSS)	Unidimensional
Otani t al. (2005)	8465	Hospital	Adaptación	Patient Satisfaction Survey	Multidimensional (3)
Poinsot et al (2006)	416	Hospital (Centro Oncológico)	Validación	Out-Patsat35	Bidimensional
Tso et al. (2006)	344	Hospital	Validación	Concise Outpatient Department User Satisfaction Scale	Bidimensional
Gagnon et al. (2006)	873	Clínica	Validación	Health Care Satisfaction Questionnaire (HCSQ)	Multidimensional (3)
Campbell et al. (2007)	1250	Fuera de nuestro servicio de salud	Validación	Out-of-hours Patient Questionnaire (OPQ)	Multidimensional (8)
Moret et al. (2007)	2684	Hospital	Adaptación	Echelle de Qualité des Soins en Hospitalisation (EQS-H scale)	Bidimensional
Granado de la Orden et	651	Hospital	Validación	Satisfacción de los Usuarios de las	Bidimensional

al. (2007)		universitario		Consultas Externas (SUCE)	
Shea et al. (2008)	3215	Clínica privada	Adaptación	The Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems Surveys (CAHPS)	Multidimensional (7)
Kristensson y Ekwall (2008)	128	Hospital	Adaptación	Consumer Emergency Care Satisfaction Scale (CECSS)	Multidimensional (3)
Clark et al. (2008)	1415	Clínica y hospital (servicio de salud mental)	Validación	Consumer Perceptions of Care (CPC)	Multidimensional (4)
Coluccia et al. (2009)	1804	Hospital	Adaptación	Questionnaire of Quality Perception (QQP)	Multidimensional (13)
Arraras et al. (2009)	80	Hospital	Adaptación	European Organization for Research and Treatment of Cancer In-patient Questionnaire (EORTC INPATSAT 32)	Bidimensional
Orden et al. (2010)	296	Hospital (urgencias)	Validación	Satisfacción del Usuario con el Área de Urgencia Hospitalaria (SUAUH)	Multidimensional (4)
Danielsen et al. (2010)	225	Clínica	Validación	Users' experiences and Satisfaction with casualty clinics	Multidimensional (3)
Ekwall y Davis (2010)	157	Hospital	Adaptación transcultural	Consumer Emergency Care Satisfaction Scale (CECSS)	Multidimensional (3)
Charalambous (2010)	194	Hospital (centro oncológico)	Adaptación transcultural	Risser Patient Satisfaction Scale (RPSS)	Multidimensional (3)
Erci y Ciftcioglu (2010)	381	Clínica (atención primaria)	Adaptación transcultural	Primary Care Satisfaction Survey for Women (PCSSW)	Bidimensional
Soufi et al. (2010)	214	Hospital universitario	Adaptación	Echelle de Qualité des Soins en Hospitalisation (EQS-H scale)	Multidimensional (7)
Schöder et al. (2011)	1340	Hospital	Validación	Quality in Psychiatric Care – Outpatient (QPC-OP)	Multidimensional (5)
Webster et al. (2011)	486	Hospital	Validación	Patient Assessment of Healthcare for Inpatient Care (I-PAHC); Patient Assessment of Healthcare for Outpatient	Multidimensional (7)

				Care (O-PAHC))	
Sjetne et al. (2011)	1324	Hospital	Validación	Generic Short Patient Experiences Questionnaire (GS-PEQ)	Multidimensional (7)
Latour et al (2012)	441	Hospital universitario (cuidados intensivos neonatales)	Validación	Empowerment of Parents in the Intensive Care- Neonatology (EMPATHIC-N)	Multidimensional (5)
Evans et al. (2012)	397	Clínica (salud mental)	Validación	Views on Inpatient Care (VOICE)	Multidimensional (7)
Manaf et al. (2012)	424	Clínica	Validación	Oupatient Satisfaction instrument	Bidimensional
Milutinović et al. (2012)	235	Hospital	Adaptación transcultural	Patient Satisfaction Nursing Care Quality Questionnaire	Unidimensional
Ottonello et al. (2012)	7093	Hospital (Cuidados de urgencias)	Adaptación	SAT-16	Bidimensional
Castillo et al (2012)	483	Hospital	Adaptación	Satisfaction Scale with Primary Health Care Services	Multidimensional (4)
Dyer et al. (2012)	21318	Hospital/Clínica	Adaptación	Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (CAHPS-CG)	Multidimensional (3)
Vanti et al. (2013)	317	Hospital	Adaptación transcultural	Physical Therapy Patient Satisfaction Questionnaire (PTPSQ-I)	Multidimensional (3)
Vanti et al. (2013)	354	Hospital	Adaptación transcultural	Physical Therapy Patient Satisfaction Questionnaire (PTPSQ-I)	Multidimensional (4)

Anexo 5: Estudios compendiados para diferentes servicios en instituciones de salud

Fuente: Elaboración propia

Autores	Tamaño de muestra	Lugar de realización del estudio	País	Diseño del estudio	Dimensiones
Hospitalización					
Mira, Aranaz, Rodríguez-Marín, Buil, Castell y Vitaller (1998)	470 usuarios	Hospital	España	Validación de cuestionario (SERVQHOS)	Bidimensional
Mira, Buil, Aranaz, Vitaller, Lorenzo, Ignacio, Rodríguez-Marín, Aguado y Giménez (2000)	930 usuarios	Hospital	España	Cuestionario SERVQHOS validado por (Mira, Aranaz, Rodríguez-Marín, Buil, Castell y Vitaller, 1998)	Bidimensional
Mira, Aranaz, Lorenzo, Rodríguez- Marín, Moyano (2001)	664 usuarios	Hospital	España	Cuestionario SERVQHOS validado por (Mira, Buil, Rodríguez-Marín y Aranaz, 1997; Mira et al, 1998) Encuesta adicional con 4 preguntas relacionadas con: conocimiento de nombre del médico, del enfermero, recomendación futura del hospital y satisfacción	Bidimensional
Riveros y Berne (2003)	200 usuarios	Hospital	Chile	Validación de cuestionario	Bidimensional
Civera (2008)	399 usuarios	Hospital	España	Validación de cuestionario	Multidimensional (12)
Cerro, Matani-Chugani y Santos (2008)	40 usuarios	Hospital	España	Cuestionario SERVQHOS validado por (Hernández, Ochando, Mora, Lorenzo y López, 2005)	Bidimensional
Barragán y Manrique (2010)	350 usuarios	Hospital	Colombia	Validación de cuestionario SERVQHOS-E	Bidimensional
Barragán y Moreno (2013)	1093 usuarios	Hospital	Colombia	Cuestionario SERVQHOS-E validado por (Mira, Aranaz, Rodríguez-Marín, Buil,	Bidimensional

				Castell y Vitaller, 1998)	
Borré y Vega (2014)	158 usuarios	Hospital	Colombia	Cuestionario SERVQHOS-E validado por (Barragán y Manrique, 2010)	Bidimensional
Borré, Lenis y González (2014)	32 usuarios	Hospital	Colombia	Cuestionario validado por (Barragán y Manrique, 2010)	Bidimensional
Oficina de Gestión de la Calidad (2015)	100 usuarios	Hospital	Perú	Cuestionario SERVQUAL adaptado de (Parasuraman, Berry y Zeithaml, 1988)	Multidimensional (5)
Pediátricos					
Herrera (2007)	97 usuarios	Hospital	Cuba	Cuestionado SERVQUAL adaptado por (Ramos y Beltrán, 2007)	Multidimensional (5)
Cruz (2011)	357 usuarios	Hospital	El Salvador	Cuestionario validado (SERVQUAL)	Multidimensional (5)
Romero, Sánchez y Hernández (2015)	672 usuarios	Hospital	España	Validación de cuestionario	Multidimensional (6)
Butragueño, González, Oikonomopoulou, Pérez, Toledo, González-Sánchez y Rodríguez (2016)	39 usuarios	Hospital	España	Validación de cuestionario	Unidimensional
Gómez, Lozano, Avilés y Martínez (2016)	84 usuarios	Hospital	España	Validación de cuestionario	Multidimensional (3)
Urgencia					
Parra, Bermejo, Más, Hidalgo, Gomis y Calle (2011)	3600 usuarios	Hospital	España	Validación de cuestionario	Multidimensional (3)
Morales, Nogales y Pérez (2011)	117 usuarios	Hospital	España	Cuestionario adaptado por (Quintana, 1996)	Multidimensional (5)
Oficina de Gestión de la Calidad (2015)	100 usuarios	Hospital	Perú	Cuestionario SERVQUAL adaptado de (Parasuraman, Berry y Zeithaml, 1988)	Multidimensional (5)
Consulta Externa					
Andía, Pineda, Sottec, Santos, Molina y Romero (2002)	91 usuarios	Hospital	Perú	Validación de cuestionario	Multidimensional (10)
Ortiz, Muñoz, Martín y	9936	Hospitales	México	Validación de cuestionario	Multidimensional (6)

Torres (2003)	usuarios				
Granado de la Orden, Rodríguez Rieiro, Olmedo, Chacón, Vigil y Rodríguez Pérez (2007)	667 usuarios	Hospital	España	Validación de cuestionario	Multidimensional (2)
Vásquez, Arimborgo, Pillhuaman y Vallenás (2009)	62 usuarios	Hospital	Perú	Validación de cuestionario	Multidimensional (4)
Cabello y Chirinos (2012)	383 usuarios	Hospital	México	Cuestionario SERVQUAL adaptado de (Babakus y Mangold, 1992)	Multidimensional (5)
Oficina de Gestión de la Calidad (2015)	100 usuarios	Hospital	Perú	Cuestionario SERVQUAL adaptado de (Parasuraman, Berry y Zeithaml, 1988)	Multidimensional (5)
Estomatología					
Aranguren (2004)	260 usuarios	Servicio médico odontológico	Venezuela	Validación de cuestionario	Multidimensional (4)
Jacinto (2008)	100 usuarios	Clínica	Perú	Validación de cuestionario	Multidimensional (3)
Rodríguez (2012)	210 usuarios	Clínica	Perú	Cuestionario adaptado (SERVQHOS)	Bidimensional
Araya (2014)	405 usuarios	Hospital	Chile	Validación de cuestionario	Multidimensional (5)
Estrada, Rosa, Expósito y Martín(2010)	92 usuarios	Policlínico	Cuba	Cuestionario validado (Elementos descritos por Donabedian y las etapas de la entrevista médica en Consulta Externa descritas por el Dr. Gonzalo Menéndez)	Multidimensional (3)
Farmacias					
Ventura, Sanfélix, Monte, Fernández y Alós (2005)	250 usuarios	Unidad de atención Farmacéutica a Pacientes Externos	España	Validación de cuestionario	Multidimensional (4)
Barría (2005)	829	Farmacias	Chile	Validación de cuestionario	Unidimensional

	usuarios	comunitarias			
Montero, Feal, Calvín, Margusino, Hurtado, Vázquez, Martínez, Jorge y Martín (2006)	591 usuarios	Hospital	España	Validación de cuestionario	Unidimensional
Antón, Murcia, Borrás, Navarro Gracia, Navarro Ruiz y González (2006)	195 usuarios	Unidad de atención Farmacéutica a Pacientes Externos	España	Cuestionario SERVQHOS adaptado de (Mira y Aranaz, 2000)	Multidimensional (7)
Castro (2007)	194 usuarios	Área de Salud	Costa Rica	Validación de cuestionario	Multidimensional (9)
Márquez y Pérez (2008)	302 usuarios	Unidad de atención Farmacéutica a Pacientes Externos	España	Cuestionario validado por (Monte, Climent, Condomina, Gilabert, Poveda, 2004)	Multidimensional (5)
Armando, Vega, Martínez, Martí, Solá y Faus (2009)	289 usuarios	Farmacias comunitarias	Argentina	Adaptación de cuestionario de (Armando, 2007)	Unidimensional
Atención Primaria					
Estopa y Hernández (2003)	231 usuarios	Centro de salud ambulatorio	España	Cuestionario validado por (Ministerio de Sanidad y Consumo)	Unidimensional
Instituto de Estudios Sociales Avanzados de Andalucía (2005)	-	Atención Primaria de Salud	España	Validación de cuestionario	Multidimensional (5)
Fuente, Fernández, Hoyos, León, Zuloaga y Ruiz (2008)	235 usuarios	Servicio de urgencia y Atención Primaria	España	Validación de cuestionario	Unidimensional
Superintendencia de Salud de Chile (2011)	53 usuarios	Consultorios públicos	Chile	Validación de cuestionario	Multidimensional (5)
Chang, Alemán, Cañizares e Ibarra	328 usuarios	Policlínicos	Cuba	Validación de cuestionario	Multidimensional (3)

(1999)					
Gómez, Pérez, Moya y Reyes (2004)	169 usuarios	Consultorios médicos	Cuba	Validación de cuestionario	Unidimensional
Pérez y García (2005)	128 usuarios	Policlínico	Cuba	Validación de cuestionario	Unidimensional
García (2009)	19 policlínicos	Policlínicos	Cuba	Análisis de quejas de ciudadanos recopiladas Indicador satisfacción	-
López (2013)	573 usuarios	Consultorios y policlínicos	Cuba	Validación de cuestionario	Multidimensional (8)

Anexo 6: Contribuciones de diferentes autores a la evaluación de la calidad percibida y/o la satisfacción de usuarios de servicios de hospitalización

Fuente: Elaboración propia

Ítems incluidos en los cuestionarios	Criterios de diferentes autores									
	Phillips et al. (1998)	Mira et al. (1998)	Mira et al. (2001)	Barragán y Manrique (2010)	Riveros y Berne (2003)	CSQ-8 Attkisson (2013)	Civera (2008)	Cerro et al. (2008)	Superintendencia de Salud de Chile (2013)	Oficina de Gestión de la Calidad (2015)
Disposición para la ayuda	x	x	x	x		x	x	x	x	
Amabilidad del personal	x	x	x	x			x		x	x
Confianza y seguridad	x	x	x	x			x		x	
Trato respetuoso							x		x	x
Trato con calidez humana y preocupación por parte del personal de salud									x	
Comodidad de los pacientes con el trato que se les da							x			
Comprensión de necesidades	x	x	x	x	x	x	x		x	
Respeto a la privacidad del paciente									x	x
Trato de Personal de Informaciones					x					x
Trato de Médicos					x				x	x
Trato de funcionarios administrativos					x				x	
Trato de enfermeras y auxiliares					x				x	x
Trato personalizado	x	x	x	x	x		x	x		
Conocimiento de la historia clínica de los pacientes							x			
Interés del personal de enfermería		x	x							x

Disponibilidad de especialistas en el hospital o clínica										X	
Conocimiento del nombre del médico			X								
Conocimiento del nombre de la enfermera			X								
Conocimiento funcionarios administrativos					X						
Compromiso y disposición de los funcionarios					X					X	
Preparación del personal (conocimientos y habilidades en su trabajo, competencias y profesionalidad)	X	X	X	X	X		X	X			
Información clara a pacientes sobre su estado de salud, medicamentos, horarios de visita, alternativas de tratamiento, posibles complicaciones de la enfermedad	X	X	X				X	X		X	X
Explicación sobre tratamiento luego del alta											X
Explicaciones de médicos a pacientes con un lenguaje fácil de entender								X	X		
Explicaciones de enfermeros a pacientes con un lenguaje fácil de entender								X	X		
Respuesta a las preguntas, aclaración de las dudas de los pacientes por parte del personal de salud							X	X	X		
Información a familiares	X	X	X	X						X	
Trabajo coordinado de					X		X		X		

servicios y prestadores										
Realización del trabajo del personal de servicios de forma que no se afecten las labores de médicos y enfermeros								X		
Seguimiento a cada caso por el personal de salud									X	X
Trato del personal de asistencia social y psicológica										X
Disposición para atender reclamos					X		X			
Preocupación por resolver quejas					X		X			
Comunicación permanente con el usuario					X			X	X	
Información derechos y deberes usuarios					X					
Interés por mejorar o solucionar problemas	X	X	X	X	X	X	X		X	X
Interés por cumplir promesas (cumplimiento de citas quirúrgicas, visitas)	X	X	X	X					X	
Explicaciones que se ofrecen al usuario cuando no se cumple con lo prometido									X	
Duración de la visita							X			
Pase de visita de Lunes a Sábado ambos incluidos							X			
Pase de visita por la tarde							X			
Pase de visita todos los días										X
Disponibilidad del personal de salud cuando el paciente lo necesita en el servicio									X	
Puntualidad de consultas	X	X	X	X					X	

Rapidez de respuesta	x	x	x	x			x	x	x	x
Tiempo de espera	x	x	x	x	x			x	x	x
Tiempo dedicado a los usuarios (consulta u otros momentos de intercambio con los pacientes)					x				x	
Rapidez de los trámites para hospitalización										x
Rapidez de medios diagnóstico (laboratorio, exámenes radiológicos)										x
Rapidez de los trámites de alta										x
Identificación del personal de salud para que el paciente conozca su actividad en el servicio								x		
Señalización intrahospitalaria		x	x	x	x		x		x	
Señalización extrahospitalaria		x	x							
Apariencia del personal	x	x	x	x						
Tecnología biomédica		x	x	x	x			x	x	
Disponibilidad de los equipos, instrumentos, medicamentos necesarios para la atención							x	x	x	x
Condiciones del instrumental							x			
Ambiente de las salas de espera							x			
Ambiente de la consulta							x			
Amplitud de las instalaciones del servicio							x			
Condiciones de consultas para la intimidad en la relación médico/paciente							x			
Instalaciones para atención					x					

segura										
Comodidad de las habitaciones	x	x	x	x	x					x
Comodidad, limpieza, mantenimiento baños					x				x	x
Número y ubicación de los baños de usuarios					x					
Comodidad de camas y ropa de cama (toallas y lencería)					x			x		x
Comodidad de los muebles en la sala de hospitalizados					x		x			
Comodidad y facilidades circulación					x					
Comodidad y cantidad de asientos en la sala de espera					x		x			
Limpieza de salas de hospital, salas de espera y pasillos					x		x		x	x
Alimentación en el período de hospitalización					x			x	x	
Preocupación por la comida, su preparación y presentación									x	x
Transporte concertado entre el domicilio y la unidad de atención								x		
Regreso al servicio en próximas ocasiones						x				
Recomendación del servicio o del hospital			x			x			x	
Calidad de servicios recibidos (calidad de la atención)						x		x		
Satisfacción general con el servicio				x		x				

Anexo 7: Contribuciones de diferentes autores a la evaluación de la calidad percibida y/o la satisfacción de usuarios de servicios de Consulta Externa

Fuente: Elaboración propia

Ítems incluidos en los cuestionarios	Criterios de diferentes autores						
	Andía <u>et al.</u> (2002)	Ortiz <u>et al.</u> (2003)	Granado de la Orden <u>et al.</u> (2007)	Casalino (2008)	Vásquez <u>et al.</u> (2009)	Cabello y Chirinos (2012)	Oficina de Gestión de la Calidad (2015)
Amabilidad de los médicos en el trato con el paciente y sus familiares	x		x			x	x
Confianza en los cuidados que brindan los médico				x		x	
Respeto en el trato					x	x	x
Disposición de los médicos a la ayuda y entendimiento de los pacientes y familiares para la solución de problemas	x			x	x	x	x
Preocupación de los médicos por el paciente	x	x					
Los médicos están a la escucha de cualquier inquietud, duda o reclamación		x		x			
Respuestas de los médicos a las preguntas de los pacientes	x	x				x	
Preparación adecuada de los médicos para responder a expectativas del paciente	x	x			x		
Privacidad adecuada en el tratamiento médico		x	x			x	x
Realización de un examen físico completo y minucioso por el médico						x	x
Especificación del tiempo de seguimiento al proceder que realizan los médicos				x		x	
Información de los médicos a los pacientes sobre su estado de salud, consecuencias y resultados	x	x	x			x	x

clínicos, incluyendo aquellos que han tenido eventos no esperados, lo mismo a sus familiares							
Explicación de los médicos sobre los medicamentos, horarios y alternativas de tratamiento	x	x				x	x
Expresión de los médicos al intercambiar con pacientes y familiares	x	x	x			x	x
Apariencia de los médicos al presentarse ante el paciente y mis familiares.				x			
Satisfacción de las expectativas del paciente ante la comunicación médico-paciente-familiares				x			x
Disposición a la ayuda y entendimiento a los pacientes y familiares por parte de los enfermeros	x			x			
Amabilidad de los enfermeros en el trato con los pacientes y familiares	x		x		x		x
Preocupación de los enfermeros por cada caso		x					
Conocimiento por los enfermeros de la historia clínica del paciente	x	x					
Confianza en el cuidado de los enfermeros hacia los pacientes				x			
Respeto de los enfermeros en su trato	x		x				x
Presencia de los enfermeros cuando el paciente los necesita		x					
Apoyo de los enfermeros a la solución de los problemas del paciente cumpliendo con lo que han establecido los especialistas	x						x
Respuesta de los enfermeros a preguntas, dudas y aclaraciones de pacientes				x			
Explicación de los enfermeros al aplicar los medicamentos en los horarios precisados por los especialistas	x	x					

