



**TESIS PRESENTADA EN OPCIÓN AL TÍTULO DE
INGENIERO INDUSTRIAL**

**TÍTULO: EVALUACIÓN DE LA CALIDAD PERCIBIDA Y
LA SATISFACCIÓN EN SERVICIOS DE SALUD. CASO
DE ESTUDIO: ZONAS DE MAYOR COMPLEJIDAD DEL
MUNICIPIO DE LAJAS, CIENFUEGOS**

Autora: María Paula Fernández Molina

Tutora: MSc. Ing. Dainelis Curbelo Martínez

**Cienfuegos
2022**

Pensamiento

“Mientras más problemas tengamos, más cerca hay que estar del pueblo argumentando, explicando, trabajando, acompañando...”

Miguel Díaz Canel Bermúdez

Dedicatoria

Dedico esta investigación:

A mi familia, por ser soporte y guía en mi vida.

Agradecimientos

Agradezco:

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

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

A mi novio Victor y a su familia, por el apoyo incondicional, por brindarme fuerzas cuando más lo necesitaba, simplemente por siempre estar ahí.

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

A mi hermano, por su confianza y seguridad en que podía lograrlo.

A mi abuela María, que hoy no se encuentra físicamente, pero fue la base de lo que hoy soy, sé que estaría orgullosa de mí, siempre te recordaré.

A mi abuela, quien me ha ofrecido todo su amor, sabiduría y experiencia incondicionalmente.

A mis tíos Jorge y Armando que siempre han extendido su mano para mí.

A mis tías, mis primos por estar pendientes y apoyarme.

A mi madrina, por brindarme su apoyo.

A los profesores de la Universidad “Carlos Rafael Rodríguez”, por ser partícipes en mi formación.

A los trabajadores de la Dirección Provincial de Salud Cienfuegos, de la Dirección Municipal de Salud de Lajas y del Gobierno Provincial, que me apoyaron algunos como expertos y otros como aclaradores de dudas, siempre mostrando su interés por los resultados de este trabajo.

A todos sencillamente, muchas gracias.

Resumen / Summary

RESUMEN

El acercamiento a las zonas de mayor complejidad en Cuba es prioridad en el trabajo de Gobierno, más si se trata de los servicios que en estas se ofrecen, entre los que se encuentran los de salud. Es relevante en la toma de decisiones la consideración de evidencias que aporten información para la transformación de la comunidad, en lo que deben involucrarse sus habitantes, para lo que vale conocer la calidad percibida y la satisfacción. A esta temática tributa la presente investigación, que se suma a otras efectuadas en la provincia y que tiene como objetivo general: Aplicar un procedimiento para la evaluación de la calidad percibida y la satisfacción en servicios de atención en salud que se ofrecen en zonas de mayor complejidad de Santa Isabel de las Lajas, Cienfuegos. El procedimiento que se aplica, consta de cuatro etapas y diez pasos que se articulan a partir de la utilización de un conjunto de herramientas y análisis como son: la revisión de documentos, la observación directa participativa, la entrevista estructurada y no estructurada, el cuestionario, la estadística descriptiva, el análisis de fiabilidad, la técnica de los cinco por qué y la técnica 5 W y 1 H. Los resultados alcanzados permiten conocer los criterios relevantes de los setenta y cinco encuestados que reciben servicios de salud en los cuatro barrios con situación de vulnerabilidad en que se trabaja, además se determina su satisfacción y se proponen acciones de mejora a las principales deficiencias detectadas que la condicionan.

Palabras clave: *atención primaria de salud, calidad percibida, satisfacción, evaluación, barrios con situación de vulnerabilidad.*

SUMMARY

The approach to the most complex areas in Cuba is a priority in the work of the Government, especially if it is about the services that are offered in these, for example health care services. It is relevant in decision-making to consider evidence that provides information for the transformation of the community, in which its population must be involved, one of the reasons that justify the importance of knowing the perceived quality and the satisfaction. The present investigation is focus on this theme, this is added to others carried out in the province and whose general objective is: To apply a procedure for the evaluation of perceived quality and satisfaction in health care services offered in areas of greater complexity of Lajas municipality in Cienfuegos. The procedure that is applied consists of four stages and ten steps that are articulated from the use of a set of tools and analysis such as: document review, direct participatory observation, structured and unstructured interview, questionnaire, descriptive statistics, reliability analysis, the five whys technique and the 5 W and 1 H technique. The results obtained allow us to know the relevant criteria of the seventy-five respondents who receive health services in the four neighborhoods with vulnerability situation in which the work is realized, their satisfaction is also determined and improvement actions are proposed for the main detected deficiencies that condition it.

Key words: *primary health care, perceived quality, satisfaction, evaluation, neighborhoods with vulnerability situation.*

Índice

ÍNDICE

RESUMEN/SUMMARY

INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO I- Marco teórico	18
1.1- Calidad y su gestión en las organizaciones	19
1.2- Calidad de servicios.....	23
1.2.1- Modelos de calidad percibida de servicios	27
1.2.2- Procedimientos para la evaluación de la calidad percibida de servicios	30
1.3- Calidad percibida y satisfacción de usuarios de servicios de asistencia en salud ..	32
1.3.1- Evaluación de la calidad percibida de servicios de asistencia en salud.....	36
1.3.2- Evaluación de la calidad percibida en los servicios de Atención Primaria de Salud.....	40
1.4- Conclusiones del Capítulo I	48
CAPÍTULO II- Atención Primaria de Salud en zonas de mayor complejidad de Cienfuegos. Procedimiento de Curbelo (2013) para la evaluación de la calidad percibida y la satisfacción con los servicios	49
2.1- Sistema de Salud en Cuba y atención a zonas de mayor complejidad como una prioridad del Estado.....	49
2.2- Sistema de Salud en Cienfuegos: zonas de mayor complejidad en la provincia	52
2.3- Servicios de salud en el municipio de Santa Isabel de las Lajas y barrios con situación de vulnerabilidad.....	58
2.4- Procedimiento de Curbelo (2013) para la evaluación de la calidad percibida y la satisfacción en servicios de asistencia en salud	61
2.4.1- Aplicaciones previas del procedimiento: resultados alcanzados.....	65
2.5- Conclusiones del Capítulo II	71
CAPÍTULO III- Aplicación del procedimiento de Curbelo (2013) para la evaluación de la calidad percibida y la satisfacción con servicios de salud en zonas de mayor complejidad de Santa Isabel de las Lajas, Cienfuegos	73
3.1- Etapa I: Descripción de los servicios a analizar: Servicios en barrios de mayor complejidad de Santa Isabel de las Lajas	73