Expresión adecuada de los enfermeros	x		x				
Apariencia adecuada de los enfermeros		x		x			x
Satisfacción de expectativas del paciente al establecerse buena comunicación enfermero-paciente-familiares				x			
Realización del trabajo del personal de apoyo de manera que no se afectan las labores de médicos y enfermeros		x					
Disposición del personal de apoyo a la ayuda y orientación, atención a pacientes y familiares				x			
Amabilidad del personal de apoyo a pacientes y familiares					x		x
Respeto del personal de apoyo en su trato	x						x
Explicación y orientación del personal de información a los pacientes sobre los pasos y trámites para la atención en consulta externa						x	x
Expresión adecuada del personal de apoyo	x						
Apariencia adecuada del personal de apoyo		x		x			
Satisfacción del paciente en cuanto al trato del personal de apoyo				x			
Satisfacción de las expectativas del paciente en relación a personal de apoyo-paciente-familiares				x			
Disponibilidad de personal para informar y orientar a los pacientes y acompañantes						x	
Llegada de los médicos en el horario fijado para la realización de sus procedimientos	x	x			x	x	
Reducción de los tiempos de espera de los pacientes a los médicos		x	x	x	x		
Tiempo que los médicos dedican para satisfacer las dudas de los pacientes y familiares		x	x	x	x	x	x

Satisfacción de expectativas de los pacientes relacionado con el tiempo de atención de los médicos	x		x	x	x		
Tiempo que emplean los enfermeros a la atención del paciente		x		x			
Reducción de los tiempo de espera para servicios de enfermería				x			
Satisfacción de las expectativas del paciente en cuanto al tiempo de atención				x			
Reducción de tiempos de espera por el personal de apoyo				x			
Tiempo que dedica el personal de apoyo a los pacientes y familiares	x	x		x			
Rapidez en la atención para tomarse análisis en el laboratorio						x	x
Rapidez en la atención para tomarse exámenes radiográficos						x	x
Atención realizada respetando la programación					x	x	
Disponibilidad de historia clínica para la atención en la consulta						x	
Demora en la cita			x			x	
Facilidad de los trámites para la recita			x			x	
Señalización intrahospitalaria	x	x	x			x	x
Señalización extrahospitalaria							x
Disponibilidad de los equipos necesarios para los servicios				x	x	x	x
Disponibilidad de instrumental necesario para los servicios	x	x			x	x	
Satisfacción de expectativas de los pacientes ante el estado de los equipos e instrumentales				x	x		
Limpieza de los locales de espera	x	x	x		x	x	x

Amplitud en los locales de espera			x			x	
Disponibilidad de asientos en los locales de espera	x	x	x			x	
Iluminación en los locales de espera			x			x	
Ruido en los locales de espera	x	x	x			x	
Acceso de los pacientes y familiares a los baños de los locales de espera	x	x	x			x	
Ambiente en los locales de espera			x		x	x	
Limpieza en las consultas		x			x	x	x
Condiciones de privacidad en las consultas						x	
Disponibilidad de mobiliario en las consultas	x	x				x	
Iluminación de las consultas	x	x				x	
Ruido en las consultas						x	
Ambiente en las consultas						x	

Anexo 8: Niveles administrativos y de atención en el SNS

Fuente: (Curbelo, 2013)

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

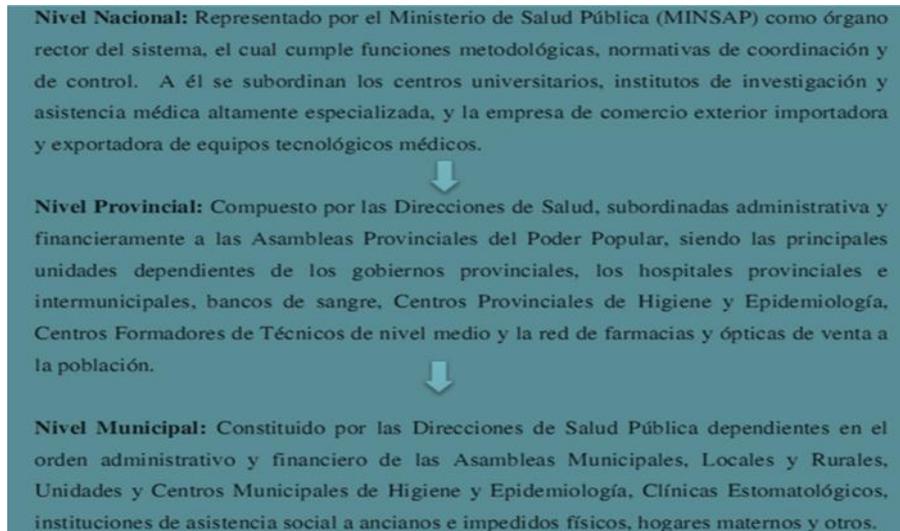


Figura 1: Niveles administrativos en el SNS

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.

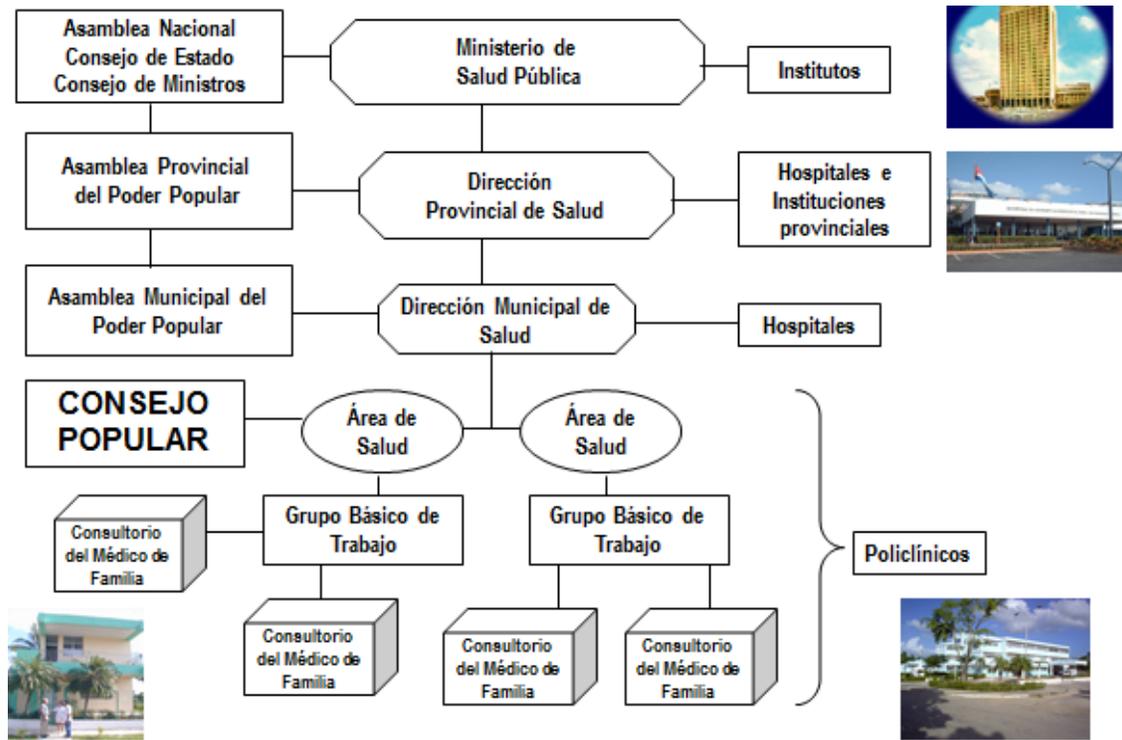


Figura 2: Sistema de Salud

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

Anexo 9: Tipos de instituciones de salud en Cuba

Fuente: Elaboración propia a partir de (Dirección Nacional de Estadística del MINSAP, 2017)

Tipo de unidad	Cantidad	
Asistencia médica		
Hospitales	Generales	54
	Clínicoquirúrgicos	29
	Pediátricos	22
	Ginecobstétricos	12
	Maternoinfantiles	4
	Oncológicos	2
	Ortopédicos	2
	Psiquiátricos	19
	Cardiocentro	1
	Antituberculosos	1
	Antileprosos	1
	Rehabilitación	2
	Sanatorio Sida	2
Total de Hospitales	150	
Institutos de investigación	12	
Otras unidades de subordinación nacional	7	
Policlínicos	451	
Clínicas estomatológicas	111	
Hogares maternos	131	
Bancos de sangre	29	
Asistencia social		
Hogares de ancianos	148	
Casas de abuelos	276	
Centros psicopedagógicos	30	

Anexo 10: Cantidad de consultas externas según especialidad

Fuente: Elaboración propia a partir de (Dirección Nacional de Estadística del MINSAP, 2017)

Especialidad	Total de consultas externas		
	2015	2016	
Medicina	Medicina General Integral	27 927 071	29 444 491
	Medicina Interna	1 441 924	1 490 215
	Tisiología	91 889	94 226
	Dermatología	834 179	810 209
	Psiquiatría	885 503	901 171
	Cardiología	304 323	298 671
	Gastroenterología	276 250	262 672
	Geriatría	135 219	141 379
	Endocrinología	455 301	433 008
	Total Medicina	47 082 809	49 991 974
Cirugía	Cirugía General	361 801	420 729
	Angiología	205 546	200 850
	Oftalmología	1 746 629	1 694 476
	Otorrinolaringología	460 824	450 298
	Ortopedia y Traumatología	825 241	799 011
	Urología	310 829	286 957
	Otras	535 234	543 785
Total Cirugía	4 446 104	4 396 106	
Pediatría	12 505 960	12 631 025	
Obstetricia	3 672 575	3 516 950	
Ginecología	1 037 251	1 058 409	
TOTAL DE CONSULTAS EXTERNAS	68 744 699	71 594 464	

Anexo 11: Cálculo del indicador satisfacción según quejas

Fuente: (García, 2009)

Índice de satisfacción de la población (S)	Número de opiniones negativas sobre el policlínico recogidas en rendiciones de cuenta	Si número de opiniones recogidas en rendiciones de cuenta = 0 → S = 2	2 a 0	Registro de opiniones, Poder Popular
		Si número de opiniones negativas sobre el policlínico recogidas en rendiciones de cuenta \neq 0 → S = 1/ total de opiniones negativas sobre el policlínico recogidas en rendiciones de cuenta		

Anexo 12: Contribuciones de diferentes autores a la evaluación de la calidad percibida y satisfacción con servicios de asistencia en salud de Cuba

Fuente: Elaboración propia

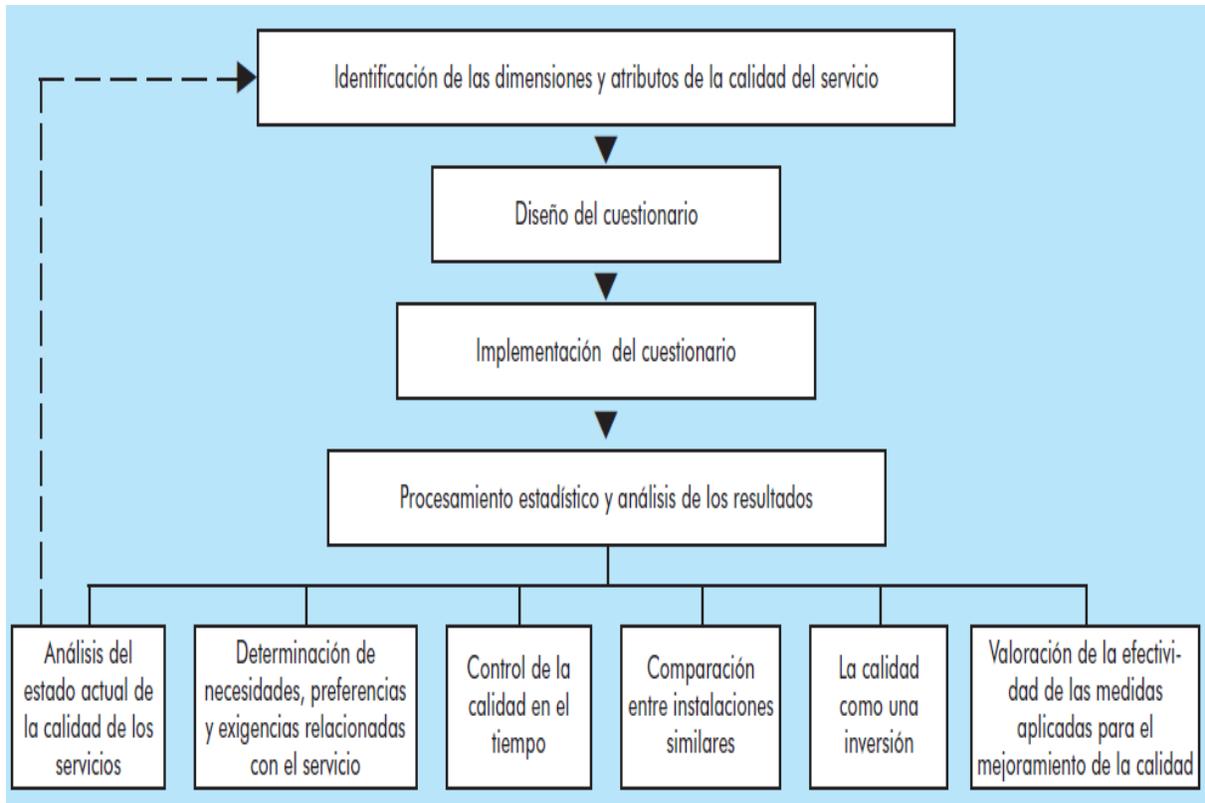
Ítems incluidos en los cuestionarios	Criterios de diferentes autores			
	Chang <u>et al.</u> (1999)	Gómez <u>et al.</u> (2004)	Pérez y García, (2005)	López (2013)
Trato de los médicos	x			x
Confianza con la asistencia (médicos, enfermeros u otro personal) que se presta en el centro de salud			x	
Información clara brindada por el médico sobre estado de salud, procedimientos, medicamentos, resultados de exploraciones físicas, pruebas diagnósticas, entre otras posibles inquietudes de los pacientes				x
Privacidad de la consulta con el médico				x
Información sobre cómo acudir a otros servicios o instituciones para completar diagnóstico y(o) tratamiento				x
Trato de los enfermeros	x			x
Preparación de los enfermeros			x	
Preocupación de los enfermeros por cada caso			x	
Amabilidad en el trato del personal de enfermería			x	
Información brindada por el personal de enfermería entendible para el paciente sobre la situación de salud, procederes, tratamiento, exploraciones físicas, pruebas diagnósticas, entre otras posibles inquietudes de los pacientes			x	x
La consulta es ofrecida por los enfermeros habituales			x	
Privacidad de la consulta con el enfermero			x	x
Opinión sobre el trato de otro personal en el centro (trabajadores sociales, laboratoristas, técnicos de Rayos X, ultrasonido, SIUM durante el traslado, personal de limpieza y otros servicios, administrativos)	x			x
El personal en los servicios aclara las dudas de los pacientes y familiares				x

Privacidad de otros servicios en el centro (asistencia social, laboratorio, Rayos X, ultrasonido, tratamiento de rehabilitación, traslado en ambulancia)				X
Tiempo de consulta del médico				X
Tiempo de consulta del enfermero (procederes de enfermería)			X	X
Tiempo de espera para medios diagnóstico (laboratorio, Rayos X, ultrasonido)				X
Tiempo de espera para recoger resultado de medios diagnóstico				X
Tiempo de espera para otros servicios en el centro que se relacionen con el servicio en estudio				X
Tiempo de espera para la transportación (ambulancia)				X
Organización del trabajo en el centro de salud	X			
Sus problemas de salud son tratados en el lugar adecuado				X
Sus problemas de salud son tratados en el momento adecuado				X
Sus problemas de salud son tratados por el personal calificado que requieren				X
Disponibilidad de recursos materiales para los servicios (médicos y no médicos: instrumental, equipos, medicamentos, recetas, modelos, agua, jabón)				X
Existencia de un lugar para tomar agua				X
Estado de las puertas y ventanas				X
Estado de las paredes y pintura				X
Estado de la lencería (sábanas, toallas)				X
Limpieza en el policlínico o centro de salud	X			X
Estado de los baños				X
Higiene de los baños				X
Confort en el centro de salud	X			
Condiciones de la sala de observaciones				X
Condiciones del área de emergencias				X
Muebles para pacientes en las salas de espera				X
Comodidad de los asientos en las salas de espera				X
Muebles para pacientes en la consulta				X
Comodidad de los asientos en la consulta				X
Iluminación en el policlínico				X
Ventilación en el centro de salud				X

Solución al problema de salud del paciente por el cual solicita el servicio	x			x
Satisfacción general con el servicio recibido	x			
Satisfacción con la consulta médica		x		
Satisfacción con la atención de enfermería		x		
Satisfacción con otros servicios y/o prestadores (trabajadores sociales, laboratoristas, técnicos de Rayos X, ultrasonido, SIUM durante el traslado, personal de limpieza y otros servicios, administrativos)		x		
Calidad de la atención en el centro de salud				x

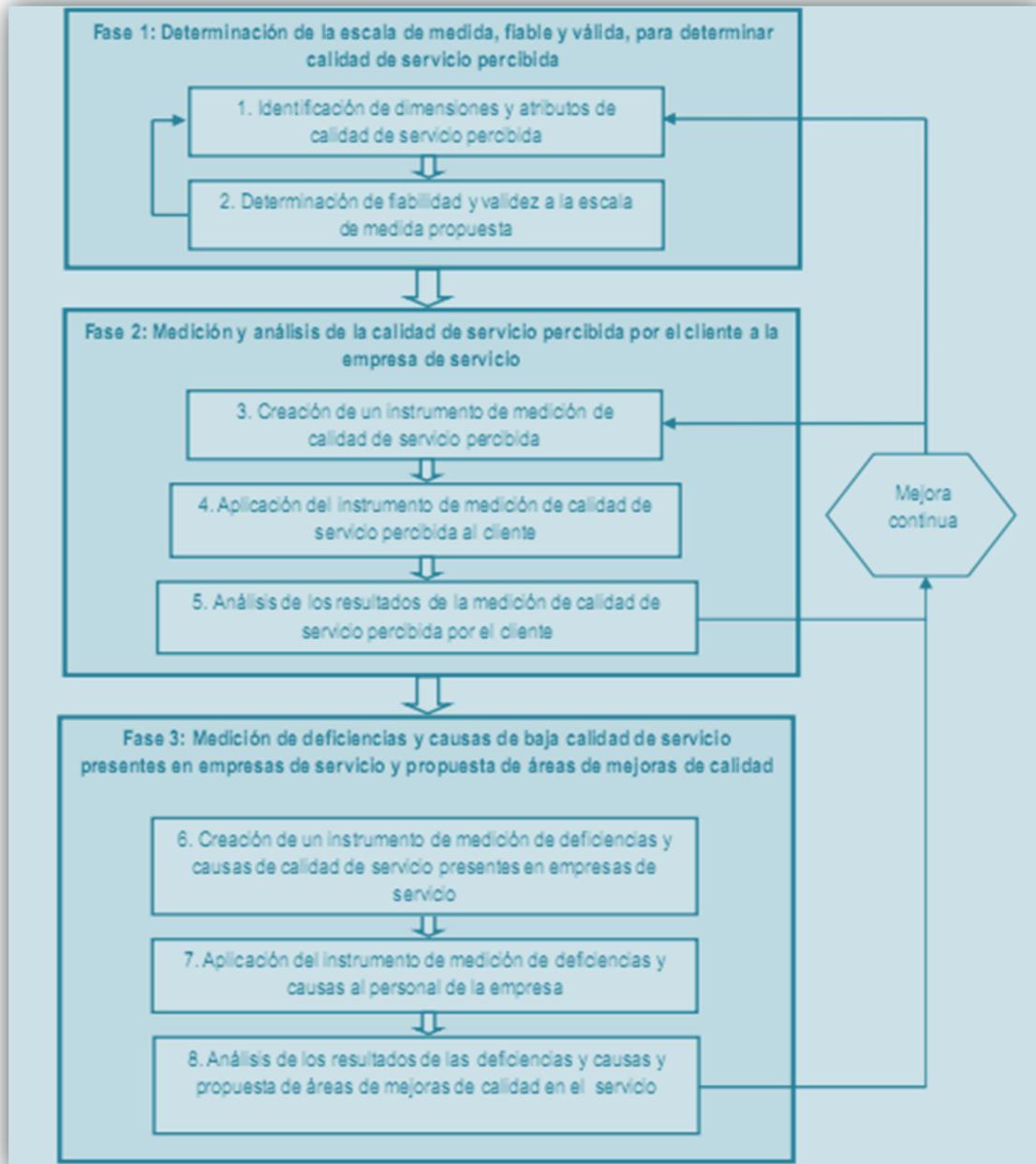
Anexo 13: Procedimiento para la evaluación de la calidad percibida de servicios de restauración

Fuente: (Santana y Lorente, 2004)