3. 2- Etapa II: Evaluación de la calidad percibida.....	75
3.3- Etapa III: Determinación de la satisfacción	86
3.4- Etapa IV: Mejora de los procesos de servicios.....	88
3.6- Conclusiones del Capítulo III	90
CONCLUSIONES GENERALES	92
RECOMENDACIONES	93
BIBLIOGRAFÍA	
ANEXOS	

Introducción

INTRODUCCIÓN

La importancia de ofrecer un servicio de calidad ha sido destacada por numerosos investigadores, proporciona una poderosa ventaja competitiva, es una de las vías para que las organizaciones puedan alcanzar su objetivo. Términos como excelencia, calidad total, mejora continua y satisfacción se han convertido en vocabulario habitual y como tendencia se sitúa al cliente como lo primero, se trata de hacerlo lo suficientemente visible como para que, tanto las decisiones estratégicas como las operativas, estén condicionadas por su criterio (George, Gámez, Matos, González y Labori, 2022).

El enfoque al cliente es primordial al gestionar la calidad siguiendo el modelo que propone la familia de normas ISO 9000: 2015, es este uno de sus principios unido al liderazgo, el compromiso del personal, la mejora continua, la toma de decisiones basada en la evidencia, la gestión de las relaciones y el enfoque a procesos (Organización Internacional de Normalización, 2015).

Si de procesos, enfoque al cliente y calidad se trata, indudablemente resulta fundamental y mucho más complejo abordar el tema en los de servicios, teniendo en cuenta como características de estos: la inseparabilidad entre producción y consumo, el carácter temporal e intransferible, el carácter perecedero, la intangibilidad; todo lo que conduce a la subjetividad que acompaña a esta temática, según lo aseveran autores como Parasuraman, Zeithaml, y Berry (1985), Varo (1993), Grönroos (1994), Frías (2005), Civera (2008) y Gálvez (2011).

La calidad de los servicios es difícil de definir y evaluar (Yesilada y Direktör, 2010) y aunque coexisten diferentes criterios el concepto subjetivo de calidad o calidad percibida es la vía principal para explicar esta (Camisón, Cruz y González, 2007; Civera, 2008).

La calidad percibida es entendida por Duque, Cervera, y Rodríguez (2006) como una evaluación de la calidad desde la percepción de los evaluadores y así se analiza en diferentes servicios como los de restaurantes (Andaleeb y Conway, 2006), deportivos (Gálvez, 2011), turísticos (Valls, Vigil, Yera y Romero, 2002; Frías, 2005), bancarios, bibliotecarios, de líneas aéreas, de alojamiento, balnearios y de educación superior (Díaz y Pons, 2009), por sólo mencionar algunos, a los que se suman los servicios de asistencia en salud, en que se desarrolla esta investigación.

Los servicios de asistencia sanitaria, si se comparan con otros, difieren en cuanto a las necesidades que originan su solicitud, lo que motiva es una situación de salud no deseada (atención a diferentes patologías) o en ocasiones electiva. Mientras en los servicios de otra naturaleza usted desea que el usuario regrese, en los de salud lo ideal es que esté bien o saludable, se acentúa su rol para medir calidad pensando en cómo percibe el servicio que se le brinda y el grado de satisfacción que alcanza al recibirlo (Govín, Scull, García y Malvarez, 2020).

Lo anterior describe un cambio de actitud fundamental, el paciente pasa a ser el centro de la atención y en función de él se debe innovar (Mira y Aranaz, 2000; Landro, 2012; Almeida, Martins y Bourliataux-Lajoinie, 2015), es parte integrante del sistema de salud (Correia y Miranda, 2010). Es por eso que, en el caso de Cuba, López (2013) se resalta la necesidad de analizar la satisfacción en la atención de salud desde la óptica de la participación social.

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. 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; Correia y Miranda, 2010). Pese a lo explicado la calidad percibida y la satisfacción en ocasiones suelen tratarse indistintamente en la literatura, realidad de la que Cuba no está exenta (Curbelo, 2013).

En este sentido, autores como Donabedian (1980), Varo (1993), Ramos (2004), Ardila (2006), Herrera (2007), y Massip, Ortiz, Llantá, Peña e Infante (2008), resaltan la necesidad de centrarse en la calidad percibida como dimensión que requiere la realización de un mayor número de estudios, fundamentalmente si se trata de su evaluación.

En la evaluación de la calidad percibida de servicios y la satisfacción, el cuestionario es el instrumento más utilizado y han surgido varios diseñados para diferentes servicios de salud y entornos específicos, existe consenso en cuanto a la multidimensionalidad que caracteriza a estas variables (Mira y Aranaz, 2000; Riveros y Berne, 2003; Almeida, Martins y Bourliataux-Lajoinie, 2015). Uno de los cuestionarios más versionados es el SERVQHOS (Mira, Aranaz, Rodríguez-Marín, Buil, Castell y Vitaller, 1998), que se deriva

del SERVQUAL de Parasuraman, Zeithaml, y Berry (1985, 1988). Lo más importante es que el cuestionario que se diseñe sea un traje a la medida para el servicio que se analiza.

Además, en la literatura también aparecen muy pocos procedimientos que orienten la evaluación de la calidad de los servicios (Santana y Lorente, 2004; Díaz y Pons, 2009; Moreno, 2010; González, 2013) y de salud concretamente se cuenta sólo con la propuesta de Curbelo (2013) desarrollada en Cienfuegos, esta responde a las carencias metodológicas identificadas y tiene como resultados y antecedentes algunos de los que se abordan a continuación.

La calidad de los servicios de salud se considera como derecho en el Artículo 72 de la Constitución de la República de Cuba aprobada en el 2019 donde se establece que: “La salud pública es un derecho de todas las personas y es responsabilidad del Estado garantizar el acceso, la gratuidad y la calidad de los servicios de atención, protección y recuperación. El Estado, para hacer efectivo este derecho, instituye un sistema de salud a todos los niveles accesible a la población y desarrolla programas de prevención y educación, en los que contribuyen la sociedad y las familias. La ley define el modo en que los servicios de salud se prestan” (Asamblea Nacional del Poder Popular, 2019).

En los Lineamientos desde el VI Congreso del Partido Comunista de Cuba (PCC), con continuidad en los del VII, se declara la necesidad de elevar la calidad de los servicios y lograr la satisfacción de la población (Comité Central del Partido, 2011; Comité Central del Partido, 2016). El VIII Congreso del PCC igualmente fija las anteriores como metas sobre todo si se trata de la Atención Primaria de Salud que se ofrece en las comunidades, siguiendo lo establecido por el Programa del médico y la enfermera de la familia, porque el llamado es al trabajo conjunto y coordinado de todos los actores de gobierno, acompañados por las organizaciones políticas y de masas, que impacte en el barrio, espacio donde se concreta el bienestar ciudadano (Consejo de Ministros-Primer Ministro y Gobierno Provincial del Poder Popular Habana, 2021).

Dicho trabajo continuo y coordinado se ha garantizado desde el 2021 por indicaciones de la dirección del país encaminadas a planes de medidas políticas e ideológicas, unido a las de carácter económico para la intervención a nivel de Consejo Popular y de manera diferenciada en aquellos barrios de mayor complejidad (Consejo de Ministros-Primer Ministro y Gobierno Provincial del Poder Popular Habana, 2021).

Inicialmente la experiencia fue en la capital y luego en las provincias donde cada Asamblea Municipal del Poder Popular, previo trabajo con los Presidentes de los Consejos Populares y el Consejo de la Administración Municipal, aprobó los barrios con situación de mayor complejidad y otorgó niveles de prioridad para ir dando respuesta a las necesidades de la población. En esta definición se analizan el diagnóstico de la circunscripción que debe tener actualizado su delegado, el mapa sociopolítico y los planteamientos de los electores que se han acumulado en algunas zonas.

Vale aclarar que, para este trabajo, aunque existen pautas generales que se han indicado, no se han diseñado o establecido indicadores que sean comunes para los municipios, sino que se realiza teniendo en cuenta las valoraciones de los participantes y la documentación antes detallada, lo mismo sucede para el control de las acciones, lo que le agrega al proceso subjetividad.

En el caso de los servicios de asistencia sanitaria en la comunidad el Ministro de Salud Pública precisa al declarar los objetivos de trabajo para el 2022: “en el barrio seguirá estando nuestro principal desafío, pues de la manera en que logremos allí organizar las distintas actividades asistenciales y atender a la población, dependerá en gran medida la satisfacción de sus principales demandas y necesidades” (Portal, 2022).

En Cuba desde el año 2007 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).

Para el acercamiento a tales demandas en el Sistema Nacional de Salud se reconocen desde el 2011 como principales vías 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).

Curbelo (2013) concluye, luego de sus investigaciones en diferentes niveles de atención en Cienfuegos, que 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, 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.

Dicha autora y fundamenta su investigación en el servicio Quirúrgico Ambulatorio del Centro Especializado Ambulatorio (CEA) del Hospital “Dr. Gustavo Aldereguía Lima” (Hospital GAL) y allí valida un procedimiento que consta de cuatro etapas y diez pasos para evaluar la calidad percibida y la satisfacción con base en análisis estadísticos.

Este procedimiento ya se ha 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). También se han evaluado los servicios del Hospital Pediátrico Universitario “Paquito González Cueto” (Medina, 2016; Enamorado, 2017), servicios de estomatología (Cuellar, 2015), de farmacias (Enríquez, 2017) y de atención al adulto mayor (García, 2019). En la Atención Primaria de Salud también se han efectuado estudios como los de Surí y Puerto (2016) en los Consultorios Médicos de la Familia y el de Padrón (2017) en los policlínicos tomando como caso de estudio el “Cecilio Ruiz de Zárate”.

La aplicación del procedimiento aporta ya catorce instrumentos validados a partir de la consulta a más de 4700 pacientes y/o familiares, ecuaciones para la determinación de la satisfacción y escalas para su interpretación, así como planes de mejora a las deficiencias existentes. Conocidos estos resultados, la Dirección Provincial de Salud tiene interés manifiesto en dar continuidad a las investigaciones, pero esta vez para contribuir desde la salud pública a disminuir la subjetividad asociada al trabajo en zonas de mayor complejidad en que se monitorean los resultados en visitas, reuniones o intercambios con la comunidad.

En Cienfuegos se identifican 101 barrios con situación de vulnerabilidad y de estos se inicia el trabajo en 41. Si se hace un análisis por municipios Cienfuegos, Rodas, Cumanayagua, Palmira y Lajas son los que más barrios con situación de vulnerabilidad han definido; el que más planeamientos tiene por resolver es Santa Isabel de las Lajas donde se seleccionan 10 barrios y se priorizan 4. Este último municipio se considera objeto de estudio para que los resultados que se alcancen sirvan como ejemplo para el resto de los municipios y se monitoree el cambio en el barrio desde la perspectiva del paciente y su familiar.

Todo lo descrito hace que se declare como **PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN:** ¿Cómo perfeccionar la evaluación de la calidad percibida y la satisfacción en servicios de atención en salud que se ofrecen en zonas de mayor complejidad de Santa Isabel de las Lajas, Cienfuegos?