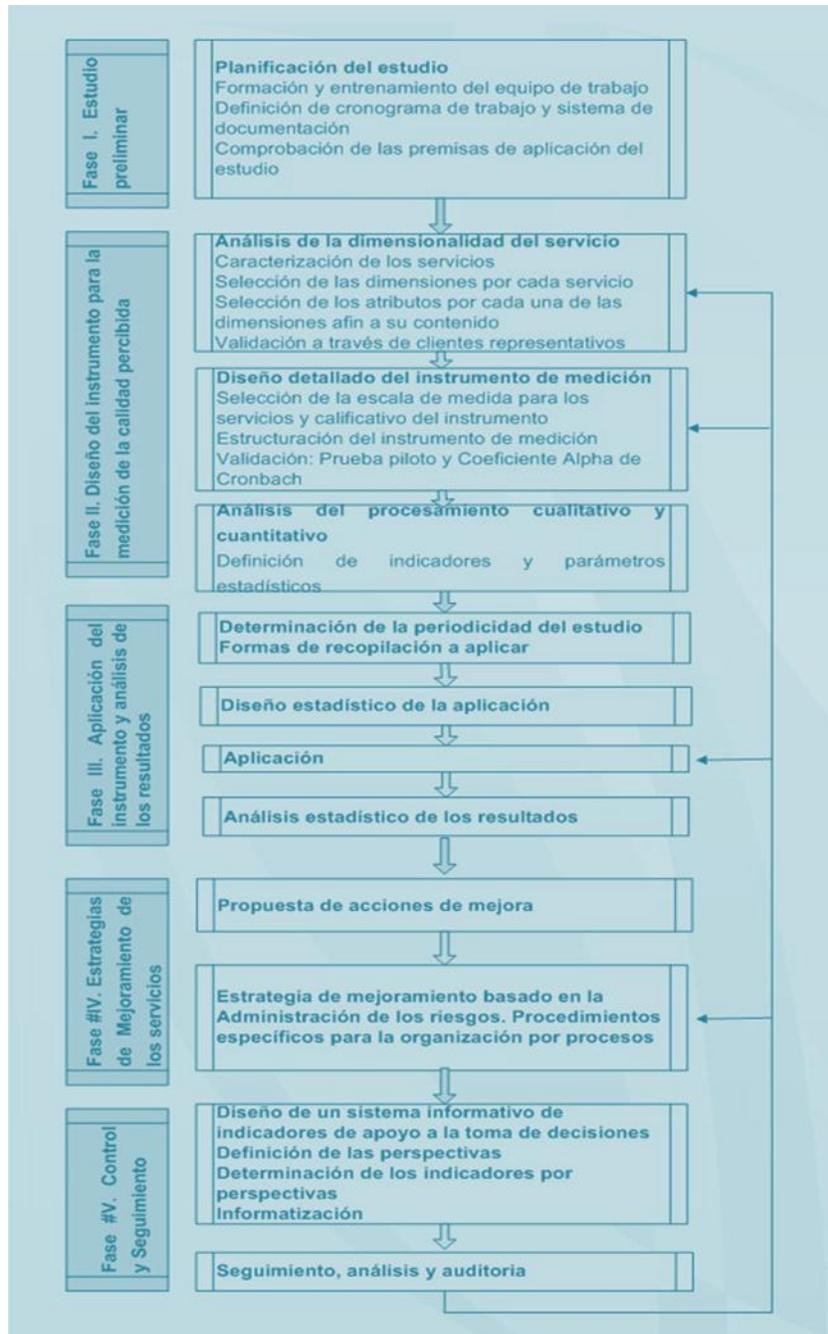
Anexo 14: Procedimiento para la evaluación de la calidad de servicios percibida en empresas cubanas de servicios

Fuente: (Díaz y Pons, 2009)



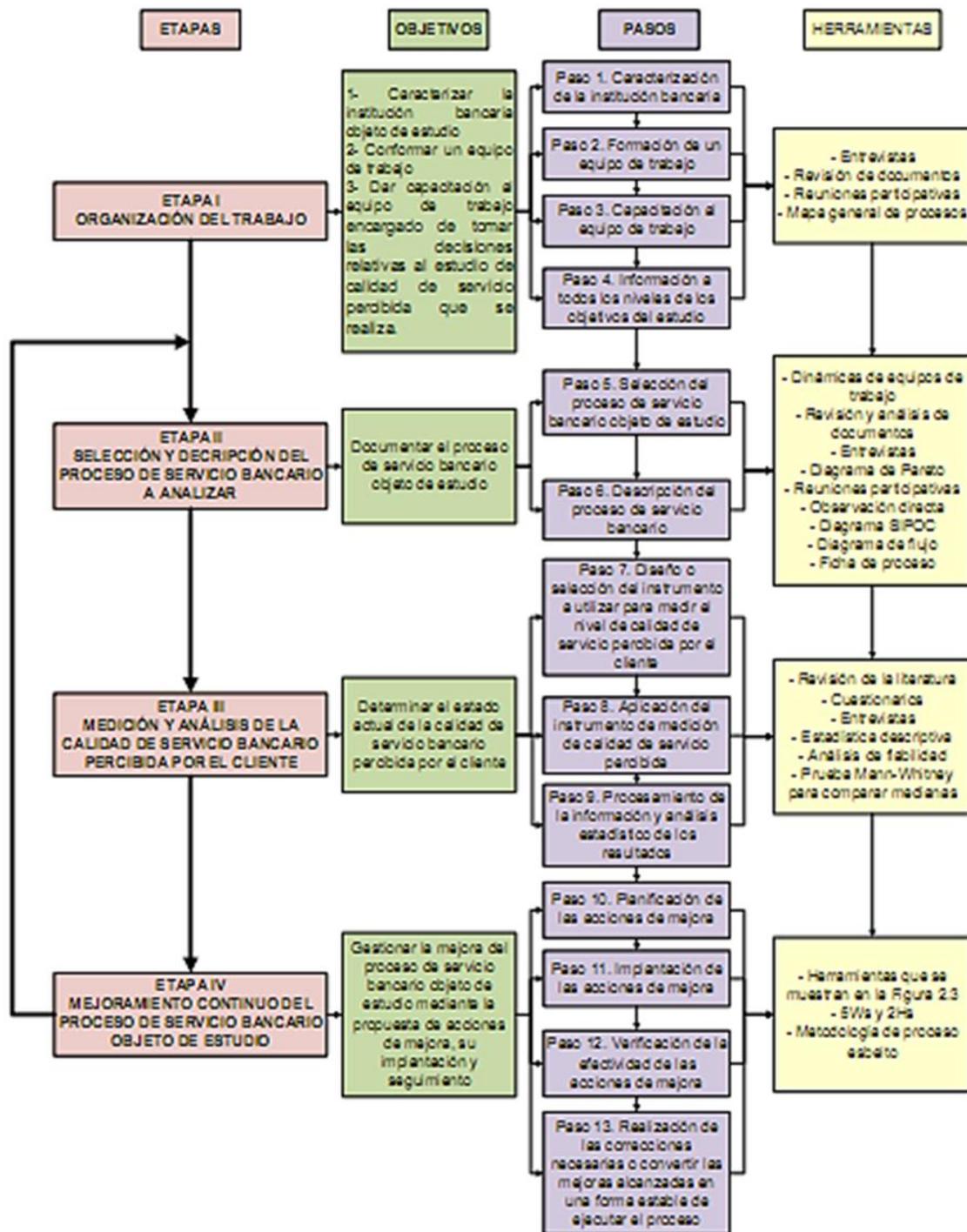
Anexo 15: Procedimiento para la medición de la calidad percibida, el mejoramiento y control de los servicios en Desoft S.A

Fuente: (Moreno, 2010)



Anexo 16: Procedimiento para evaluar la calidad percibida de servicios bancarios

Fuente: (González, 2013)



Anexo 17: 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.

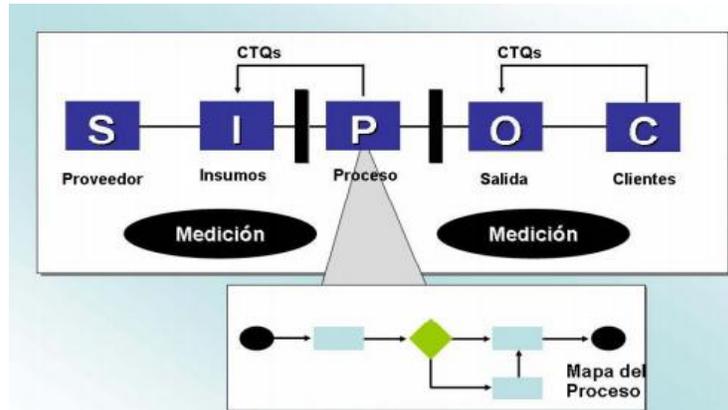


Figura 2: Mapa de proceso (SIPOC)

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.

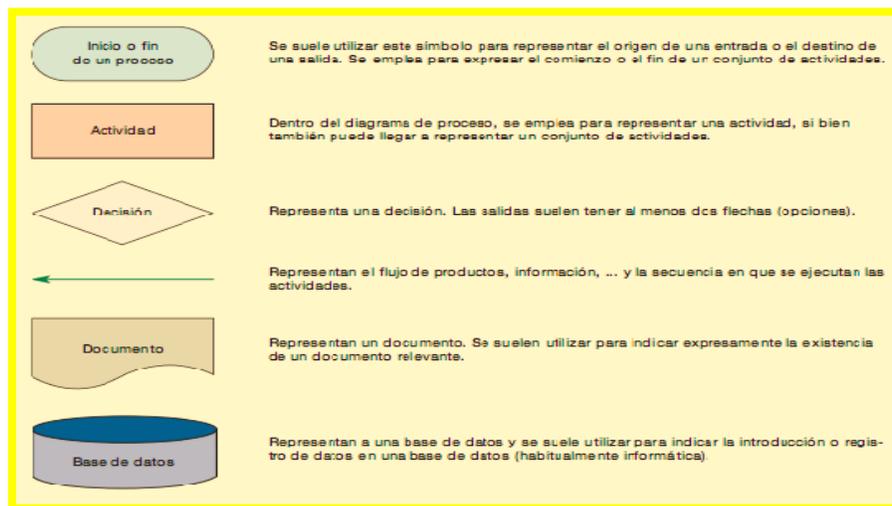


Figura 3: Símbolos más empleados en la representación de diagramas de flujo

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):

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

Donde:

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

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

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

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 $K \text{ comp} > 0.8$

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: $P\text{-Value} < \alpha$.

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 esta 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

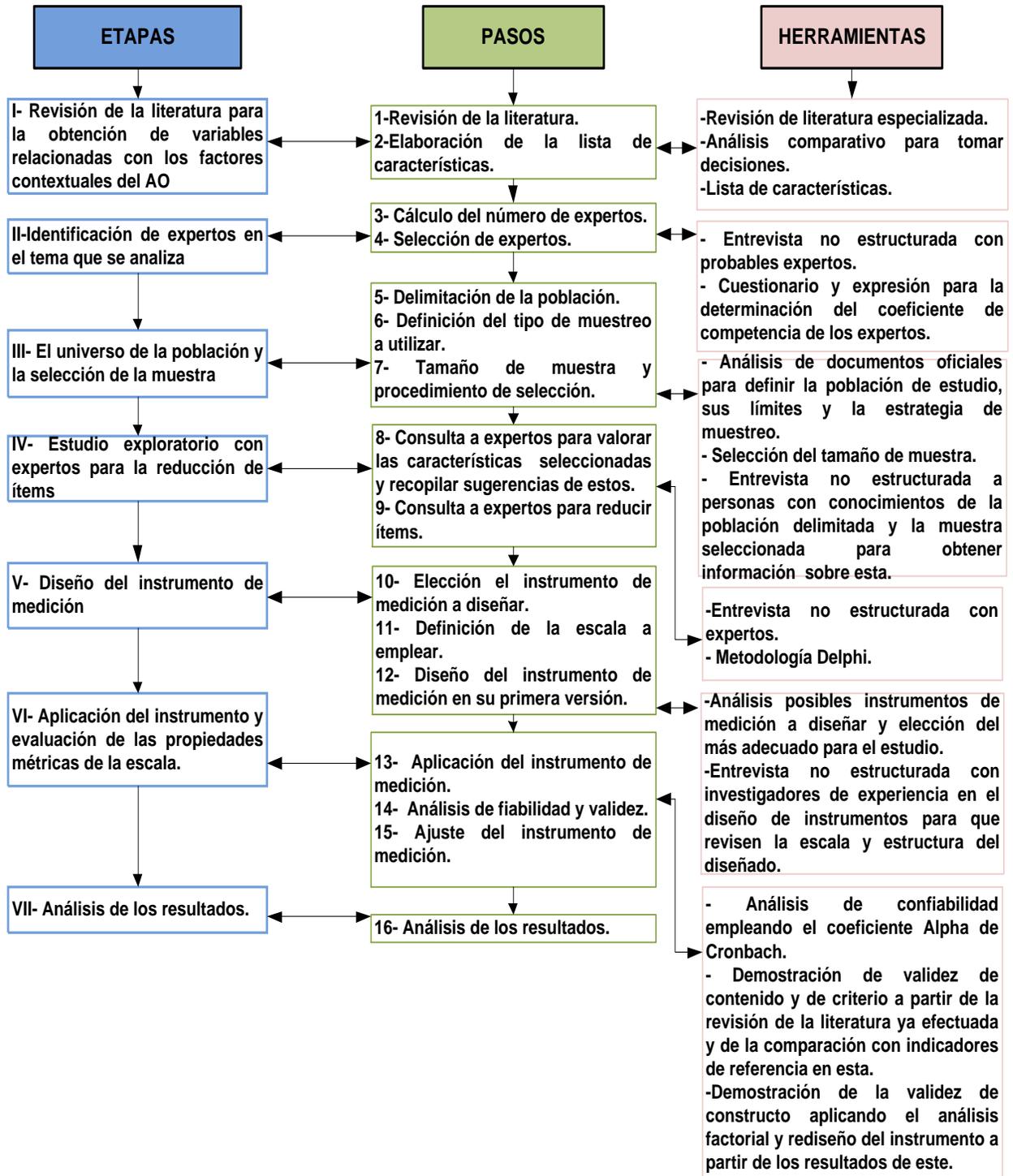
se haya las que se solucionan con solo dejar de pasar el tiempo. Se debe considerar como principal entonces las que tienden a agravarse al no atenderlas, por lo cual se le dará un valor de 10 y un número menor a las que se solucionan con el tiempo.

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 18: Procedimiento metodológico para el diseño de instrumentos de medición

Fuente: (Curbelo, 2010)



Anexo 19: 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	Infraestructura	Total
HOSPITAL					
Ambulatorio	13	12	8	10	43
CEA- Servicio Quirúrgico Ambulatorio					
Hospitalización					
CEA-Rehabilitación, Quimioterapia y Hemodiálisis	13	12	8	13	46
HGAL- Unidades Organizativas Clínica, Quirúrgica y de Urgencias, y en el Centro Materno Infantil					
Servicio de Unidad de Cuidados Intensivos- HPU					
Urgencias y Emergencias Médicas	7	7	4	7	25
HGAL-Centro Provincial de Emergencias Médicas					
Servicio de Consulta Externa					
HGAL-Servicio de Consulta Externa	10	4	9	12	35
HOSPITAL PEDIÁTRICO					
Hospitalización	17	15	8	18	58
HPU- Pediatría General, Servicios Digestivos, Servicios Respiratorios, Endocrino, Hematología, Cardiología, Nefrología, Neurología, Gastroenterología, Salud Mental, Cirugía, Oftalmología, O.R.L, Ortopedia, Quemados, Urología, Cirugía Maxilo Facial, Recién Nacidos, UCI					

Urgencias Médicas HPU-Servicio de Consulta Externa	8	8	4	9	29
Servicio de Consulta Externa HPU-Servicio de Consulta Externa	12	4	7	13	36
ESTOMATOLOGÍA					
Servicios de Estomatología Clínica Estomatológica de Especialidades	Estomatólogos	Personal técnico	Personal de apoyo	Infraestructura	38
	12	7	7	12	
APS					
Policlínicos Policlínico Integral Comunitario "Cecilio Ruiz de Zárate"- Urgencias	8	8	4	9	29
Policlínico Integral Comunitario "Cecilio Ruiz de Zárate"- Consulta Externa: Dermatología, Psiquiatría, Alergia, Consulta integral al diabético, Reumatología, Geriatria, Medicina física y rehabilitación, Genética, otras especialidades de Medicina, Cirugía General, Oftalmología, O.R.L, Ortopedia y Traumatología, Angiología	12	4	8	18	42
Consultorios Médicos de la Familia Consultorios: No. 4, No. 13, No. 20 y No. 34 pertenecientes al Área II	15	11	-	12	38
FARMACIAS					
Farmacias del Área de Salud II del municipio de Cienfuegos	Personal farmacéutico		Personal auxiliar	Infraestructura	35
	16		4	15	

Anexo 20: Lista de variables de instrumentos validados en el Hospital GAL

Fuente: Elaboración propia

Médicos

Criterios para su evaluación	Curbelo (2013)	Cortiza (2014), Díaz (2014), González-Quevedo (2014, Salas (2014), Sampayo (2014), Medina (2016)	Fernández (2015)	Hernández (2015)
El proceso de atención se realiza con una adecuada privacidad/ El tratamiento médico (estomatológico) se realiza con una adecuada privacidad	x	x	x	x
Los médicos son respetuosos en el trato conmigo y mis familiares/ El trato médico-paciente fluye con respeto.	x	x		x
Los médicos son amables en el trato conmigo y mis familiares.	x	x		
Los médicos demuestran con amabilidad su disposición a la ayuda y entendimiento de los pacientes y familiares para la solución de problemas.				x
Los médicos/estomatólogos (personal técnico o de servicios) son amables y respetuosos en el trato conmigo y mis familiares.			x	
Los médicos son comprensivos, se interesan por mis preocupaciones, malestares y estado de ánimo.	x	x		
Los médicos me hacen sentir confianza en los conocimientos y cuidados que brindan en el proceso de atención/Confío en los cuidados que brindan los médicos.	x	x		x
Los médicos/estomatólogos están a la escucha de cualquier inquietud, duda o reclamación.	x	x		
Los médicos responden a mis preguntas.	x	x		x
Los médicos responden a mis preguntas, están a la escucha de mis inquietudes y reclamaciones.			x	
Los médicos se comunican con otros especialistas a los que debo recurrir para mantenerse al tanto.	x	x		
Los médicos se expresan de manera adecuada al intercambiar conmigo y mis familiares.	x	x		x
Los médicos/estomatólogos demuestran seguridad y profesionalidad al establecer sus intercambios: al emitir un diagnóstico y realizar un procedimiento.			x	
Los médicos demuestran su	x	x		

conocimiento de mi enfermedad al intercambiar conmigo con seguridad y cuidado.				
Los médicos me informan sobre mi estado de salud, consecuencias y resultados clínicos, incluyendo aquellos que han tenido eventos no esperados, lo mismo a mis familiares.	x	x		
Los médicos explican sobre los medicamentos, horarios y alternativas de tratamiento; me informan sobre mi estado de salud, consecuencias y resultados clínicos, lo mismo a mis familiares.			x	x
Los médicos/estomatólogos tienen una apariencia adecuada al presentarse ante mí y mis familiares.	x	x	x	x
Los médicos (estomatólogos) llegan en el horario fijado para el proceso de atención médica/ Los médicos llegan en el horario fijado para la realización de los procedimientos médicos.	x	x		x
El turno para la atención médica me ha sido otorgado sin demora, no he tenido que esperar mucho tiempo.				x
Los médicos tratan de que se reduzcan los tiempos de espera para su atención.			x	

Enfermeros/Técnicos y tecnólogos

Criterios para su evaluación	Curbelo (2013)	Cortiza (2014), Díaz (2014), González-Quevedo (2014, Salas (2014), Sampayo (2014), Medina (2016)	Fernández (2015)	Hernández (2015)
Los enfermeros se expresan de manera adecuada.	x	x		x
Los enfermeros/ tecnólogos y asistentes dentales están a la escucha de cualquier inquietud o reclamación.	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		
Los enfermeros/ tecnólogos y asistentes dentales tienen una apariencia adecuada.	x	x	x	x
El personal de enfermería/ tecnólogos y asistentes dentales	x	x	x	

respeto la privacidad del paciente.				
El personal de enfermería demuestra sus conocimientos y habilidades en la realización de su trabajo con disposición.	x	x		
Los enfermeros/tecnólogos y asistentes dentales apoyan en la solución de mis problemas de salud cumpliendo con lo que han establecido los especialistas, preocupados por cada caso.	x	x		
Los enfermeros cumplen con lo que han establecido los especialistas demostrando sus conocimientos y habilidades profesionales.			x	
Los enfermeros conocen mi enfermedad y los datos de mi historia clínica.	x	x		
Los enfermeros están presentes cuando necesito su atención.	x	x	x	
Los enfermeros/tecnólogos y asistentes dentales dedican el tiempo necesario para mi atención.	x	x		
Los enfermeros tratan de que se reduzcan los tiempos de espera para sus servicios.			x	
La comprensión, apoyo y dedicación de los enfermeros ante los procedimientos de atención, es adecuada.	x	x		
El trato de los enfermeros es respetuoso.	x	x		x
Los enfermeros son amables en el trato conmigo y mis familiares.				x
Los enfermeros son amables y respetuosos en el trato conmigo y mis familiares.			x	

Personal de servicios/de apoyo (camilleros, auxiliares de limpieza, recepcionistas, seguridad y protección)

Criterios para su evaluación	Curbelo (2013)	Cortiza (2014), Díaz (2014), González-Quevedo (2014), Salas (2014), Sampayo (2014), Medina (2016)	Fernández (2015)	Hernández (2015)
El personal de servicio realiza su trabajo de manera que no se afectan las labores de médicos y enfermeros/estomatólogos, tecnólogos y asistentes dentales, mostrando dominio del mismo.	x	x	x	

El trato del personal de servicio es respetuoso.	x	x		x
El personal de servicio es amable conmigo y mis familiares.	x	x	x	x
El personal de servicio se preocupa y está presto a la ayuda en la institución.	x	x		
El personal de servicios le orienta y le explica de manera clara y adecuada sobre los pasos y trámites para la atención en consulta externa.				x
El personal de servicios apoya a que su atención se realice respetando la programación.				x
El personal de servicios se encarga de que su historia clínica se encuentre disponible para su atención en la consulta.				x
El personal de apoyo cuenta con los instrumentos y equipos para la realización de sus funciones.				x
El personal de servicio dedica el tiempo requerido a cada paciente y sus familiares.	x	x		
El personal de servicio se encuentra en el momento en que debe estar para la realización de su trabajo.	x	x		x
El personal de apoyo se expresa de manera adecuada.	x	x	x	x
El personal de apoyo tiene una apariencia adecuada.	x	x	x	x