En función de ello se declaran los siguientes objetivos:

OBJETIVO GENERAL: Aplicar un procedimiento para la evaluación de la calidad percibida y la satisfacción en servicios de atención en salud que se ofrecen en zonas de mayor complejidad de Santa Isabel de las Lajas, Cienfuegos.

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

1. Caracterizar los servicios de atención en salud que se ofrecen en zonas de mayor complejidad en que se trabaja en Santa Isabel de las Lajas, Cienfuegos.
2. Aplicar cuestionarios para la evaluación de la calidad percibida de servicios de atención en salud en zonas de mayor complejidad de Santa Isabel de las Lajas, Cienfuegos.
3. Determinar la satisfacción de los usuarios de servicios de atención en salud en salud en zonas de mayor complejidad de Santa Isabel de las Lajas, Cienfuegos.
4. Proponer acciones encaminadas a la mejora de las deficiencias existentes en servicios de salud en zonas de mayor complejidad de Santa Isabel de las Lajas, Cienfuegos.

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

1. ¿Qué características tienen las zonas de mayor complejidad en que se trabaja en Santa Isabel de las Lajas, Cienfuegos y de los servicios de salud que se ofrecen en estas?
2. ¿Cuáles son los criterios relevantes de los residentes en zonas de mayor complejidad en que se trabaja en Santa Isabel de las Lajas, Cienfuegos?
3. ¿Qué niveles de satisfacción tienen los residentes en zonas de mayor complejidad en Santa Isabel de las Lajas, Cienfuegos?
4. ¿Qué acciones de mejora pueden proyectarse para contribuir a elevar los niveles de calidad percibida y satisfacción con los servicios que se ofrecen en zonas de mayor complejidad en Santa Isabel de las Lajas, Cienfuegos?

JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación responde a la necesidad de mejorar la calidad de servicios de asistencia en salud aplicando métodos científicos para la gestión, es este uno de los servicios básicos que se ofrecen en zonas de mayor complejidad y el acercamiento a las mismas constituye un llamado de la dirección del país luego del VIII Congreso del PCC.

Teniendo en cuenta lo anterior, es una prioridad y objetivo de trabajo para el MINSAP en el 2022 y también para los Gobiernos locales garantizar un intercambio efectivo con los residentes o pobladores que son pacientes o familiares que reciben servicios en la APS para lo que se requieren instrumentos y/o metodologías correctamente diseñadas. En función de ello, se emplea el procedimiento de Curbelo (2013) que ha sido previamente aplicado en dicho nivel de atención.

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 continuo, miradas de las que no puede prescindirse en la actualidad para alcanzar el éxito. Además, se contribuye a disminuir la subjetividad que acompaña la evaluación de la calidad percibida en las zonas de mayor complejidad, a partir del instrumento que se

aplican en los CMF y que permite definir los criterios relevantes de los pacientes y sus familiares para luego determinar la satisfacción.

En la práctica, se orienta la evaluación de la calidad percibida y la satisfacción detalladamente, se puede monitorear el cambio si se sistematiza el uso del instrumento y de la ecuación con su escala interpretativa y así valorar cuánto se avanza en materia de servicios de salud en los barrios con situación de vulnerabilidad, luego del cumplimiento de las acciones contenidas en los planes.

En materia social, los resultados que se alcanzan benefician a los residentes en zonas de mayor complejidad que participan en las transformaciones de las comunidades de manera activa como fuentes de retroalimentación a las que se asiste aplicando la óptica de la participación social con que deben tratarse los servicios públicos.

La investigación queda estructurada en:

Capítulo I- Marco teórico

En este Capítulo se realiza un análisis detallado de la literatura que hace referencia a investigaciones relacionadas con la calidad y su gestión en las organizaciones, fundamentalmente en las de servicios de asistencia en salud particularizándose en la calidad percibida como antecedente de la satisfacción en cuanto a instrumentos y procedimientos que facilitan su evaluación y concretamente esta en la Atención Primaria de Salud.

Capítulo II- Atención Primaria de Salud en zonas de mayor complejidad de Cienfuegos. Procedimiento de Curbelo (2013) para la evaluación de la calidad percibida y la satisfacción con los servicios

En este apartado de la investigación se caracteriza el Sistema de Salud en Cuba, en Cienfuegos y específicamente en Santa Isabel de las Lajas, así como las zonas de mayor complejidad. Luego se presenta el procedimiento de Curbelo (2013) que se aplica en la investigación y se exponen los antecedentes en la evaluación de la calidad percibida siguiendo este.

Capítulo III- Aplicación del procedimiento de Curbelo (2013) para la evaluación de la calidad percibida y la satisfacción con servicios de salud en zonas de mayor complejidad de Santa Isabel de las Lajas, Cienfuegos

En este Capítulo se aplica el procedimiento de Curbelo (2013), específicamente para los servicios de salud que se ofrecen en las cuatro zonas de mayor complejidad en que se trabaja actualmente en el municipio de Santa Isabel de las Lajas, lográndose definir los criterios relevantes de los pacientes y familiares en relación con estos, determinar su satisfacción y proponer acciones de mejora a la Dirección Municipal de Salud y al Gobierno local.

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

Capítulo I

CAPÍTULO I- Marco teórico

Introducción

En la realización de las investigaciones es primordial la búsqueda de información de referencia sobre el tema que se aborda. La que se presenta da continuidad a una línea de trabajo que defiende criterios propios luego de varios estudios que los sustentan y que constituyen su base teórica.

En el Capítulo I se compendian consideraciones sobre calidad y su gestión en las organizaciones, particularizando en la calidad percibida de servicios de asistencia en salud y la satisfacción, su evaluación y posibles procedimientos para desarrollarla, especificando resultados alcanzados en el mundo y en Cuba para el caso de la Atención Primaria de Salud (APS). El hilo conductor que se sigue en el apartado se muestra 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 y de la Atención Primaria de Salud (APS). En el Anexo 1 aparece la cantidad de artículos descargados que se consultan por bases de datos y los países en que se efectúan tales estudios; también se resumen los artículos de referencia en la investigación según tipo de fuente, años, países y bases de datos en que se encuentran indexados, nótese que se destacan los publicados en Cuba.

En los epígrafes siguientes se desarrollan los acápites considerados en el hilo conductor presentado para el estudio en curso.

1.1- Calidad y su gestión en las organizaciones

El término calidad proviene del latín *qualitatem*, cuyo significado expresa un atributo o propiedad que distingue a las personas o cosas (bienes y servicios) y del griego *kalós* (cale-calos), que indica lo que está bien hecho, lo que funciona bien, lo bueno, lo bello, lo apto, lo favorable, lo hermoso, lo noble (George, Gámez, Matos, González y Labori, 2022)

En la literatura de gestión desde el siglo XIX se hace referencia a la calidad, una temática sobre la que versan investigaciones desarrolladas en todo el mundo, es por ello que se encuentran diversos conceptos que intentan describirla, pero resulta complejo que su carácter sea unificador.

El motivo anterior explica que autores como Martínez (2006), Romero (2011), Gálvez (2011) y Pabon y Palacio (2020), coincidan con estudios precedentes al plantear que existen cuatro acepciones de calidad, estas 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 extendida es la que se relaciona con la satisfacción de los clientes, criterio que se comparte.

De igual manera lo identifican Duque, Cervera y Rodríguez (2006) quienes compilan las ideas de paradigmáticos investigadores de la calidad al respecto, según mencionan para Deming (1989) la calidad puede estar definida solamente en términos del cliente, es la traducción de las necesidades futuras de los usuarios en características medibles como única vía para que un producto se diseñe y se fabrique de manera tal que proporcione luego satisfacción a un precio que el cliente pagará.

Los conceptos de calidad que ofrecen Cantú (2001), Juran y Blanton (2001), Gutiérrez y de la Vara (2004) y la Organización Internacional de Normalización (2015), también son ejemplos del enfoque a los clientes.

Cantú (2001) entiende la calidad como: cualidades con las que cuenta un producto o servicio para ser de utilidad a quien se sirve de él. Un producto o servicio es de calidad cuando sus características, tangibles e intangibles, satisfacen las necesidades de sus usuarios.

Juran y Blanton (2001) plantean que la calidad es satisfacción del cliente y que adecuado para el uso es una buena definición alternativa. A la idea anterior se acerca la de Gutiérrez y de la Vara (2004) quienes entienden la calidad como el juicio que el cliente tiene sobre un producto o servicio y que un cliente queda satisfecho si se le ofrece todo lo que espera encontrar, la calidad es ante todo satisfacción del cliente.

Ampliando las definiciones previas la Organización Internacional de Normalización en sus Normas ISO 9000, 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).

Alcanzar la calidad en productos y/o servicios no es tarea sencilla en las organizaciones en las cuales es necesario gestionarla, esta labor gerencial es entendida como: actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización en lo relativo a la calidad (Organización Internacional de Normalización, 2015).

De acuerdo con las definiciones dadas es posible identificar varias etapas o eras por las que se ha transitado en la gestión de la calidad. Cantú (2001) precisa que inicialmente la calidad y su gestión se centraban en el producto y su inspección con el objetivo de la detección y solución de los problemas generados por su falta de uniformidad. Con el paso de los años se hace necesario reducir los niveles de inspección y comienza la era del control estadístico de procesos (década de los 30' del siglo XX) enfocada al control y la aparición de métodos estadísticos con el mismo fin.

En la década del 50' del siglo XX se reconoce la necesidad de involucrar a todos los departamentos de una organización en el diseño, planeación y ejecución de políticas de calidad, esta etapa se identifica como era del aseguramiento o enfoque del control de la

calidad total. Cerrando el siglo pasado se valora la pertinencia de satisfacer cada vez más al consumidor, se hace hincapié en el mercado reconociendo el efecto estratégico de la calidad en el proceso de competitividad, así comienza la administración estratégica de la calidad o gestión de la calidad total (Cantú, 2001).

En esta fase la empresa se considera como una cadena de proveedores/clientes, donde cada trabajador es cliente del que le suministra bienes, servicios o información y, a su vez, es suministrador de la persona a quien entrega su trabajo (Varo, 1993). La calidad es vista como el resultado de un proceso que involucra a todos los elementos que componen la organización y que nunca termina (Noriero, Avalos y Priego, 2020).

Camisión, Cruz y González (2007) añaden como precedentes de la gestión de la calidad total otros tres enfoques de análisis: el enfoque japonés o de control de la calidad en toda la compañía, el enfoque humano y el enfoque de gestión de la calidad del servicio. El enfoque japonés tiene en cuenta todos los elementos de la cadena de valor, presta atención al papel de las personas buscando su compromiso para la mejora continua. Los otros dos enfoques son entendidos como corrientes complementarias que contribuyen al desarrollo de los demás, específicamente la gestión de la calidad del servicio posiciona al cliente y su satisfacción como objetivos principales, lo que se tiene en cuenta en la gestión de la calidad total.

Vale aclarar que las perspectivas o conceptos mencionados coexisten en las organizaciones según aborda Romero (2011); además que los enfoques son el resultado de la evolución continua de la gestión de la calidad y que su contenido ha ido creciendo, agregando a las ideas heredadas otras nuevas o dando al conjunto un nuevo acento en variables distintas (Camisión, Cruz y González, 2007).

La gestión de la calidad siguiendo los enfoques mencionados ha sido descrita por varios modelos que analiza Rangel (2005), dicho autor concluye que el más utilizado es el de la Organización Internacional de Normalización contenido en la familia de normas ISO 9000: 2000, luego de un análisis en que compara este y los modelos de: Crosby (1984), Juran (1987), Deming (1989), el del Premio de Calidad de Malcom Baldrige, el del Premio Nacional de Calidad de la República de Cuba, el Modelo Iberoamericano de Excelencia en la Gestión, el Modelo Japonés y el Modelo Xerox.