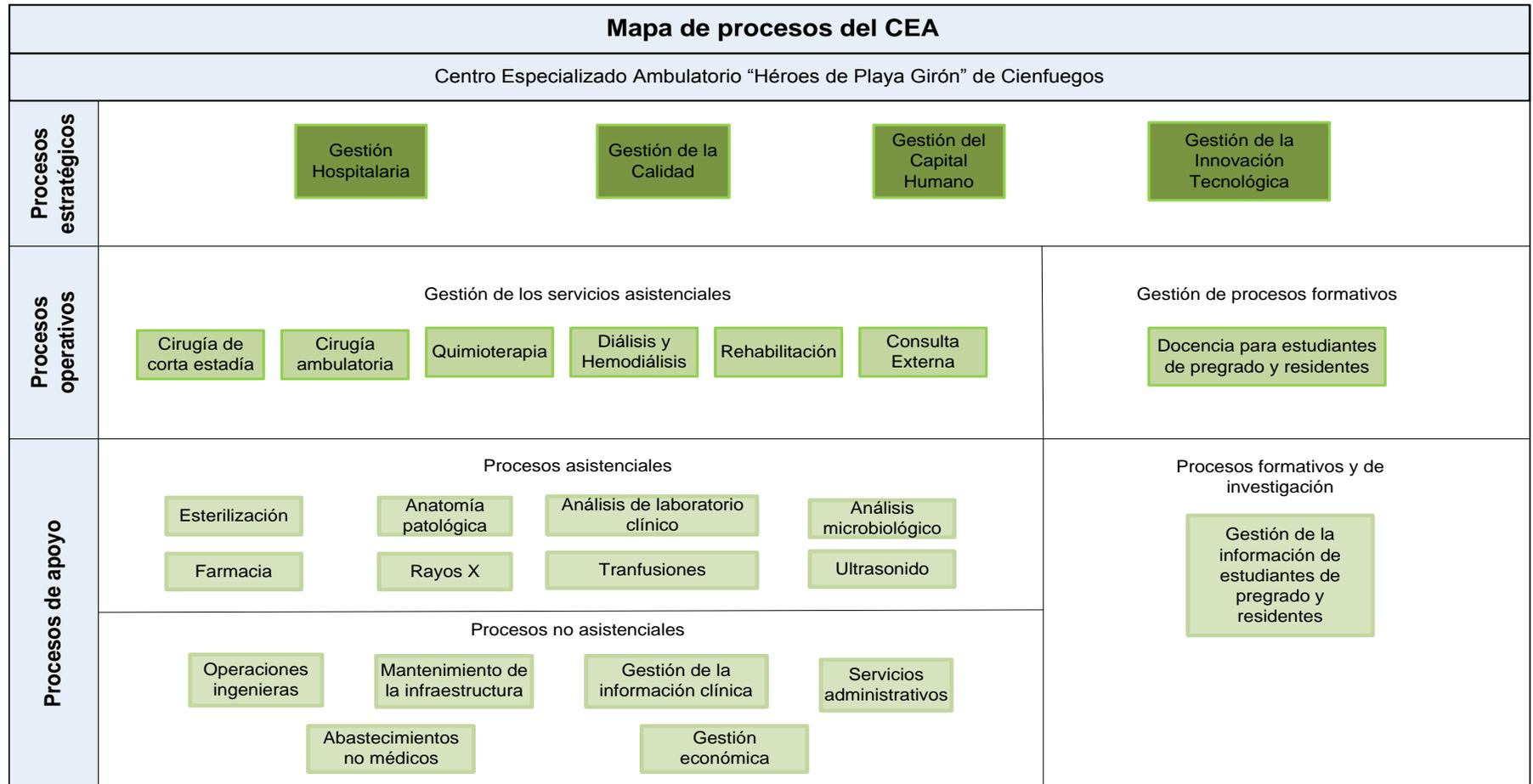
Infraestructura

Criterios para su evaluación	Curbelo (2013)	Cortiza (2014), Díaz (2014), González-Quevedo (2014), Salas (2014), Sampayo (2014), Medina (2016)	Fernández (2015)	Hernández (2015)
El hospital cuenta con la señalización intrahospitalaria adecuada.	x	x		x
El hospital tiene una señalización extra hospitalaria adecuada.	x	x		
Señalización para orientar a pacientes.			x	
El sistema de información en el hospital se ajusta a las necesidades de los usuarios.	x	x		

En el proceso de asistencia se dispone de los equipos para atenderme o se buscan alternativas para hacerlo de manera segura.	x	x		
En el proceso de asistencia se tiene el instrumental o se buscan alternativas para atenderme.	x	x		
Los locales de espera en el hospital tienen adecuadas condiciones.	x	x		
Los locales de espera están limpios.			x	x
Los locales de espera disponen de los asientos necesarios.			x	x
Los locales de espera tienen un ambiente agradable (buena iluminación, limpieza, no son ruidosos y están ventilados).			x	
Los locales de espera son amplios.				x
Los locales de espera están bien iluminados.				x
Los locales de espera no son ruidosos.				x
Los locales de espera cuentan con un baño para acceso de los pacientes y familiares.				x
Las salas de recuperación tienen adecuadas condiciones.	x	x		
Las consultas tienen adecuadas condiciones.	x	x		
Las consultas están limpias.			x	x
Las consultas tienen buenas condiciones de privacidad.				x
Las consultas disponen de los asientos/mobiliario necesarios.			x	x
Las consultas están bien iluminadas.				x
Las consultas no son ruidosas.				x
Las consultas tienen un ambiente agradable.			x	
En el hospital me brindan ropa de cama limpia para mi estancia en el mismo.	x	x		
El vestuario que debo utilizar para determinados procedimientos médicos está limpio.	x	x		
La alimentación es acorde a la dieta que debo seguir.				x
Los alimentos están bien elaborados.				x
Los alimentos se sirven en recipientes limpios y con cuidados.				x

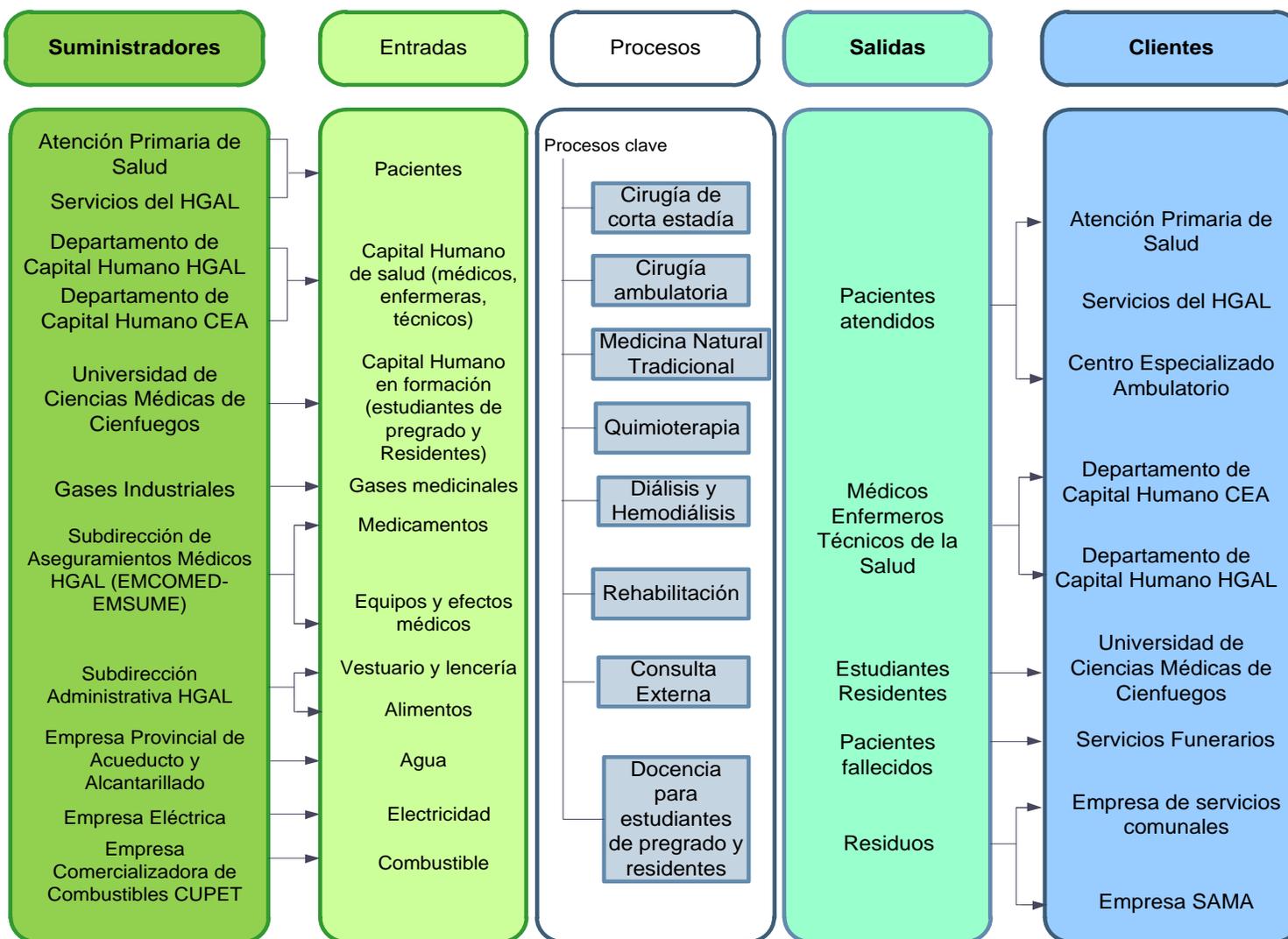
Anexo 21: Mapa de procesos CEA

Fuente: Elaboración propia



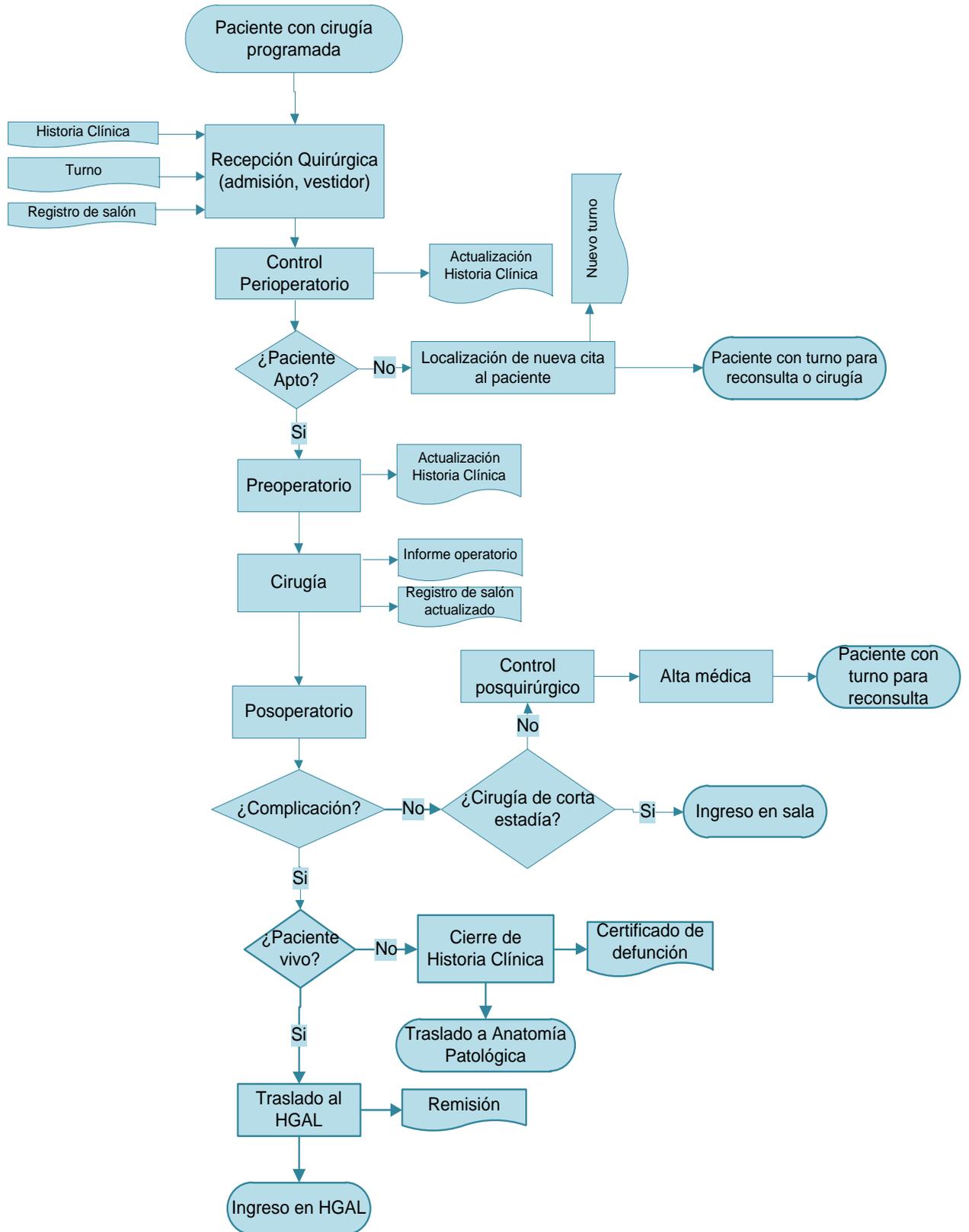
Anexo 22: SIPOC CEA

Fuente: Elaboración propia



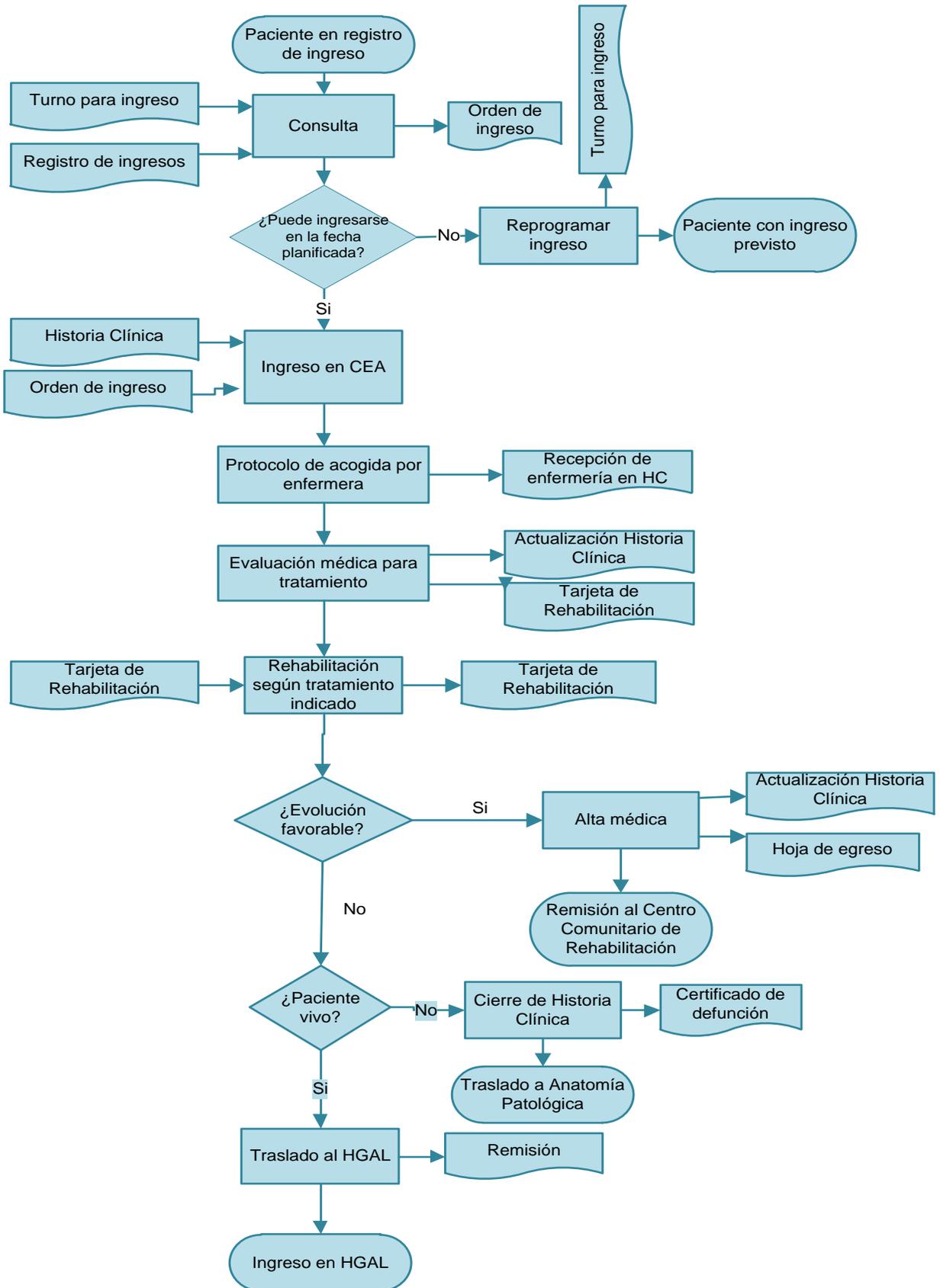
Anexo 23: Diagrama de flujo de Cirugía Ambulatoria

Fuente: Elaboración propia



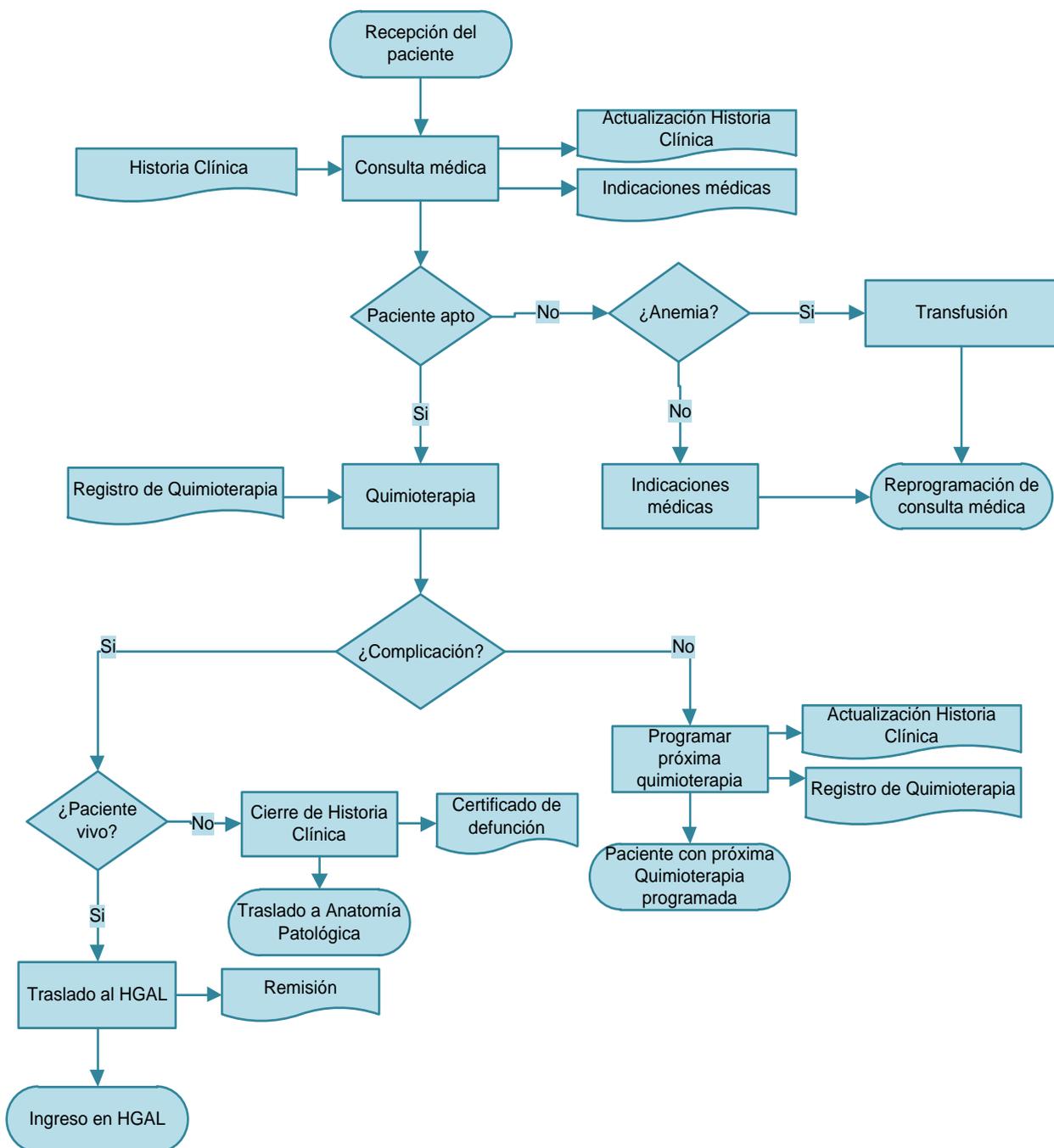
Anexo 24: Diagrama de flujo de Rehabilitación