Dichas normas relevantes para la gestión en las organizaciones han sido actualizadas en varios momentos (2000-2008-2015) y la más reciente responde a las últimas tendencias en materia de gestión en cuanto a la integración de los sistemas que se implementan en las organizaciones: para calidad (ISO 9001), seguridad y salud en el trabajo (ISO 18001), energía (ISO 50001) y medio ambiente (ISO 14001).

En la ISO 9001: 2015, a diferencia de las anteriores ediciones, se presta especial atención al enfoque de riesgos, al trabajo coordinado entre todas las partes interesadas, al liderazgo, a la gestión del conocimiento y a la documentación de la información. En esta norma se hace mayor énfasis en el enfoque basado en procesos, se elimina el manual de calidad, se suprime el uso del término acciones preventivas y se ajustan algunas definiciones (Noguez, 2015). El modelo que sustenta la explicación anterior aparece en la Figura 1.2.

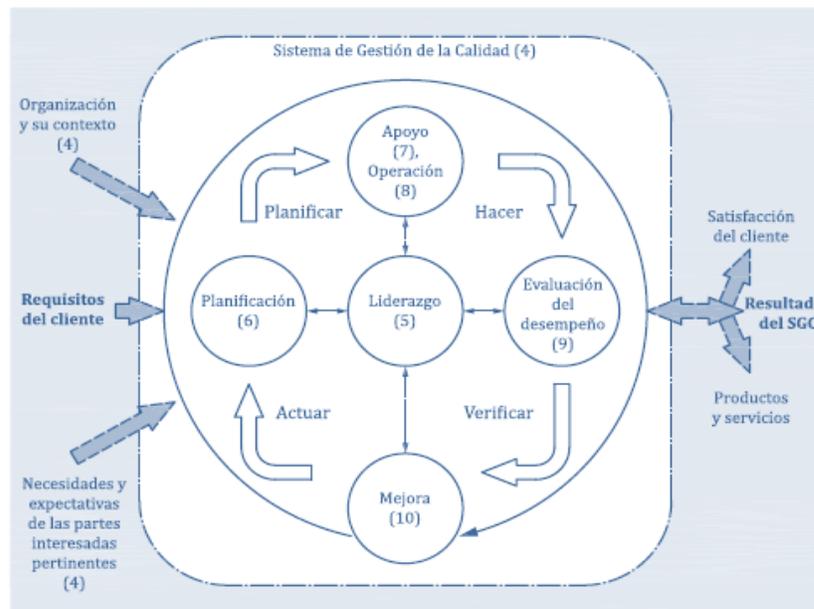


Figura 1.2: Modelo de un sistema de Gestión de la Calidad basado en procesos de la ISO 9001: 2015

Fuente:(Organización Internacional de Normalización, 2015)

Dicho modelo se basa en el ciclo de Deming: Planear- Hacer- Verificar- Actuar (PHVA). Nótese que, en la planificación, como acción inicial en la gestión, deben tenerse en cuenta los requisitos del cliente, así como las necesidades y expectativas de todas las partes interesadas (clientes, usuarios, socios, personas de la organización, proveedores externos, sindicatos, gobiernos, entre otras); mientras en la evaluación del desempeño

debe considerarse la satisfacción del cliente con los productos y/o servicios que se generan.

Con la nueva versión de ISO 9001: 2015, los tradicionales 8 principios de gestión de la calidad pasan a ser 7: enfoque al cliente, liderazgo, compromiso del personal, enfoque a procesos, mejora, toma de decisiones basada en la evidencia y gestión de las relaciones (Organización Internacional de Normalización, 2015).

Al analizar las concepciones mencionadas y las tendencias actuales de gestión resalta la importancia que se atribuye a los clientes y su satisfacción. En este sentido debe aclararse que la propia Organización Internacional de Normalización (2015) define como cliente a una organización o persona que recibe un producto o servicio que se le destina y/o que requiere. Los clientes se pueden clasificar en: internos (el que recibe o es el beneficiario de las salidas o resultados de los esfuerzos del trabajo de los procesos internos de la organización) o externos (el que recibe o es beneficiario del servicio o comprador de los productos de una empresa).

El enfoque a clientes se acentúa en los procesos de servicios entre los diferentes tipos de procesos, ello justifica la relevancia creciente que se confiere a estos en materia de gestión más si se trata de la calidad sobre lo que se aborda en lo adelante.

1.2- Calidad de servicios

Al hacer referencia a la calidad de servicios debe considerarse como punto de partida la propia definición de los procesos de esta naturaleza. 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.

Cantú (2001) especifica que un servicio es una actividad o conjunto de actividades de naturaleza casi siempre intangible, que se realiza mediante la interacción entre el cliente y el empleado y/o instalaciones físicas y de servicio, con el objeto de satisfacerle un deseo o necesidad.

En 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).

Las características de los servicios se explican detalladamente en el Anexo 2 y se resumen en la Figura 1.3.

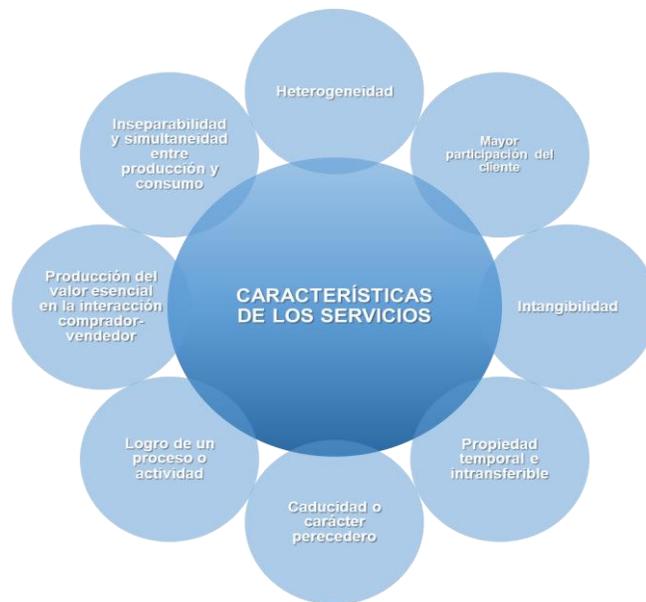


Figura 1.3: Características de los servicios

Fuente: Elaboración propia

Entre los aspectos que diferencian a los procesos de servicios de los productivos destacan la intangibilidad, la inseparabilidad o simultaneidad entre producción y consumo, y la heterogeneidad que abordan autores como Parasuraman, Zeithaml, y Berry (1985), Grönroos (1994), Frías (2005), Civera (2008), Gálvez (2011), y Luna y Torres (2021).

Grönroos (1994) adiciona otras especificidades de los servicios como: valor esencial producido en la interacción comprador- vendedor, mayor participación del cliente, se logra una actividad o proceso, no se pueden almacenar y no hay transferencia de la propiedad. Con estas dos últimas concuerdan Varo (1993) y Gálvez (2011), quienes las identifican nombrándolas: caducidad o carácter perecedero y propiedad temporal e intransferible.

El servicio puede ser la prestación principal de una empresa o prestaciones accesorias o secundarias que acompañan a la principal tal cual señalan Camisón, Cruz y González (2007). Hoy se estima que el servicio es inherente a todos los procesos de intercambio (Varo, 1993).

Las organizaciones de servicios son aquellas que no realizan transformaciones de materia prima en productos terminados (Cantú, 2001), se encuentran entre estas las empresas no manufactureras dedicadas a los servicios públicos, a las prestaciones personales y a la gestión comercial o a la distribución (Varo, 1993).

En relación con la calidad de los servicios se han realizado varios estudios, Rangel (2005) compila algunos de estos y concreta definiciones al respecto. Oliver (1977, 1980, 1981, 1985, 1988, 1989) concibe la calidad de los servicios como una actitud. También se suma el criterio de Lewis y Booms (1983) quienes plantean que es una medida de cómo el nivel de servicio desarrollado iguala las expectativas de los clientes con una base consistente con lo que coinciden los criterios de Bolton y Drew (1991). Así mismo, Holbrook y Corfman (1985) destacan que es un fenómeno altamente relativo que difiere entre distintas valoraciones, a lo que adicionan Cronin y Taylor (1993) que es lo que el cliente percibe del nivel de desempeño del servicio prestado. Por su parte, Horovitz (1993) especifica que la calidad de servicios es un nivel de excelencia que la empresa ha escogido alcanzar para satisfacer a su clientela clave (Rangel, 2005).

Parasuraman, Zeithaml y Berry (1988) definen la calidad de servicios como la valoración que hace el consumidor de la excelencia o superioridad del servicio que resulta de la comparación entre las expectativas y las percepciones del desempeño del servicio; toda calidad es percibida por alguien. El criterio anterior que muestra similitud con el de Grönroos (1982, 1984) quien especifica que en la evaluación de la calidad del servicio los consumidores comparan el servicio que esperan con las percepciones del servicio que reciben.

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 introduce el concepto de calidad percibida (Camisón, Cruz y González, 2007; Civera, 2008). Luna y Torres (2021) subrayan que los

únicos criterios válidos en la evaluación de la calidad de un servicio son los que establecen sus usuarios.

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) y la autora de la presente que da continuidad a sus estudios.

La calidad del servicio es la orientación hacia el cliente, desarrollada y practicada por una organización para interpretar las necesidades y expectativas de sus clientes, a quienes ofrece un servicio accesible, adecuado, ágil, flexible, apreciable, útil, oportuno, seguro y confiable, incluso ante situaciones imprevistas, esto genera en el cliente una sensación de comprensión, atención y servicio personalizado, aportándole más de lo esperado (George et al., 2022).

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 investigadores como Parasuraman et al. (1988), Riveros y Berne (2003), Civera (2008), Díaz y Pons (2009), Correia y Miranda (2010) y Romero (2011), entre los últimos estudios que lo abordan y logran consultarse en la presente investigación. 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).

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.

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 síntesis, 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.

A partir de la información antes aportada que destaca las definiciones de calidad y su complejidad en los procesos de servicios, vale resaltar que la gestión de la misma se ha convertido en una estrategia de diferenciación prioritaria para lograr la competitividad, tal cual precisa Gálvez (2011), para lo que han surgido varios modelos explicativos y orientadores de la actividad de evaluación que va cerrando el ciclo gerencial de los servicios, estos se explican seguidamente.

1.2.1- Modelos de calidad percibida de servicios

Al describir la calidad percibida del servicio coexisten 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 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.

En la Escuela Norteamericana, siguiendo la idea de Grönroos (1984) se destacan los trabajos de Parasuraman et al. (1988) quienes visualizan la calidad percibida de servicios

como una forma de actitud resultante del contraste entre percepciones y expectativas en relación con un determinado rango de atributos o dimensiones.

En resumen, la Escuela Norteamericana ha favorecido el desarrollo de la parte intangible del modelo Europeo pero sin embargo ha desfavorecido la parte tangible que hace referencia a la calidad técnica 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 1.4 aparecen modelos que responden a cada uno de los paradigmas explicados, son estos los mencionados reiteradamente en la literatura consultada.