Fuente: Elaboración propia



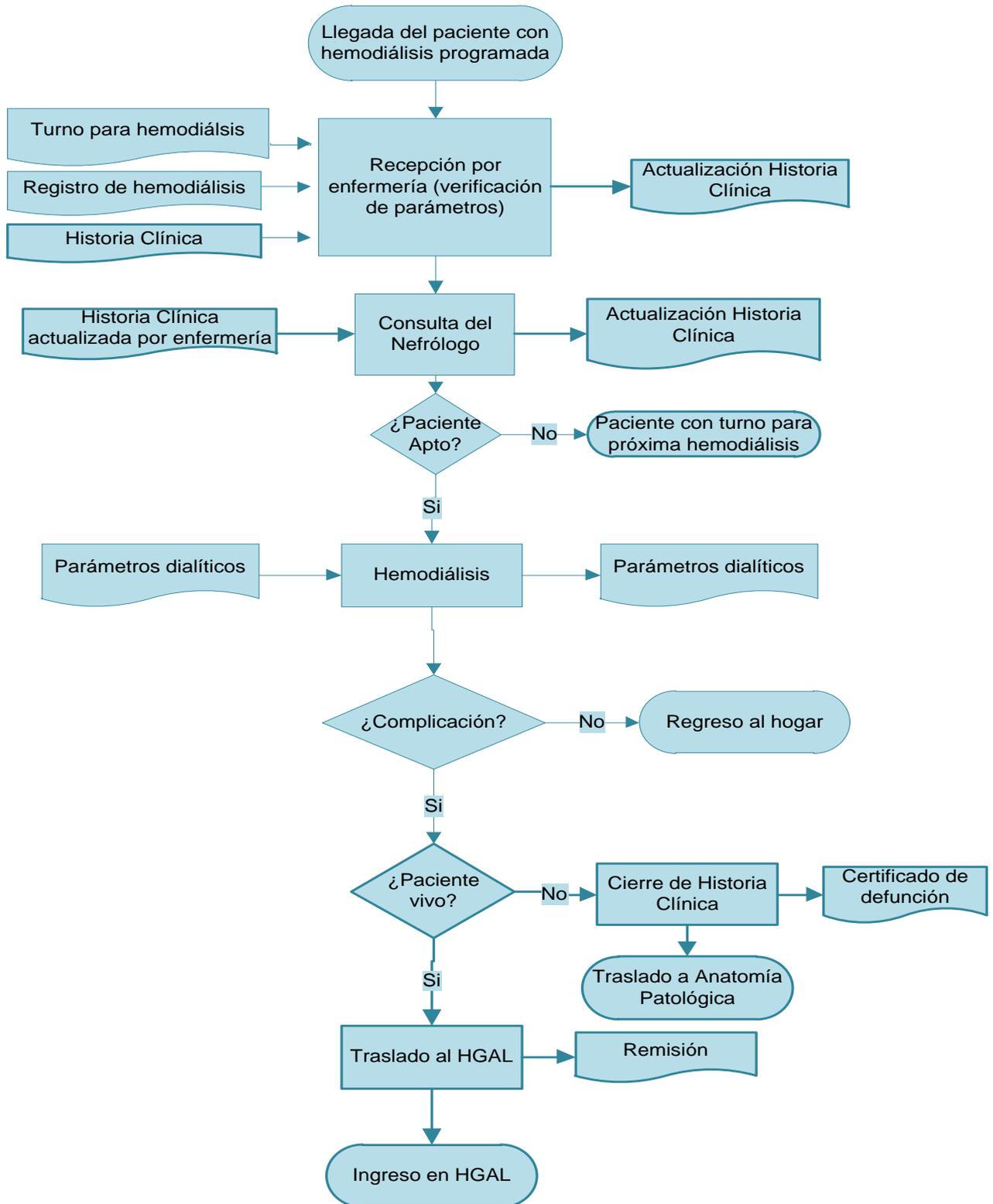
Anexo 25: Diagrama de flujo de Quimioterapia

Fuente: Elaboración propia



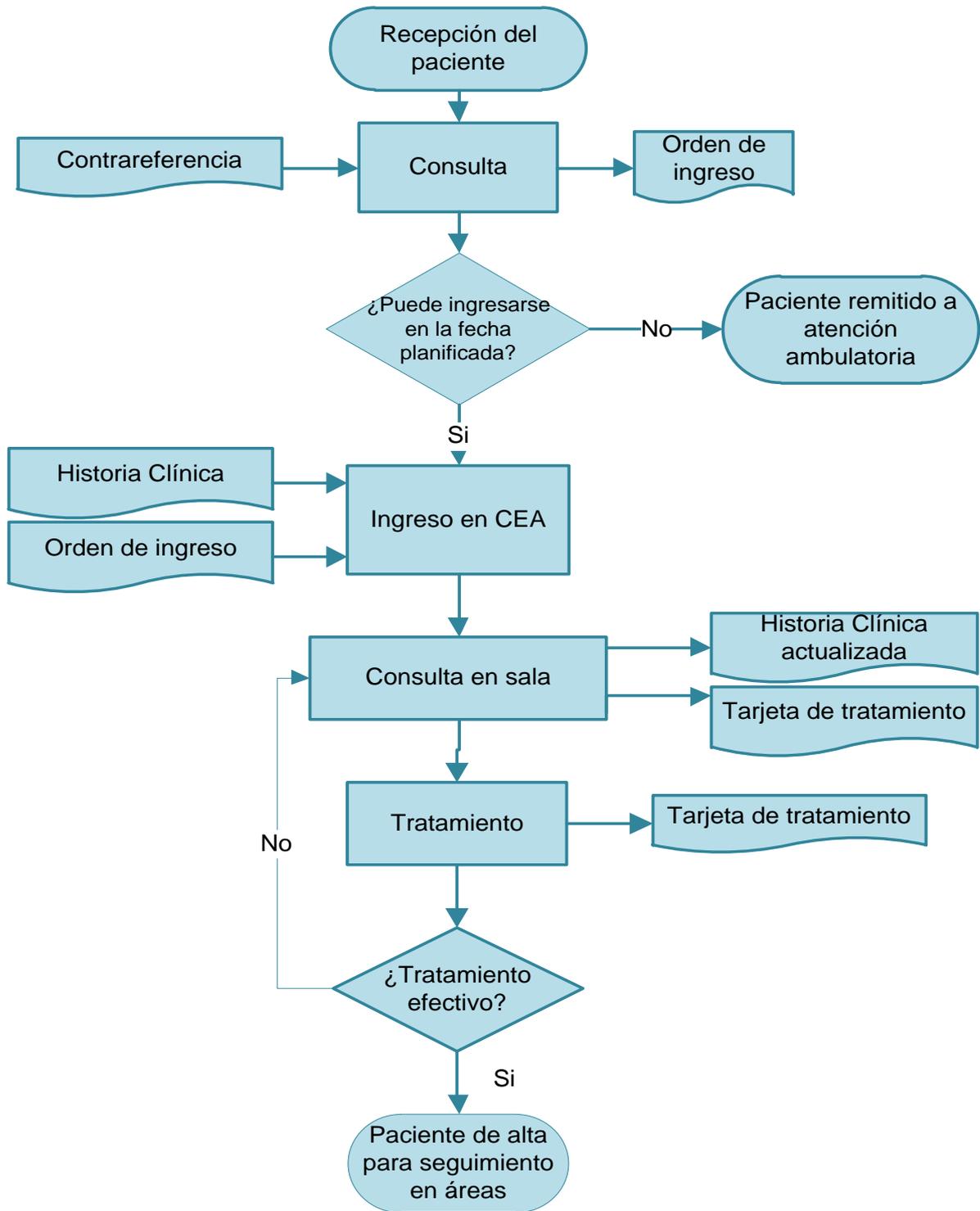
Anexo 26: Diagrama de flujo de Hemodiálisis

Fuente: Elaboración propia



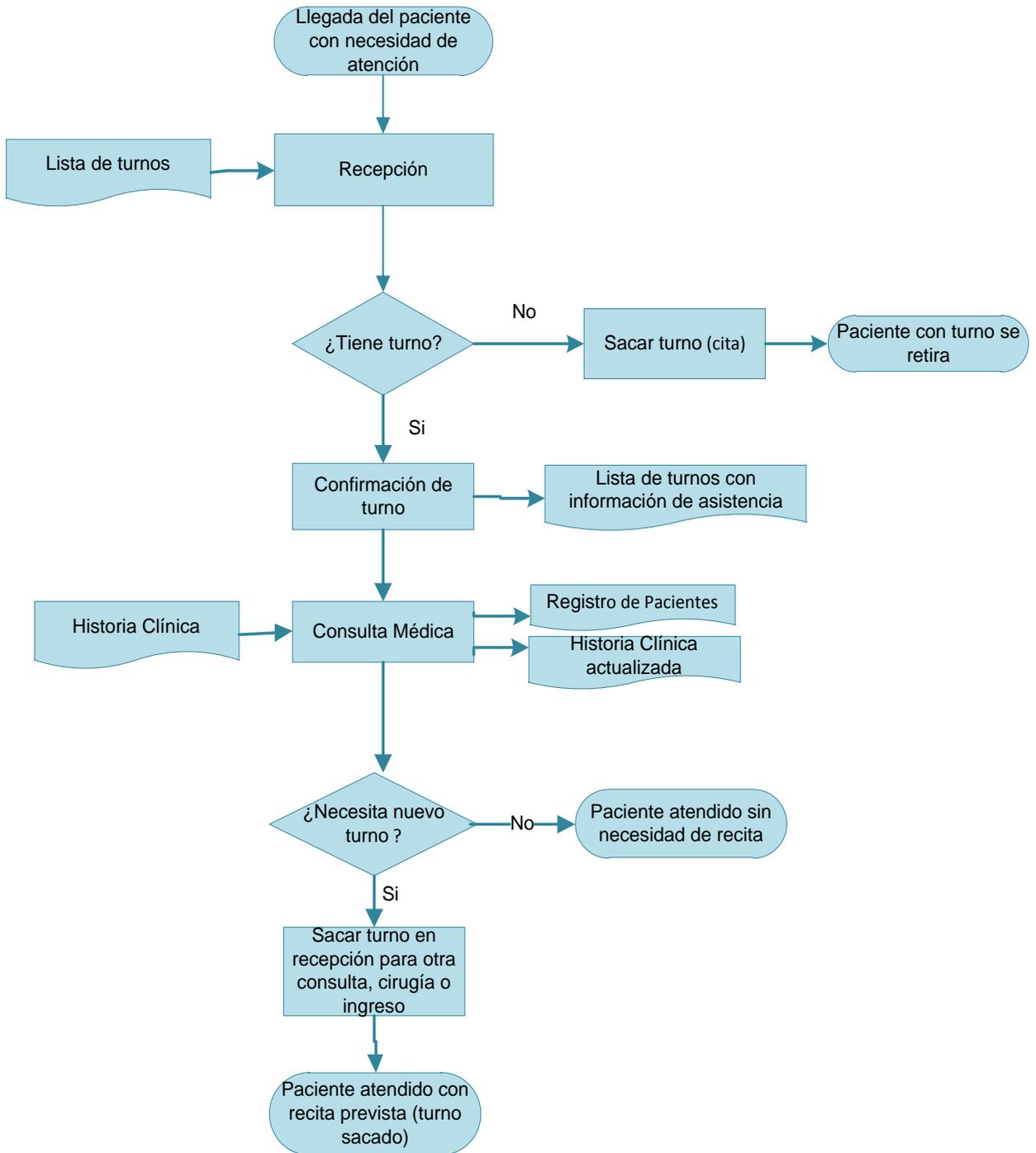
Anexo 27: diagrama de flujo de MNT

Fuente: Elaboración propia



Anexo 28: Diagrama de flujo de Consulta Externa

Fuente: Elaboración propia



Anexo 29: CUESTIONARIO PARA EVALUAR LA CALIDAD DE SERVICIOS DEL CEA. Fuente: Elaboración propia

A usted, como paciente del CEA de Cienfuegos, se acude con el objetivo de conocer criterios sobre la atención recibida, su ayuda permitirá enfocar acciones para elevar la calidad del servicio que se brinda, motivo por el cual se requiere que sea profundo en su análisis y justo en las respuestas.

INSTRUCCIONES: El cuestionario que se presenta consta de varios apartados, en cada uno de estos lea detenidamente las preguntas y marque con **X** la opción de respuesta que corresponda según su criterio.

SU COLABORACIÓN ES IMPORTANTE, GRACIAS

1. DATOS GENERALES: Marque con X

Completan la 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 _____
Servicio	_____ Servicio Quirúrgico Ambulatorio _____ Quimioterapia _____ Hemodiálisis	_____ Servicio Quirúrgico de Corta estadía _____ Medicina Natural Tradicional MNT _____ Rehabilitación
¿Es su primera vez en el servicio que evalúa con esta encuesta?	Si _____ No _____, en caso de ser No su respuesta indique cuánto tiempo lleva hospitalizado o en tratamiento en el CEA: 1 día _____ De 2 a 7 días _____ Entre 1 semana y 15 días _____ Entre 16 días y 1 mes _____ Más de 1 mes y hasta 1 año _____ Más de 1 año _____	
Lugar en que se le dio o se le dará seguimiento	CEA _____ Área de salud _____	Hospital GAL _____ Otros _____

2. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN: Marque con X

MÉDICOS (Me)	TOTALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NI DE ACUERDO, NI EN DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
Criterios para su evaluación					
Me 1- El proceso de atención se realiza con una adecuada privacidad.					
Me 2- Los médicos son respetuosos en el trato conmigo y mis familiares.					
Me 3-Los médicos son amables en el trato conmigo y mis familiares.					
Me 4-Los médicos son comprensivos, se interesan por mis preocupaciones, malestares y estado de ánimo.					
Me 5-Los médicos me hacen sentir confianza en los conocimientos y cuidados que brindan en el proceso de atención.					
Me 6-Los médicos están a la escucha de cualquier inquietud, duda o reclamación.					
Me 7-Los médicos responden a mis preguntas.					
Me 8-Los médicos se comunican con otros especialistas a los que debo recurrir para mantenerse al tanto.					
Me 9-Los médicos se expresan de manera adecuada al intercambiar conmigo y mis familiares.					
Me 10-Los médicos demuestran su conocimiento de mi enfermedad al intercambiar conmigo con seguridad y cuidado.					
Me 11-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.					
Me 12-Los médicos tienen una apariencia adecuada al presentarse ante mí y mis familiares.					
Me 13-Los médicos llegan en el horario fijado para el proceso de atención.					

ENFERMEROS (Enf)	TOTALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NI DE ACUERDO, NI EN DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
Criterios para su evaluación					
Enf 1- El personal de enfermería respeta la privacidad del paciente.					
Enf 2-El trato de los enfermeros es respetuoso.					
Enf 3-La comprensión, apoyo y dedicación de los enfermeros ante los procedimientos de atención, es adecuada.					
Enf 4-El personal de enfermería demuestra sus conocimientos y habilidades en la realización de su trabajo con disposición.					
Enf 5-Los enfermeros apoyan en la solución de mis problemas de salud cumpliendo con lo que han establecido los especialistas, preocupados por cada caso.					
Enf 6-Los enfermeros conocen mi enfermedad y los datos de mi historia clínica.					
Enf 7-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.					
Enf 8-Los enfermeros están a la escucha de cualquier inquietud o reclamación.					

Enf 9-Los enfermeros se expresan de manera adecuada.					
Enf 10-Los enfermeros tienen una apariencia adecuada.					
Enf 11-Los enfermeros están presentes cuando necesito su atención.					
Enf 12-Los enfermeros dedican el tiempo necesario para mi atención.					

PERSONAL DE SERVICIOS (PS)	TOTALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NI DE ACUERDO, NI EN DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
Criterios para su evaluación					
PS 1- El trato del personal de servicios es respetuoso.					
PS 2-El personal de servicios es amable conmigo y mis familiares.					
PS 3-El personal de servicios se preocupa y está presto a la ayuda en la institución.					
PS 4-El personal de servicios realiza su trabajo de manera que no se afectan las labores de médicos y enfermeros, mostrando dominio del mismo.					
PS 5-El personal de servicios se expresa de manera adecuada.					
PS 6-El personal de servicios tiene una apariencia adecuada.					
PS 7-El personal de servicios dedica el tiempo requerido a cada paciente y sus familiares.					
PS 8-El personal de servicios se encuentra en el momento en que debe estar para la realización de su trabajo.					

NOTA: EN EL CASO DE SERVICIO QUIRÚRGICO AMBULATORIO NO DEBE CONTESTAR LA PREGUNTAS 11, 12 Y 13 A CONTINUACIÓN SI NO HA RECIBIDO ALIMENTACIÓN

INFRAESTRUCTURA (Inf)	TOTALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NI DE ACUERDO, NI EN DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
Criterios para su evaluación					
Inf 1- El hospital cuenta con la señalización intrahospitalaria adecuada.					
Inf 2-El hospital tiene una señalización extra hospitalaria adecuada.					
Inf 3-El sistema de información en el hospital se ajusta a las necesidades de los usuarios.					
Inf 4-En el proceso de asistencia se dispone de los equipos para atenderme o se buscan alternativas para hacerlo de manera segura.					
Inf 5-En el proceso de asistencia se tiene el instrumental o se buscan alternativas para atenderme.					
Inf 6-Los locales de espera en el hospital tienen adecuadas condiciones.					
Inf 7-Las salas de recuperación tienen adecuadas condiciones.					
Inf 8-Las consultas tienen adecuadas condiciones.					
Inf 9-En el hospital me brindan ropa de cama limpia para mi estancia en el mismo.					
Inf 10-El vestuario que debo utilizar para determinados procedimientos médicos está limpio.					
Inf 11-La alimentación es acorde a la dieta que debo seguir.					
Inf 12-Los alimentos están bien elaborados.					

Inf 13-Los alimentos se sirven en recipientes limpios y con cuidados.					
---	--	--	--	--	--

3. SATISFACCIÓN CON EL Servicio: Marque con X

	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Medianamente satisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
SMe- ¿Con la atención de los médicos usted está?					
SEnf- ¿Con la atención de los enfermeros usted está?					
SPS- ¿Con la atención del personal de servicio usted está?					
SInf- ¿Con las condiciones de los locales y el mobiliario usted está?					
SG- ¿Con el CEA usted está?					

¿Sugeriría este servicio a otras personas? ___Si ___No

¿Regresaría al servicio? ___Si ___No ___Quizás

4. SUGERENCIAS: Anote las sugerencias que considere oportunas a continuación

Anexo 30: CUESTIONARIO PARA EVALUAR LA CALIDAD PERCIBIDA DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DEL CEA

Fuente: Elaboración propia

A usted, como paciente del CEA de Cienfuegos, se acude con el objetivo de conocer criterios sobre la atención recibida, su ayuda permitirá enfocar acciones para elevar la calidad del servicio que se brinda, motivo por el cual se requiere que sea profundo en su análisis y justo en las respuestas. **INSTRUCCIONES:** El cuestionario que se presenta consta de varios apartados, en cada uno de estos lea detenidamente las preguntas y marque con **X** la opción de respuesta que corresponda según su criterio.

GRACIAS POR COLABORAR

1. DATOS GENERALES: Marque con una X

Completan la 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 _____
Especialidad en la que se atendió		
¿Es su primera vez en el servicio de Consulta Externa del CEA?	Si _____ No _____, en caso de ser no su respuesta indique cuantas veces ha acudido _____	

2. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN: Marque con una X en la columna que se ajuste a su criterio

Variables a evaluar	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Me 1-Los médicos demuestran con amabilidad su disposición a la ayuda y entendimiento a los pacientes y familiares para la solución de problemas.					
Me 2-Confío en los cuidados que brindan los médicos.					
Me 3-El trato médico- paciente fluye con respeto.					
Me 4-El tratamiento médico se realiza con una adecuada					

privacidad.					
Me 5-Los médicos llegan en el horario fijado para la realización de los procedimientos médicos.					
Me 6-El turno para la atención médica me ha sido otorgado sin demora, no he tenido que esperar mucho tiempo.					
Me 7-Los médicos explican sobre los medicamentos, horarios y alternativas de tratamiento; me informan sobre mi estado de salud, consecuencias y resultados clínicos, lo mismo a mis familiares.					
Me 8-Los médicos responden a mis preguntas.					
Me 9-Los médicos se expresan de manera adecuada al intercambiar conmigo y mis familiares.					
Me 10-Los médicos tienen una apariencia adecuada.					
Enf 1-Los enfermeros son amables en el trato conmigo y mis familiares.					
Enf 2-El trato de los enfermeros es respetuoso.					
Enf 3-Los enfermeros se expresan de manera adecuada.					
Enf 4-El personal de enfermería tiene una apariencia adecuada.					
PS 1-El personal de servicios dispone de medios y materiales para la realización de su trabajo directo con los pacientes y familiares, estos no son obstáculos para la calidad.					
PS 2-El personal de servicios le orienta y le explica de manera clara y adecuada sobre los pasos y trámites para la atención en consulta externa.					
PS 3-El personal de servicios apoya a que su atención se realice respetando la programación.					
PS 4-El personal de servicios se encarga de que su historia clínica se encuentre disponible para su atención en la consulta.					
PS 5-El personal de servicios es respetuoso.					
PS 6-El personal de servicios es amable.					
PS 7-El personal de servicios tiene una apariencia adecuada.					
PS 8-El personal de servicios se expresa de manera adecuada.					
PS 9-El personal de servicios se encuentra en el momento en que debe estar para la realización de su trabajo.					
Inf 1-El hospital cuenta con la señalización intrahospitalaria adecuada.					
Inf 2-Los locales de espera están limpios					

Inf 3-Los locales de espera son amplios.					
Inf 4-Los locales de espera disponen de los asientos necesarios.					
Inf 5-Los locales de espera están bien iluminados.					
Inf 6-Los locales de espera no son ruidosos.					
Inf 7-Los locales de espera cuentan con un baño para acceso de los pacientes y familiares.					
Inf 8-Las consultas están limpias.					
Inf 9-Las consultas tienen buenas condiciones de privacidad.					
Inf 10-Las consultas disponen del mobiliario necesario.					
Inf 11-Las consultas están bien iluminadas.					
Inf 12-Las consultas no son ruidosas.					

3. SATISFACCIÓN CON EL SCE: Marque con una X su respuesta a cada una de las preguntas siguientes sobre la satisfacción con el servicio y el CEA

	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Medianamente satisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
SMe -¿Con la atención de los médicos usted está?					
SEnf -¿Con la atención de los enfermeros usted está?					
SPS -¿Con la atención del personal de servicio usted está?					
SInf -¿Con las condiciones de los locales y el mobiliario usted está?					
SG -¿Con el CEA usted está?					

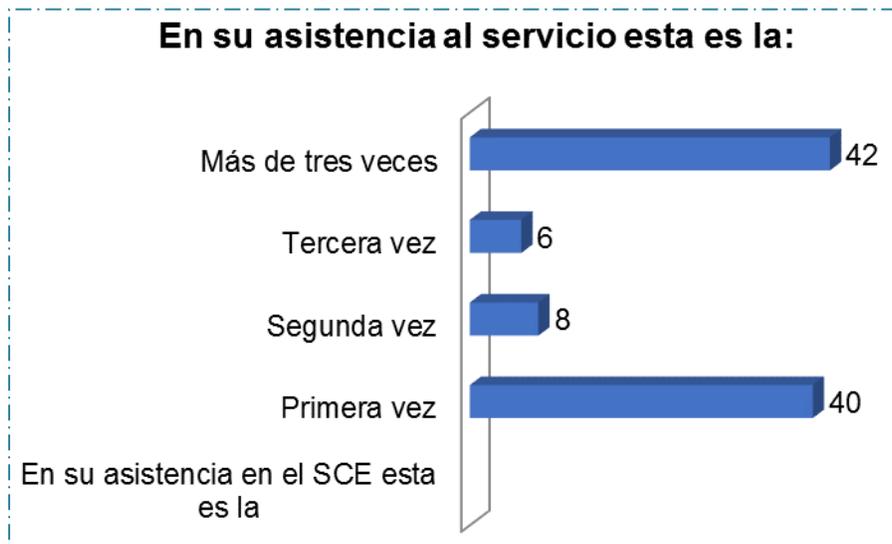
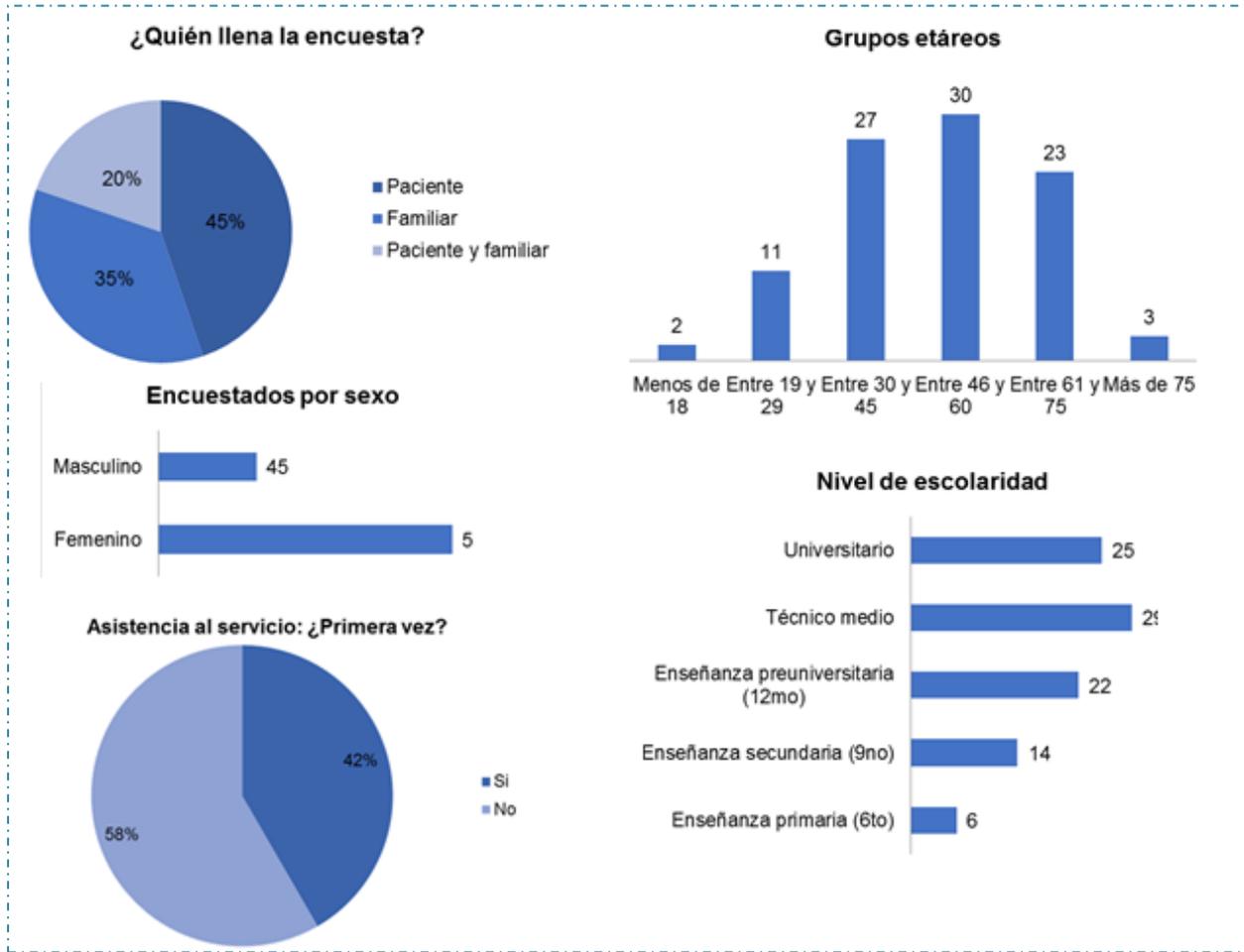
¿Sugeriría este servicio a otras personas? ___ Si ___ No

¿Regresaría al servicio de Consulta Externa del CEA? ___ Si ___ No ___ Quizás

4. SUGERENCIAS: Anote las sugerencias que considere oportunas a continuación

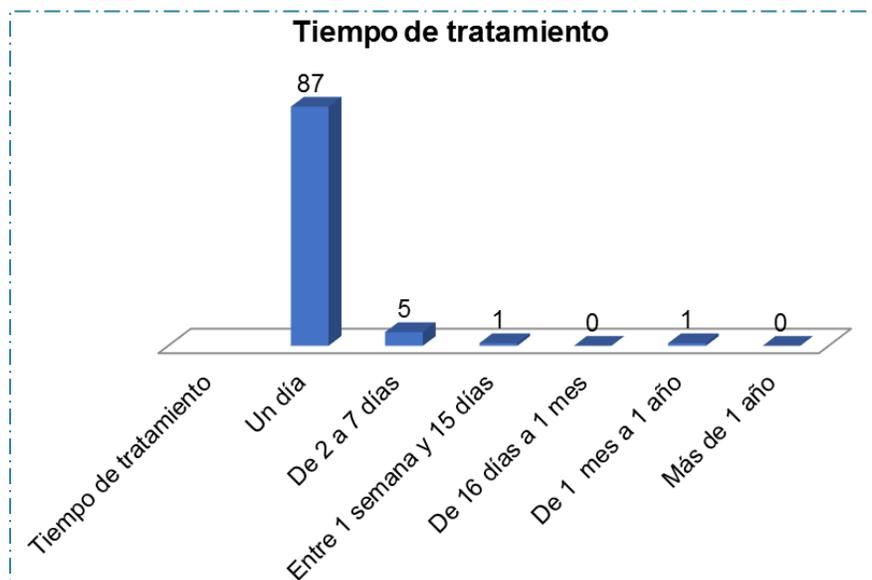
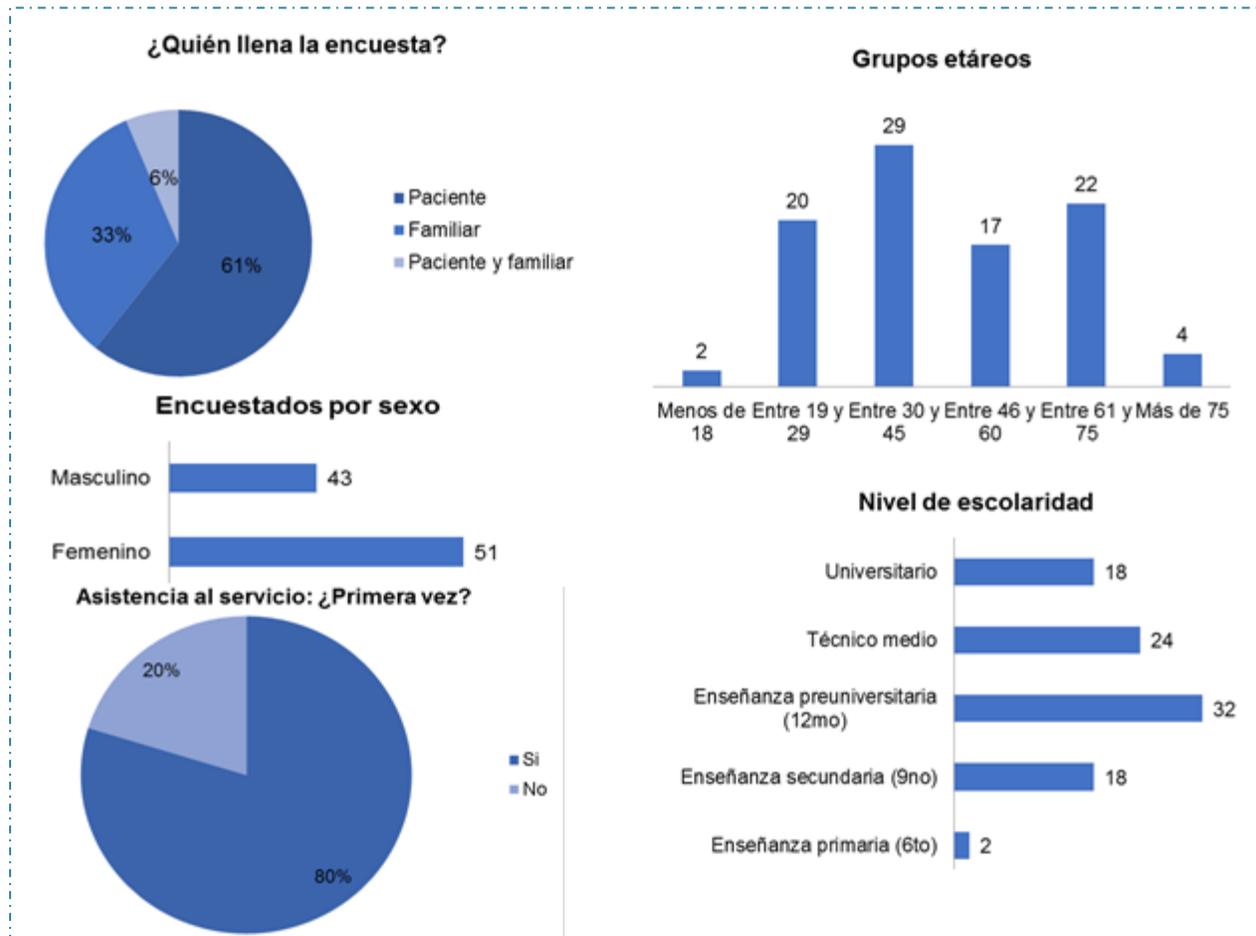
Anexo 31: Caracterización de encuestados de servicio de Consulta Externa

Fuente: Elaboración propia



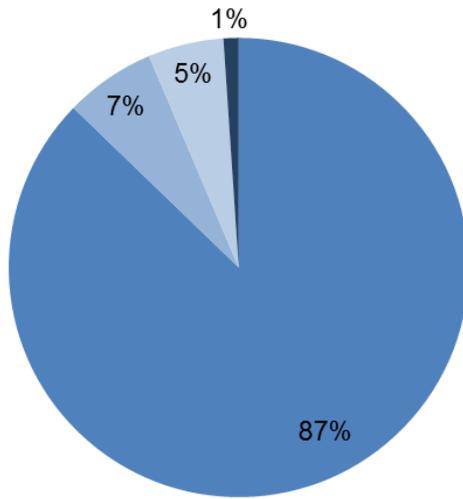
Anexo 32: Caracterización de encuestados de servicio de Cirugía ambulatoria

Fuente: Elaboración propia



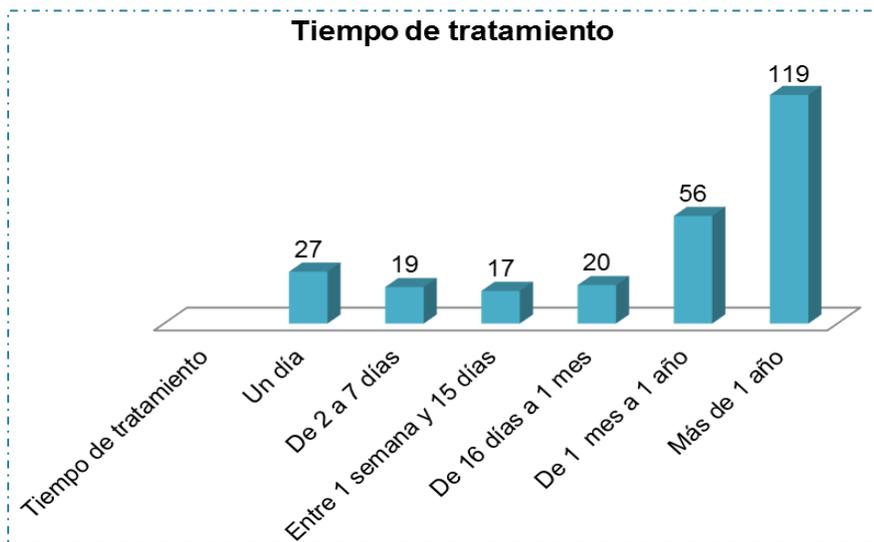
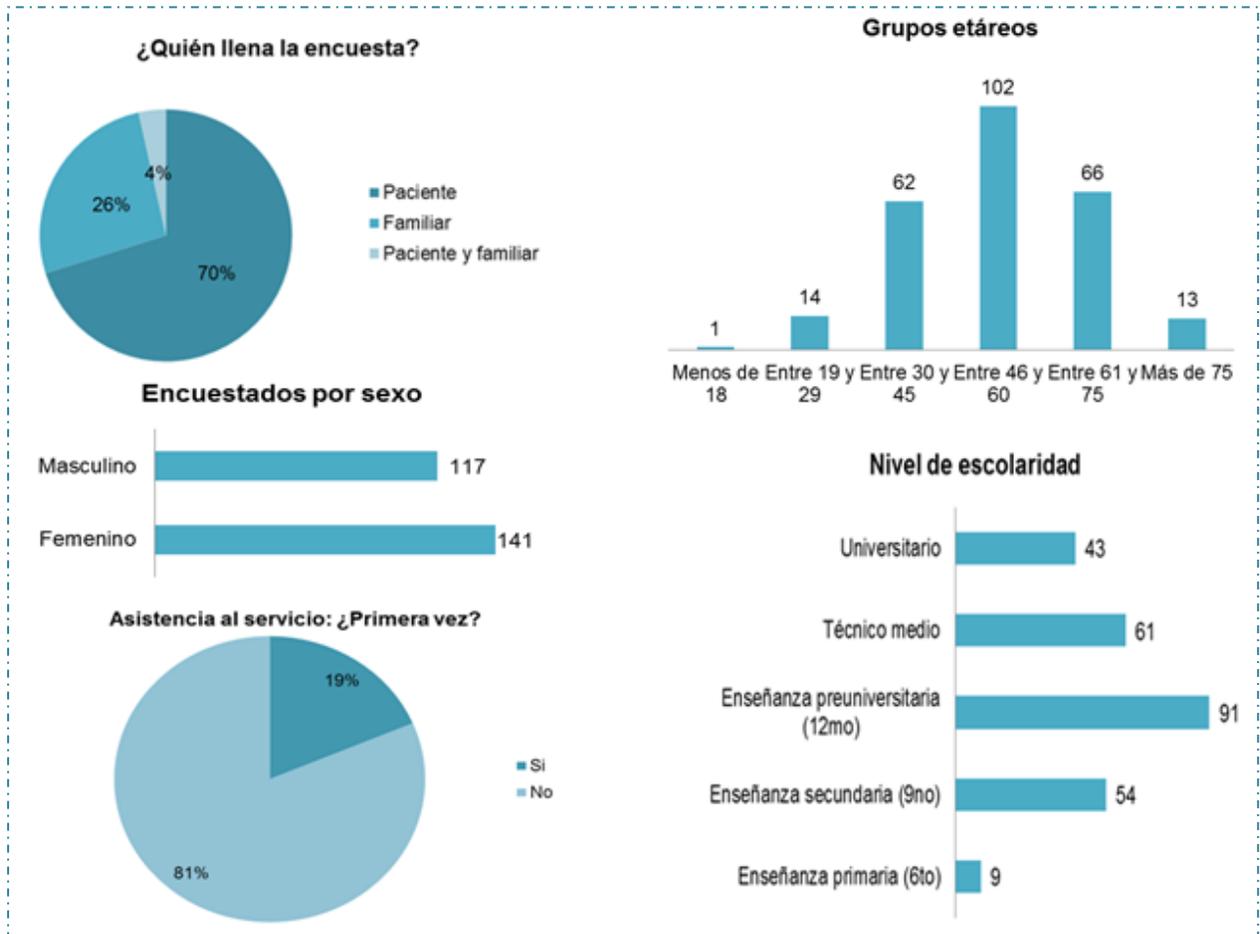
Lugar de seguimiento

■ CEA ■ HGAL ■ Áreas de salud ■ Otras instituciones del sistema de salud

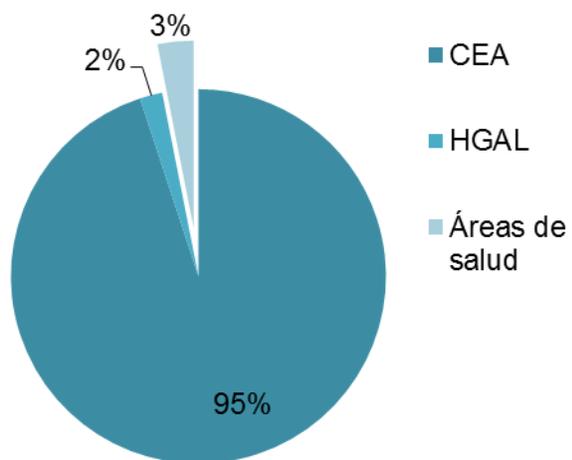


Anexo 33: Caracterización de encuestados de servicios de hospitalización y ambulatorios de mayor estancia en el centro

Fuente: Elaboración propia



Lugar de seguimiento



Anexo 34: Análisis descriptivo de variables en cuestionario aplicado a usuarios del servicio de Consulta Externa del CEA

Fuente: Elaboración propia a partir de *IBM SPSS Statistics* Versión 19

Variables	Media	Mediana	Moda	Desviación típica	Varianza	Rango
Me 1	4.48	5.00	5	.649	.421	3
Me 2	4.54	5.00	5	.521	.272	2
Me 3	4.47	5.00	5	.648	.420	3
Me 4	4.30	4.00	5	.835	.697	4
Me 5	3.96	4.00	4	.928	.861	3
Me 6	3.67	4.00	4	1.185	1.404	4
Me 7	4.41	4.00	4	.573	.328	2
Me 8	4.46	4.00	4	.541	.293	2
Me 9	4.49	4.50	5	.523	.274	2
Me 10	4.50	5.00	5	.523	.274	2
Enf 1	4.35	4.00	4	.615	.379	3
Enf 2	4.35	4.00	4	.579	.335	3
Enf 3	4.36	4.00	4	.600	.360	3
Enf 4	4.36	4.00	4	.583	.339	2
PS 1	4.14	4.00	4	.776	.603	3
PS 2	4.11	4.00	4	.766	.587	3
PS 3	4.05	4.00	4	.838	.703	4
PS 4	4.24	4.00	4	.645	.416	3
PS 5	4.29	4.00	4	.579	.335	3
PS 6	4.26	4.00	4	.637	.405	3
PS 7	4.24	4.00	4	.692	.479	3
PS 8	4.24	4.00	4	.677	.458	3
PS 9	4.20	4.00	4	.690	.476	3
Inf 1	4.46	4.00	4	.541	.293	2
Inf 2	4.26	4.00	4	.585	.342	2
Inf 3	3.84	4.00	4	.933	.870	3
Inf 4	3.74	4.00	4	.965	.931	4
Inf 5	4.18	4.00	4	.632	.400	3
Inf 6	3.96	4.00	4	.832	.693	3
Inf 7	3.34	3.50	4	1.288	1.660	4
Inf 8	4.28	4.00	4	.556	.310	2
Inf 9	4.09	4.00	4	.822	.675	4
Inf 10	4.16	4.00	4	.759	.575	4
Inf 11	4.27	4.00	4	.624	.389	3
Inf 12	4.22	4.00	4	.619	.383	3

**Anexo 35: Análisis descriptivo de variables en cuestionario aplicado a usuarios de
Cirugía ambulatoria del CEA**

Fuente: Elaboración propia a partir de *IBM SPSS Statistics* Versión 19

Variables	Media	Mediana	Moda	Desviación típica	Varianza	Rango
Me 1	4.34	4.00	4	.632	.399	3
Me 2	4.36	4.00	4	.526	.276	2
Me 3	4.31	4.00	4	.487	.237	2
Me 4	4.31	4.00	4	.509	.259	2
Me 5	4.34	4.00	4	.520	.270	2
Me 6	4.34	4.00	4	.578	.334	2
Me 7	4.31	4.00	4	.549	.302	2
Me 8	4.19	4.00	4	.610	.372	2
Me 9	4.28	4.00	4	.516	.267	2
Me 10	4.26	4.00	4	.507	.257	2
Me 11	4.29	4.00	4	.478	.228	2
Me 12	4.35	4.00	4	.480	.230	1
Me 13	3.98	4.00	4	.816	.666	4
Enf 1	4.11	4.00	4	.613	.376	3
Enf 2	4.09	4.00	4	.633	.401	2
Enf 3	4.19	4.00	4	.660	.436	3
Enf 4	4.21	4.00	4	.620	.384	3
Enf 5	4.19	4.00	4	.554	.307	2
Enf 6	4.24	4.00	4	.617	.380	3
Enf 7	4.20	4.00	4	.560	.314	2
Enf 8	4.17	4.00	4	.580	.336	2
Enf 9	4.19	4.00	4	.492	.243	2
Enf 10	4.20	4.00	4	.454	.206	2
Enf 11	4.16	4.00	4	.447	.200	2
Enf 12	4.32	4.00	4	.512	.263	2
PS 1	3.73	4.00	4	.642	.412	3
PS 2	4.10	4.00	4	.488	.238	2
PS 3	4.07	4.00	4	.469	.220	3
PS 4	4.04	4.00	4	.413	.170	2
PS 5	3.98	4.00	4	.528	.279	2
PS 6	4.03	4.00	4	.496	.246	3
PS 7	4.03	4.00	4	.426	.182	3
PS 8	4.17	4.00	4	.405	.164	2
Inf 1	4.06	4.00	4	.636	.404	3
Inf 2	4.07	4.00	4	.609	.371	2
Inf 3	3.69	4.00	4	.790	.624	3
Inf 4	3.85	4.00	4	.775	.601	3
Inf 5	3.89	4.00	4	.836	.698	4
Inf 6	3.94	4.00	4	.700	.491	3
Inf 7	3.95	4.00	4	.662	.438	3
Inf 8	4.06	4.00	4	.636	.404	3
Inf 9	4.10	4.00	4	.569	.324	3
Inf 10	3.91	4.00	4	.616	.380	3

Anexo 36: Análisis descriptivo de variables en cuestionario aplicado a usuarios de servicios ambulatorios con mayor estancia en el CEA y de hospitalización

Fuente: Elaboración propia a partir de *IBM SPSS Statistics* Versión 19

Variables	Media	Mediana	Moda	Desviación típica	Varianza	Rango
Me 1	4,41	4.00	4	.600	.360	4
Me 2	4,52	5.00	5	.516	.266	2
Me 3	4,55	5.00	5	.499	.249	1
Me 4	4,50	5.00	5	.516	.267	2
Me 5	4,48	4.00	5	.524	.274	2
Me 6	4,48	4.50	5	.559	.313	3
Me 7	4,52	5.00	5	.524	.274	2
Me 8	4,42	4.00	4	.554	.307	3
Me 9	4,51	5.00	5	.501	.251	1
Me 10	4,52	5.00	5	.500	.250	1
Me 11	4,53	5.00	5	.508	.258	2
Me 12	4,56	5.00	5	.498	.248	1
Me 13	4,42	4.00	4	.554	.307	2
Enf 1	4,50	5.00	5	.516	.267	2
Enf 2	4,47	5.00	5	.593	.351	3
Enf 3	4,53	5.00	5	.523	.273	2
Enf 4	4,54	5.00	5	.537	.288	2
Enf 5	4,51	5.00	5	.545	.298	2
Enf 6	4,54	5.00	5	.522	.272	2
Enf 7	4,52	5.00	5	.531	.282	3
Enf 8	4,53	5.00	5	.538	.289	3
Enf 9	4,59	5.00	5	.509	.259	2
Enf 10	4,57	5.00	5	.533	.284	3
Enf 11	4,56	5.00	5	.513	.263	2
Enf 12	4,58	5.00	5	.561	.314	4
PS 1	4,09	4.00	4	.630	.397	3
PS 2	4,18	4.00	4	.524	.274	3
PS 3	4,17	4.00	4	.541	.292	3
PS 4	4,14	4.00	4	.593	.351	3
PS 5	4,12	4.00	4	.567	.321	3
PS 6	4,17	4.00	4	.576	.331	3
PS 7	4,21	4.00	4	.512	.262	3
PS 8	4,24	4.00	4	.480	.230	2
Inf 1	4,30	4.00	4	.655	.430	4
Inf 2	3,91	4.00	4	1.173	1.377	4
Inf 3	4,17	4.00	4	.652	.425	4
Inf 4	4,30	4.00	4	.559	.313	2
Inf 5	4,24	4.00	4	.659	.434	4
Inf 6	4,22	4.00	4	.612	.375	3
Inf 7	4,24	4.00	4	.541	.292	3
Inf 8	4,22	4.00	4	.545	.297	3
Inf 9	4,03	4.00	4	.745	.556	4
Inf 10	4,02	4.00	4	.708	.502	3
Inf 11	3,50	3.00	3	1.011	1.021	4

Anexo 37: Resultados de los análisis de fiabilidad y factorial para variables en cuestionario aplicado a usuarios del servicio de Consulta Externa del CEA

Fuente: Elaboración propia a partir de *IBM SPSS Statistics* Versión 19

Fiabilidad

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,975	35

Factorial

Determinante= 6,10E-024

Variables	MSA	Comunalidades	Variables	MSA	Comunalidades
Me 1	.928	.867	Inf 1	.940	.739
Me 2	.834	.815	Inf 2	.874	.780
Me 3	.779	.830	Inf 3	.923	.777
Me 4	.843	.747	Inf 4	.874	.692
Me 5	.900	.574	Inf 5	.867	.803
Me 6	.873	.783	Inf 6	.781	.640
Me 7	.923	.757	Inf 7	.895	.640
Me 8	.848	.891	Inf 8	.906	.759
Me 9	.891	.891	Inf 9	.941	.739
Me 10	.902	.817	Inf 10	.905	.785
Enf 1	.884	.825	Inf 11	.838	.835
Enf 2	.921	.818	Inf 12	.915	.749
Enf 3	.816	.812			
Enf 4	.903	.780			
PS 1	.875	.820			
PS 2	.960	.851			
PS 3	.957	.726			
PS 4	.863	.881			
PS 5	.814	.856			
PS 6	.899	.901			
PS 7	.836	.883			
PS 8	.872	.852			
PS 9	.906	.849			

..

KMO y prueba de Bartlett

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		,881
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	4356,446
	gl	595
	Sig.	,000

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	20,877	59,650	59,650	20,877	59,650	59,650	9,225	26,358	26,358
2	2,276	6,501	66,151	2,276	6,501	66,151	6,178	17,653	44,011
3	1,981	5,659	71,810	1,981	5,659	71,810	5,941	16,975	60,986
4	1,432	4,093	75,902	1,432	4,093	75,902	5,221	14,917	75,902
5	1,199	3,425	79,327						
6	,819	2,340	81,667						
7	,737	2,105	83,773						
8	,688	1,966	85,738						
9	,579	1,655	87,394						
10	,502	1,433	88,827						
11	,466	1,330	90,157						
12	,359	1,025	91,182						
13	,331	,947	92,129						
14	,301	,860	92,989						
15	,286	,819	93,808						
16	,263	,751	94,559						
17	,254	,726	95,285						
18	,217	,621	95,906						
19	,209	,597	96,504						
20	,163	,464	96,968						
21	,147	,419	97,387						
22	,138	,394	97,781						
23	,120	,343	98,125						
24	,107	,306	98,431						
25	,094	,268	98,699						
26	,090	,259	98,957						
27	,070	,199	99,156						
28	,062	,177	99,333						
29	,049	,141	99,474						
30	,047	,134	99,608						
31	,045	,128	99,736						
32	,044	,126	99,861						
33	,026	,074	99,935						
34	,015	,042	99,977						
35	,008	,023	100,000						

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Matriz de componentes rotados ^a				
	Componente			
	1	2	3	4
Los médicos demuestran con amabilidad su disposición a la ayuda y entendimiento a los pacientes y familiares para la solución de problemas.			,794	
Confío en los cuidados que brindan los médicos.			,803	
El trato médico- paciente fluye con respeto.			,745	
El tratamiento médico se realiza con una adecuada privacidad.			,679	
Los médicos llegan en el horario fijado para la realización de los procedimientos médicos.				,529
El turno para la atención médica me ha sido otorgado sin demora, no he tenido que esperar mucho tiempo.				,689
Los médicos explican sobre los medicamentos, horarios y alternativas de tratamiento; me informan sobre mi estado de salud, consecuencias y resultados clínicos, lo mismo a mis familiares.				,671
Los médicos responden a mis preguntas.			,501	,702
Los médicos se expresan de manera adecuada al intercambiar conmigo y mis familiares.			,499	,662
Los médicos tienen una apariencia adecuada.				,568
Los enfermeros son amables en el trato conmigo y mis familiares.	,593			
El trato de los enfermeros es respetuoso.	,535		,566	
Los enfermeros se expresan de manera adecuada.	,610		,493	
El personal de enfermería tiene una apariencia adecuada.	,556		,496	
El personal de servicios dispone de medios y materiales para la realización de su trabajo directo con los pacientes y familiares, estos no son obstáculos para la calidad.	,758			
El personal de servicios le orienta y le explica de manera clara y adecuada sobre los pasos y trámites para la atención en consulta externa.	,774			
El personal de servicios apoya a que su atención se realice respetando la programación.	,742			
El personal de servicios se encarga de que su historia clínica se encuentre disponible para su atención en la consulta.	,833			
El personal de servicios es respetuoso.	,780			
El personal de servicios es amable.	,829			
El personal de servicios tiene una apariencia adecuada.	,751			
El personal de servicios se expresa de manera adecuada.	,770			
El personal de servicios se encuentra en el momento en que debe estar para la realización de su trabajo.	,811			

El hospital cuenta con la señalización intrahospitalaria adecuada.			,614	
Los locales de espera están limpios		,819		
Los locales de espera son amplios.		,648		,532
Los locales de espera disponen de los asientos necesarios.		,547		
Los locales de espera están bien iluminados.		,751		
Los locales de espera no son ruidosos.		,717		
Los locales de espera cuentan con un baño para acceso de los pacientes y familiares.				,550
Las consultas están limpias.		,761		
Las consultas tienen buenas condiciones de privacidad.		,500		
Las consultas disponen del mobiliario necesario.		,621		
Las consultas están bien iluminadas.	,496	,639		
Las consultas no son ruidosas.		,702		
Método de extracción: Análisis de componentes principales.				
Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.				
a. La rotación ha convergido en 7 iteraciones.				

Anexo 38: Resultados de los análisis de fiabilidad y factorial para variables en cuestionario aplicado a usuarios de Cirugía ambulatoria del CEA

Fuente: Elaboración propia a partir de *IBM SPSS Statistics* Versión 19

Fiabilidad

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,926	43

Factorial

Determinante= 1,80E-018

Variables	MSA	Comunalidades	Variables	MSA	Comunalidades
Me 1	.578	.355	PS 1	.701	.459
Me 2	.578	.379	PS 2	.697	.627
Me 3	.794	.523	PS 3	.786	.665
Me 4	.791	.620	PS 4	.737	.678
Me 5	.763	.640	PS 5	.627	.573
Me 6	.805	.522	PS 6	.764	.632
Me 7	.820	.533	PS 7	.725	.648
Me 8	.742	.400	PS 8	.769	.382
Me 9	.709	.331	Inf 1	.675	.666
Me 10	.822	.422	Inf 2	.638	.661
Me 11	.647	.484	Inf 3	.767	.433
Me 12	.661	.516	Inf 4	.770	.598
Me 13	.605	.446	Inf 5	.834	.541
Enf 1	.821	.543	Inf 6	.742	.553
Enf 2	.804	.580	Inf 7	.771	.554
Enf 3	.819	.481	Inf 8	.653	.590
Enf 4	.806	.433	Inf 9	.607	.553
Enf 5	.813	.479	Inf 10	.735	.390
Enf 6	.789	.604			
Enf 7	.840	.647			
Enf 8	.810	.549			
Enf 9	.839	.594			
Enf 10	.847	.573			
Enf 11	.832	.551			
Enf 12	.835	.564			

KMO y prueba de Bartlett

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.	,765
Prueba de esfericidad de Chi-cuadrado aproximado	3180,358
Bartlett	gl
	903
	Sig.
	,000

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	11,906	27,689	27,689	11,906	27,689	27,689	8,466	19,689	19,689
2	4,409	10,255	37,943	4,409	10,255	37,943	6,044	14,056	33,744
3	3,603	8,380	46,323	3,603	8,380	46,323	4,880	11,350	45,094
4	3,053	7,100	53,423	3,053	7,100	53,423	3,581	8,329	53,423
5	2,301	5,351	58,774						
6	1,653	3,845	62,619						
7	1,531	3,560	66,179						
8	1,424	3,311	69,491						
9	1,179	2,741	72,231						
10	1,162	2,702	74,933						
11	1,012	2,353	77,286						
12	,862	2,004	79,290						
13	,780	1,813	81,103						
14	,746	1,735	82,838						
15	,635	1,477	84,315						
16	,614	1,427	85,742						
17	,578	1,343	87,085						
18	,555	1,290	88,375						
19	,461	1,072	89,447						
20	,440	1,022	90,469						
21	,409	,951	91,421						
22	,382	,889	92,309						
23	,364	,847	93,156						
24	,344	,799	93,955						
25	,302	,701	94,657						
26	,294	,683	95,340						
27	,252	,586	95,926						
28	,210	,488	96,414						
29	,191	,444	96,859						
30	,181	,422	97,280						
31	,169	,394	97,674						
32	,159	,371	98,045						
33	,134	,311	98,355						
34	,109	,253	98,608						
35	,096	,223	98,831						
36	,090	,209	99,040						
37	,087	,203	99,243						
38	,070	,163	99,406						
39	,064	,148	99,555						
40	,055	,128	99,682						
41	,050	,117	99,799						
42	,047	,110	99,909						
43	,039	,091	100,000						

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Matriz de componentes rotados^a

	Componente			
	1	2	3	4
El proceso de atención se realiza con una adecuada privacidad.				,560
Los médicos son respetuosos en el trato conmigo y mis familiares.				,607
Los médicos son amables en el trato conmigo y mis familiares.		,645		
Los médicos son comprensivos, se interesan por mis preocupaciones, malestares y estado de ánimo.		,751		
Los médicos me hacen sentir confianza en los conocimientos y cuidados que brindan en el proceso de atención.		,796		
Los médicos están a la escucha de cualquier inquietud, duda o reclamación.		,688		
Los médicos responden a mis preguntas.		,664		
Los médicos se comunican con otros especialistas a los que debo recurrir para mantenerse al tanto.		,613		
Los médicos se expresan de manera adecuada al intercambiar conmigo y mis familiares.		,507		
Los médicos demuestran su conocimiento de mi enfermedad al intercambiar conmigo con seguridad y cuidado.		,569		
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.		,645		
Los médicos tienen una apariencia adecuada al presentarse ante mí y mis familiares.		,695		
Los médicos llegan en el horario fijado para el proceso de atención.		,563		
El personal de enfermería respeta la privacidad del paciente.	,689			
El trato de los enfermeros es respetuoso.	,680			
La comprensión, apoyo y dedicación de los enfermeros ante los procedimientos de atención, es adecuada.	,556	,410		
El personal de enfermería demuestra sus conocimientos y habilidades en la realización de su trabajo con disposición.	,584			
Los enfermeros apoyan en la solución de mis problemas de salud cumpliendo con lo que han establecido los especialistas, preocupados por cada caso.	,637			
Los enfermeros conocen mi enfermedad y los datos de mi historia clínica.	,717			
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.	,721			
Los enfermeros están a la escucha de cualquier inquietud o reclamación.	,570	,447		
Los enfermeros se expresan de manera adecuada.	,644	,404		
Los enfermeros tienen una apariencia adecuada.	,691			
Los enfermeros están presentes cuando necesito su atención.	,703			
Los enfermeros dedican el tiempo necesario para mi atención.	,722			
El trato del personal de servicios es respetuoso.			,608	
El personal de servicios es amable conmigo y mis familiares.			,766	
El personal de servicios se preocupa y está presto a la ayuda en la institución.			,773	
El personal de servicios realiza su trabajo de manera que no se afectan las labores de médicos y enfermeros, mostrando dominio del mismo.			,773	
El personal de servicios se expresa de manera adecuada.			,729	
El personal de servicios tiene una apariencia adecuada.			,759	
El personal de servicios dedica el tiempo requerido a cada paciente y sus familiares.			,783	

El personal de servicios se encuentra en el momento en que debe estar para la realización de su trabajo.			,587	
El hospital cuenta con la señalización intrahospitalaria adecuada.				,733
El hospital tiene una señalización extra hospitalaria adecuada.				,751
El sistema de información en el hospital se ajusta a las necesidades de los usuarios.	,536			
En el proceso de asistencia se dispone de los equipos para atenderme o se buscan alternativas para hacerlo de manera segura.	,704			
En el proceso de asistencia se tiene el instrumental o se buscan alternativas para atenderme.	,615			
Los locales de espera en el hospital tienen adecuadas condiciones.	,676			
Las salas de recuperación tienen adecuadas condiciones.	,653			
Las consultas tienen adecuadas condiciones.				,764
En el hospital me brindan ropa de cama limpia para mi estancia en el mismo.				,743
El vestuario que debo utilizar para determinados procedimientos médicos está limpio.	,573			

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a. La rotación ha convergido en 7 iteraciones.

Anexo 39: Resultados de los análisis de fiabilidad y factorial para variables en cuestionario aplicado a usuarios de servicios ambulatorios con mayor estancia en el CEA y de hospitalización

Fuente: Elaboración propia a partir de *IBM SPSS Statistics* Versión 19

Fiabilidad

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,963	46

Factorial

Determinante= 5,58E-024

Variables	MSA	Comunalidades	Variables	MSA	Comunalidades
Me 1	.952	.632	PS 1	.693	.951
Me 2	.911	.832	PS 2	.841	.934
Me 3	.894	.803	PS 3	.829	.939
Me 4	.954	.734	PS 4	.872	.918
Me 5	.944	.725	PS 5	.845	.920
Me 6	.915	.739	PS 6	.778	.924
Me 7	.895	.710	PS 7	.773	.874
Me 8	.925	.594	PS 8	.767	.900
Me 9	.949	.730	Inf 1	.337	.831
Me 10	.934	.743	Inf 2	.677	.840
Me 11	.958	.725	Inf 3	.674	.920
Me 12	.949	.711	Inf 4	.707	.928
Me 13	.958	.700	Inf 5	.644	.929
Enf 1	.941	.731	Inf 6	.589	.910
Enf 2	.940	.747	Inf 7	.703	.927
Enf 3	.969	.771	Inf 8	.727	.920
Enf 4	.923	.752	Inf 9	.690	.896
Enf 5	.936	.735	Inf 10	.669	.907
Enf 6	.935	.693	Inf 11	.750	.878
Enf 7	.930	.720	Inf 12	.754	.833
Enf 8	.927	.771	Inf 13	.610	.933
Enf 9	.924	.694			
Enf 10	.900	.811			
Enf 11	.887	.852			
Enf 12	.920	.761			

..

KMO y prueba de Bartlett

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.	,923
Prueba de esfericidad de Chi-cuadrado aproximado	12894,739
Bartlett	gl
	1035
	Sig.
	,000

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	19,528	42,452	42,452	19,528	42,452	42,452	8,748	19,018	19,018
2	6,333	13,767	56,218	6,333	13,767	56,218	8,317	18,081	37,099
3	2,407	5,234	61,452	2,407	5,234	61,452	6,974	15,162	52,261
4	1,964	4,269	65,721	1,964	4,269	65,721	6,192	13,460	65,721
5	1,771	3,851	69,571						
6	1,339	2,912	72,483						
7	,982	2,134	74,617						
8	,935	2,032	76,650						
9	,868	1,887	78,537						
10	,757	1,646	80,183						
11	,702	1,527	81,710						
12	,672	1,462	83,172						
13	,596	1,295	84,467						
14	,567	1,232	85,699						
15	,525	1,141	86,840						
16	,476	1,035	87,875						
17	,456	,991	88,866						
18	,432	,939	89,805						
19	,408	,887	90,692						
20	,347	,755	91,447						
21	,333	,724	92,171						
22	,301	,655	92,826						
23	,272	,591	93,417						
24	,255	,554	93,970						
25	,240	,521	94,491						
26	,222	,482	94,973						
27	,215	,468	95,442						
28	,206	,448	95,889						
29	,182	,397	96,286						
30	,159	,345	96,631						
31	,151	,328	96,959						
32	,147	,320	97,279						
33	,144	,314	97,593						
34	,135	,294	97,887						
35	,127	,277	98,164						
36	,120	,260	98,424						
37	,110	,239	98,663						
38	,105	,228	98,890						
39	,094	,204	99,094						
40	,080	,174	99,268						
41	,076	,166	99,434						

42	,070	,153	99,587					
43	,067	,146	99,733					
44	,056	,121	99,854					
45	,038	,083	99,937					
46	,029	,063	100,000					

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Matriz de componentes rotados ^a				
	Componente			
	1	2	3	4
El proceso de atención se realiza con una adecuada privacidad.	,666			
Los médicos son respetuosos en el trato conmigo y mis familiares.	,754	,448		
Los médicos son amables en el trato conmigo y mis familiares.	,775	,382		
Los médicos son comprensivos, se interesan por mis preocupaciones, malestares y estado de ánimo.	,764			
Los médicos me hacen sentir confianza en los conocimientos y cuidados que brindan en el proceso de atención.	,751			
Los médicos están a la escucha de cualquier inquietud, duda o reclamación.	,723			
Los médicos responden a mis preguntas.	,722			
Los médicos se comunican con otros especialistas a los que debo recurrir para mantenerse al tanto.	,662			
Los médicos se expresan de manera adecuada al intercambiar conmigo y mis familiares.	,728	,419		
Los médicos demuestran su conocimiento de mi enfermedad al intercambiar conmigo con seguridad y cuidado.	,763	,353		
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.	,763	,350		
Los médicos tienen una apariencia adecuada al presentarse ante mí y mis familiares.	,724	,410		
Los médicos llegan en el horario fijado para el proceso de atención.	,604	,362		
El personal de enfermería respeta la privacidad del paciente.	,396	,706		
El trato de los enfermeros es respetuoso.	,358	,754		
La comprensión, apoyo y dedicación de los enfermeros ante los procedimientos de atención, es adecuada.	,417	,747		
El personal de enfermería demuestra sus conocimientos y habilidades en la realización de su trabajo con disposición.	,341	,765		
Los enfermeros apoyan en la solución de mis problemas de salud cumpliendo con lo que han establecido los especialistas, preocupados por cada caso.		,773		
Los enfermeros conocen mi enfermedad y los datos de mi historia clínica.		,744		
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.	,346	,730		
Los enfermeros están a la escucha de cualquier inquietud o reclamación.	,341	,768		
Los enfermeros se expresan de manera adecuada.	,406	,698		
Los enfermeros tienen una apariencia adecuada.		,713		
Los enfermeros están presentes cuando necesito su atención.		,708		
Los enfermeros dedican el tiempo necesario para mi atención.		,650		
El trato del personal de servicios es respetuoso.			,713	,364
El personal de servicios es amable conmigo y mis familiares.			,822	
El personal de servicios se preocupa y está presto a la ayuda en la institución.			,805	
El personal de servicios realiza su trabajo de manera que no se afectan las labores de médicos y enfermeros, mostrando dominio del mismo.			,856	
El personal de servicios se expresa de manera adecuada.			,828	
El personal de servicios tiene una apariencia adecuada.			,811	

El personal de servicios dedica el tiempo requerido a cada paciente y sus familiares.			,812	
El personal de servicios se encuentra en el momento en que debe estar para la realización de su trabajo.			,754	
El hospital cuenta con la señalización intrahospitalaria adecuada.				,351
El hospital tiene una señalización extra hospitalaria adecuada.				,666
El sistema de información en el hospital se ajusta a las necesidades de los usuarios.				,718
En el proceso de asistencia se dispone de los equipos para atenderme o se buscan alternativas para hacerlo de manera segura.				,698
En el proceso de asistencia se tiene el instrumental o se buscan alternativas para atenderme.				,702
Los locales de espera en el hospital tienen adecuadas condiciones.				,693
Las salas de recuperación tienen adecuadas condiciones.				,686
Las consultas tienen adecuadas condiciones.				,686
En el hospital me brindan ropa de cama limpia para mi estancia en el mismo.			,475	,522
El vestuario que debo utilizar para determinados procedimientos médicos está limpio.			,440	,486
La alimentación es acorde a la dieta que debo seguir.			,422	,516
Los alimentos están bien elaborados.			,427	,483
Los alimentos se sirven en recipientes limpios y con cuidados.				,581
Método de extracción: Análisis de componentes principales.				
Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.				
a. La rotación ha convergido en 9 iteraciones.				

Anexo 40: Análisis descriptivo según media de variables indicativas de deficiencias en los cuestionarios aplicados a usuarios de servicios del CEA

Fuente: Elaboración propia a partir de *IBM SPSS Statistics* Versión 19

Variables	Media por servicios				
	Rehabilitación	MNT	Quimioterapia	Hemodiálisis	Cirugía ambulatoria
Me 13	4.61	4.42	4.32	4.41	3.98
PS 1	4.27	4.29	4.06	3.94	3.73
PS 5	4.27	4.17	4.07	4.04	3.98
Inf 2	4.52	3.42	3.55	4.05	4.07
Inf 3	4.34	4.08	4.12	4.15	3.69
Inf 4	4.50	4.46	4.24	4.20	3.85
Inf 5	4.48	4.42	4.21	4.08	3.89
Inf 6	4.45	4.33	4.24	4.01	3.94
Inf 7	4.48	4.29	4.22	4.10	3.95
Inf 9	4.36	4.17	4.06	3.74	4.10
Inf 10	4.39	4.13	4.10	3.69	3.91
Inf 11	3.89	3.25	3.73	3.09	-
Inf 12	3.93	3.08	3.70	3.29	-
Inf 13	4.32	3.96	3.87	3.92	-

Anexo 41: Análisis de estadísticos descriptivo para las variables que evalúan satisfacción en los cuestionarios aplicados a usuarios de servicios del CEA de Cienfuegos

Fuente: Elaboración propia a partir de *IBM SPSS Statistics* Versión 19

Servicios de mayor estancia y de hospitalización en el CEA

Variables	Media	Mediana	Moda	Desviación típica	Varianza	Rango
SMe	4.56	5.00	5	.513	.263	2
SEnf	4.57	5.00	5	.504	.254	2
SPS	4.21	4.00	4	.569	.324	3
SInf	4.20	4.00	4	.614	.377	3
SCEA	4.36	4.00	4	.511	.261	2

Cirugía ambulatoria

Variables	Media	Mediana	Moda	Desviación típica	Varianza	Rango
SMe	4.45	4.00	4	.500	.250	1
SEnf	4.44	4.00	4	.520	.570	2
SPS	4.05	4.00	4	.645	.416	3
SInf	4.03	4.00	4	.647	.418	2
SCEA	4.21	4.00	4	.584	.341	4

Consulta Externa

Variables	Media	Mediana	Moda	Desviación típica	Varianza	Rango
SMe	4.39	4.00	5	.701	.492	4
SEnf	4.41	4.00	4	.591	.349	2
SPS	4.21	4.00	4	.756	.572	3
SInf	4.05	4.00	4	.800	.639	3
SCEA	4.31	4.00	4	.621	.386	2

Anexo 42: Análisis de frecuencia de marcado para variables en el apartado generales del cuestionario por servicios de mayor estadía o asistencia al CEA por servicios

Fuente: Elaboración propia a partir de *IBM SPSS Statistics* Versión 19

Satisfacción con la atención de Médicos

Niveles en la escala	Por ciento de macado por niveles en la escala para los servicios de:					
	Rehabilitación	MNT	Quimioterapia	Hemodiálisis	Cirugía ambulatoria	Consulta Externa
Totalmente insatisfecho	0	0	0	0	0	1.0
Insatisfecho	0	0	0	0	0	0
Medianamente satisfecho	0	0	0	2.1	0	6.3
Satisfecho	29.5	20.8	44.7	51.0	55.3	44.8
Muy satisfecho	70.5	79.2	55.3	46.9	44.7	47.9

Satisfacción con la atención de Enfermeros/as

Niveles en la escala	Por ciento de macado por niveles en la escala para los servicios de:					
	Rehabilitación	MNT	Quimioterapia	Hemodiálisis	Cirugía ambulatoria	Consulta Externa
Totalmente insatisfecho	0	0	0	0	0	0
Insatisfecho	0	0	0	0	0	0
Medianamente satisfecho	0	0	0	1.0	1.1	5.2
Satisfecho	29.5	20.8	44.6	53.1	54.3	49.0
Muy satisfecho	70.5	79.2	56.4	45.8	44.7	45.8

Satisfacción con la atención del Personal de Servicios

Niveles en la escala	Por ciento de macado por niveles en la escala para los servicios de:					
	Rehabilitación	MNT	Quimioterapia	Hemodiálisis	Cirugía ambulatoria	Consulta Externa
Totalmente insatisfecho	0	0	0	0	0	0
Insatisfecho	0	0	0	1.0	1.1	3.1
Medianamente satisfecho	2.3	4.2	6.4	9.4	14.9	10.4
Satisfecho	38.6	62.5	64.9	77.1	61.7	47.9
Muy satisfecho	59.1	33.3	28.7	12.5	22.3	37.5

Satisfacción con Infraestructura

Niveles en la escala	Por ciento de macado por niveles en la escala para los servicios de:					
	Rehabilitación	MNT	Quimioterapia	Hemodiálisis	Cirugía ambulatoria	Consulta Externa
Totalmente insatisfecho	0	0	0	0	0	0
Insatisfecho	0	0	0	3.1	0	3.1
Medianamente	0	0	14.9	5.2	19.1	19.8

satisfecho						
Satisfecho	45.5	62.5	55.3	78.1	58.5	45.8
Muy satisfecho	54.5	37.5	29.8	13.5	22.3	31.3

Satisfacción con el CEA

Niveles en la escala	Por ciento de macado por niveles en la escala para los servicios de:					
	Rehabilitación	MNT	Quimioterapia	Hemodiálisis	Cirugía ambulatoria	Consulta Externa
Totalmente insatisfecho	0	0	0	0	1.1	0
Insatisfecho	0	0	0	0	0	0
Medianamente satisfecho	2.3	0	1.1	2.1	2.1	8.3
Satisfecho	34.1	45.8	67.0	74.0	70.2	52.1
Muy satisfecho	63.6	54.2	31.9	24.0	26.6	39.6

¿Sugeriría el servicio a otras personas?

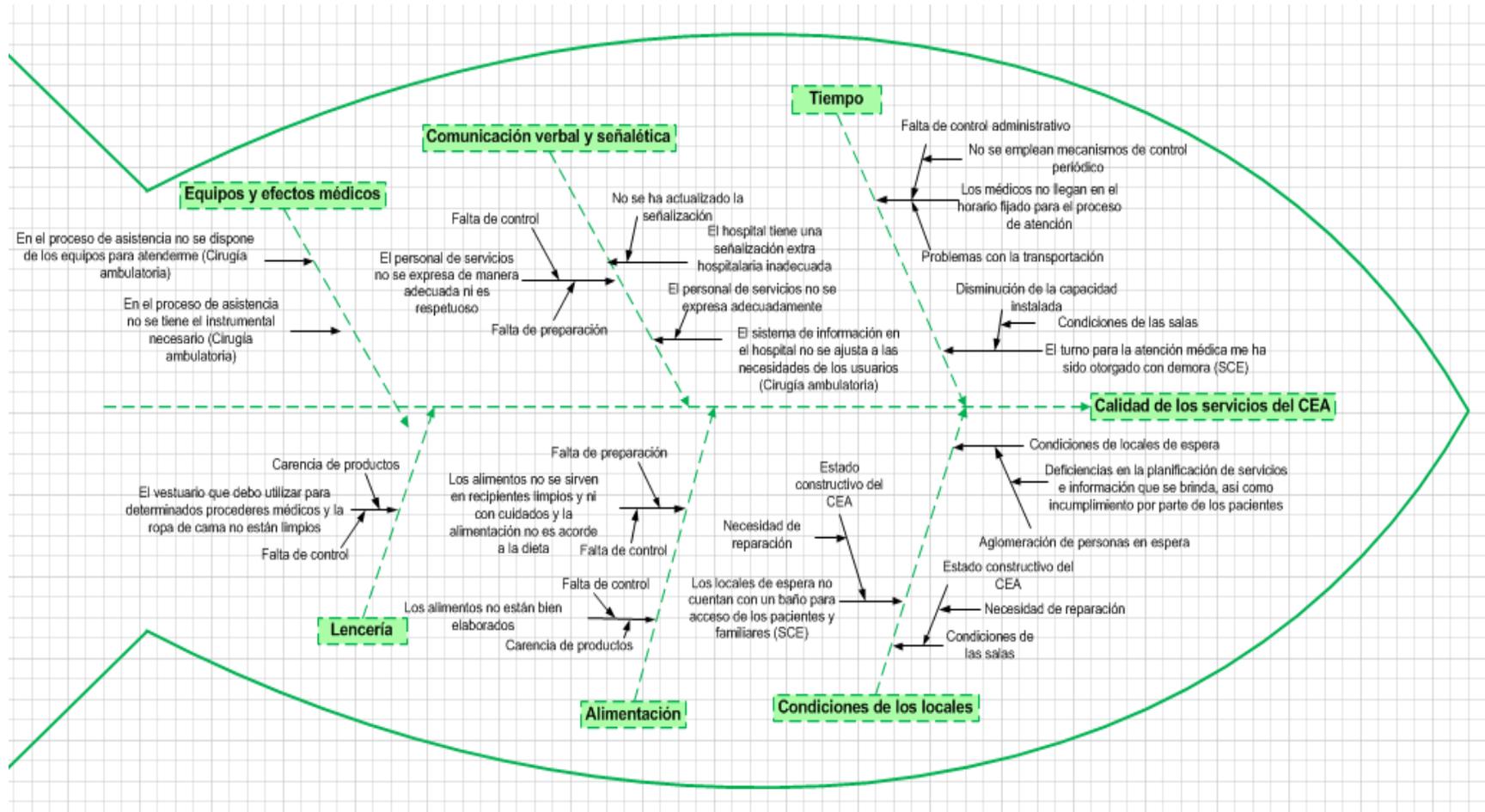
Niveles en la escala	Por ciento de macado por niveles en la escala para los servicios de:					
	Rehabilitación	MNT	Quimioterapia	Hemodiálisis	Cirugía ambulatoria	Consulta Externa
Si	97.7	100.0	100.0	100.0	100.0	97.9
No	2.3	0	0	0	0	2.1

¿Regresaría al servicio?

Niveles en la escala	Por ciento de macado por niveles en la escala para los servicios de:					
	Rehabilitación	MNT	Quimioterapia	Hemodiálisis	Cirugía ambulatoria	Consulta Externa
Si	97.7	100.0	97.9	100.0	94.7	89.6
No	2.3	0	0	0	0	2.1
Quizás	0	0	2.1	0	5.3	7.3

Anexo 43: Diagrama causa- efecto para analizar variables que influyen en la calidad de los servicios del CEA

Fuente: Elaboración propia



Anexo 44: Plan de mejoras a las deficiencias detectadas en el CEA

Fuente: Elaboración propia

¿Qué?	¿Quién?	¿Cómo?	¿Por qué?	¿Dónde?	¿Cuándo?	
1	Localizar tarjetas de asistencia para uso del capital humano en plantilla del CEA	Departamento de Capital Humano en el CEA	Buscando modelo de tarjetas de control de asistencia en Hospital GAL y garantizando su impresión para posterior uso en el CEA		CEA-Hospital GAL	Mayo de 2018
2	Controlar la asistencia y puntualidad de los trabajadores periódicamente	Departamento de Capital Humano Dirección	Utilizando las tarjetas como vía para registrar la asistencia y la puntualidad de los trabajadores	Porque se requiere controlar aún más la asistencia y puntualidad al centro como base para tomar de medidas correctivas	CEA	A partir de 1 de Junio de 2018
3	Determinar las medidas correctivas para el caso de inasistencias e impuntualidades e implementarlas luego del análisis de causas con los trabajadores	Departamento de Capital Humano Dirección	Elaborando una lista de medidas correctivas colegiadas con los trabajadores luego del análisis de inasistencias e impuntualidades en el primer mes del uso de tarjetas de asistencia. Las medidas deben socializarse en cada uno de los servicios del CEA para su conocimiento por parte del personal de salud		CEA	A partir de 1 de Julio de 2018

4	Gestionar transporte a los trabajadores luego de sus solicitud en casos específicos	Jefes de servicios Dirección	Informando de la necesidad de transportación de trabajadores que se encuentren en el cumplimiento de otras funciones y deban ofrecer consulta u operar. Dicha necesidad debe gestionarse con tiempo para que no falle la transportación		CEA	Junio de 2018
5	Continuar con el plan de reparación del CEA	Dirección Administración Personal contratado	Estableciendo prioridades de acuerdo a presupuesto y demanda de los servicios y controlando diariamente el trabajo de quienes realizan la reparación para que este se efectúe a conciencia y con calidad	Porque el estado de los locales y la disminución de la capacidad instalada afectan la calidad de los servicios	CEA	Todo el año
6	Gestionar para poner en funcionamiento el baño para uso de pacientes y familiares en Consulta Externa	Dirección Administración Personal	Priorizando la reparación hidráulico- sanitaria del baño para uso de pacientes y familiares que les	Porque los pacientes que asisten a la Consulta Externa se quejan de no	CEA	Mayo- Junio de 2018

		contratado	acompañan en Consulta Externa	tener un baño cercano para su uso		
7	Revisar la planificación de los turnos y que esta se realice priorizando los casos de municipios	Dirección	Realizando la revisión del trabajo de la encargada de estas labores	Porque los pacientes de municipios dada la llegada de un solo medibus se aglomeran en las salas de espera	CEA	Junio de 2018
8	Fomentar la cultura de llegada en el horario de consulta en los pacientes	Todo el personal de salud que intercambia con los pacientes y sus familiares	Informando y dialogando al respecto con los pacientes y familiares	Porque las personas llegan antes o después y quieren recibir atención inmediata	CEA	Junio de 2018- Hasta tanto no se verifiquen cambios
9	Revisar el plan de capacitación para el personal de servicios en el CEA y actualizarlo agregando otros temas necesarios luego de esta investigación	Departamento de Capital Humano	Deben analizarse las acciones de capacitación contenidas en el plan y para el mes de septiembre agregar acciones con temas como la comunicación con los usuarios de salud, inocuidad de los alimentos, gastronomía	Porque los usuarios se quejan del trato del personal de servicios y de la forma en que se les sirven los alimentos	CEA	Julio de 2018 y coordinar acciones para septiembre de 2018

10	Establecer planes de control de participación en las acciones de capacitación que se organizan para el personal de servicios de acuerdo al plan se formación	Departamento de Capital Humano	A partir de un plan de control a las actividades de capacitación que se planifiquen para el personal de servicios	Porque es importante verificar el cumplimiento de las acciones de capacitación y la asistencia del personal de servicios que las requiere	CEA	Septiembre de 2018
11	Implementar un plan de observación cotidiano correctivo de normas de comportamiento y tratamiento a pacientes	Jefes de servicios Dirección	A partir de la observación directa participativa y no participativa en los diferentes servicios. 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 los pacientes se quejan del trato del personal de servicios	CEA	Mensualmente a partir de Junio de 2018

12	Revisar el presupuesto para un nuevo proyecto de señalización del CEA tanto externa como interna	Administración Dirección	Analizando con proveedores de estos servicios el costo de la señalización extra e intrahospitalaria, priorizando la externa y valorando las posibilidades de realización del proyecto en el CEA. En caso de no ser posible en este momento incluirlo en el plan de presupuesto del próximo año para que sea efectuado en los primeros meses	Porque los pacientes se quejan de la señalización en el CEA	CEA	Junio- Julio de 2018
13	Controlar con mayor exigencia periódicamente el diseño del menú y la calidad del mismo	Especialista de nutrición Administración Dirección	Cuando el menú diseñado por la dietista es entregado cada semana de acuerdo a la existencia de alimentos debe revisarse por parte de la administración y dirección. Además cada día antes de	Porque los usuarios se quejan de que los alimentos no están bien elaborados ni acordes a la dieta que deben seguir	CEA	Diario

			entregar los alimentos a los pacientes y familiares es una necesidad controlar la calidad de los mismos en su propio proceso de elaboración			
14	Controlar con mayor exigencia la limpieza de la lencería que se entrega a cada paciente	Jefes de servicios Enfermeras en los servicios	Revisando antes de entregar a los usuarios	Porque los usuarios se quejan de la limpieza de la lencería	CEA	Cada vez que se entregue vestuario para proceder o ropa de cama a los pacientes
15	Gestionar productos alimenticios ante su déficit para la calidad de los alimentos y variedad en el menú, además de insumos para el lavado y la limpieza en el hospital	Administración Subdirección Administrativa del Hospital GAL	Verificando directamente con los proveedores de alimentos del Hospital GAL sobre la disponibilidad y generando alternativas para garantizar un menú de calidad y variedad. De la misma manera para el caso de los productos que se requieren para la	Porque los usuarios se quejan de que los alimentos no están bien elaborados ni acordes a la dieta que deben seguir y de que la ropa de cama no está limpia	CEA	Semanalmente

			limpieza y el lavado de lencería			
16	Entregar en tiempo las necesidades en cuanto a equipos y efectos médicos para su gestión con la Subdirección de Aseguramientos Médicos del Hospital GAL	Jefes de servicios Administración	Realizando un levantamiento periódico de las existencias y necesidades de equipos e instrumental y entregándolo a la Subdirección de Aseguramientos Médicos del Hospital GAL para su gestión directa con proveedores externos u otros proveedores internos.	Porque los pacientes del servicio de Cirugía Ambulatoria se quejan de la disponibilidad de los mismos	CEA	Semanalmente