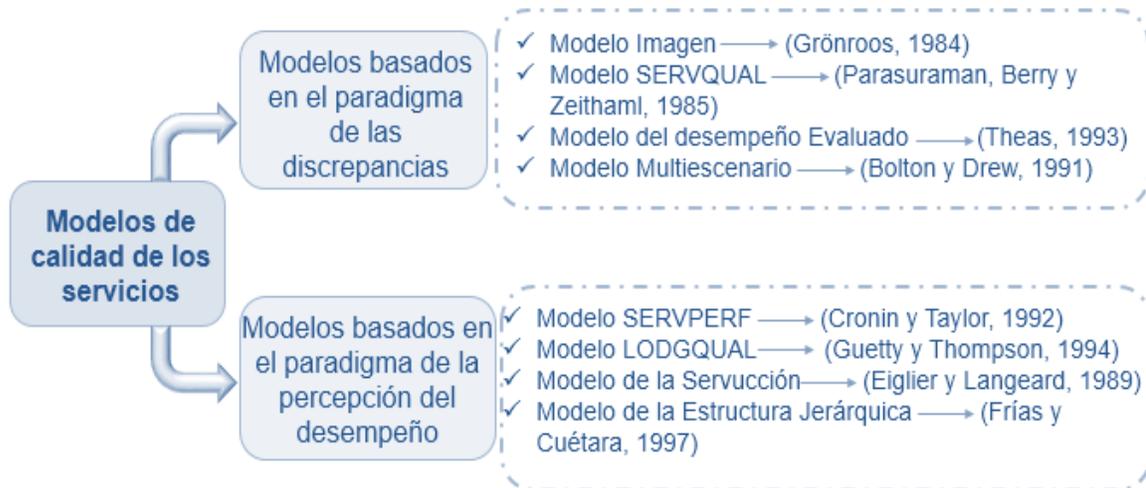


Figura 1.4: Modelos de calidad de servicios

Fuente: (Enríquez, 2017)

Entre los modelos resulta el SERVQUAL uno de los más utilizados, este se muestra en el Anexo 3 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 ha puesto en práctica considerando los preceptos del paradigma de las discrepancias en que se incluye y de la percepción del desempeño (SERVPERF), en ambos casos aporta a las organizaciones la posibilidad de revisar sus prácticas en materia de servicios para alcanzar la calidad adecuada que garantice la satisfacción de los clientes (Curbelo, 2013).

La escala SERVQUAL está compuesta por cinco dimensiones y veintidós ítems para analizar calidad percibida que se presentan en el referido anexo, también se especifican los problemas que pueden asociarse a su aplicación y los pasos a seguir para desarrollar la evaluación de manera adecuada, al igual que diferentes ámbitos en que se ha empleado, entre estos: servicios de restaurante, deportivos, turísticos, bancarios, bibliotecarios y sanitarios, estos últimos objeto de estudio en la presente investigación.

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 4. 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.

Díaz y Pons (2009) sugieren que es imprescindible adaptar, modificar o crear una nueva escala a entornos específicos que se investiguen, porque las necesidades, deseos y expectativas son diferentes en los múltiples servicios y para cada país.

Por supuesto, sobre el tema se requiere seguir investigando para que cada instrumento de evaluación que se emplee cuente con propiedades métricas adecuadas y los resultados de su aplicación para evaluar la calidad percibida y la satisfacción, se consideren como retroalimentación básica de las organizaciones que deben seguir el ciclo PHVA, si se encaminan a la gestión de la calidad según el modelo de familia de normas ISO 9000: 2015 (epígrafe 1.1), teniendo como intención su certificación, todo ello independientemente del modelo de calidad de los servicios que se siga.

Guiar metodológicamente el proceso de acercamiento al cliente, usuario y paciente/familiar en el caso de salud pública, es objetivo de procedimientos que han

surgido para orientar la evaluación de la calidad percibida, a este particular se dedica el apartado a continuación.

1.2.2- Procedimientos para la 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 5.

El procedimiento que proponen Díaz y Pons (2009) tiene un total de tres fases y ocho etapas que aparecen en el Anexo 6, 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 7. 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. El procedimiento se estructura de forma que facilita el cumplimiento de los requisitos establecidos en la ISO 9001 y se basa en 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.

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 8.

En Tabla 1.1 se realiza un análisis comparativo de los procedimientos mencionados.

Tabla 1.1: Comparación entre los procedimientos para evaluar la calidad percibida

Fuente: Elaboración propia

Autores	Criterios de comparación						Relación con la satisfacción
	Tipos de servicios	Diseño metodológico		Enfoques			
		Etapas	Pasos	Procesos	Clientes	Mejora	
Santana y Lorente (2004)	Restauración	4	9		x	x	
Díaz y Pons (2009)	General	3	8		x	x	
Moreno (2010)	Diseño de software	5	12	x	x	x	
González (2013)	Bancarios	4	13	x	x	x	
Curbelo (2013)	Salud	4	10	x	x	x	x

En la comparación previa se emplean como criterios: el tipo de servicios en que se validan los procedimientos, las etapas que los conforman, los pasos que se siguen, los enfoques que responden a la normativa vigente en cuanto a calidad y la relación con la satisfacción.

La profundización en estas metodologías orienta la selección de la propuesta de Curbelo (2013) para esta investigación porque facilita el cumplimiento de principios básicos en la gestión de la calidad, posibilita visualizar la satisfacción como un consecuente de la

calidad percibida y así evaluarla para disminuir la subjetividad, y además se ha aplicado en el sector de la salud en que se desarrolla la presente.

En los epígrafes que siguen se compendian experiencias previas en cuanto a la calidad percibida, la satisfacción y su evaluación en servicios de asistencia sanitaria y de APS, para comprender el tema en materia de definición y análisis.

1.3- Calidad percibida y satisfacción de usuarios de servicios de asistencia en salud

Los servicios de asistencia sanitaria que se ofrecen en diferentes instituciones poseen las características a las que se hace alusión en la Figura 1.3, son perecederos (no pueden ser almacenados para el futuro), su valor es individual, basado en el trabajo humano y la satisfacción brindada al paciente, con una calidad que depende de quién, cómo, dónde y cuándo se ofrece o proporciona el servicio de salud (George *et al.*, 2022), y también de las necesidades y expectativas de cada persona que los solicita.

Los antes expuestos son algunos de los motivos que justifican que, desde la antigüedad, incluso cuando no existía la medicina como profesión, se buscaba lo mejor para la persona enferma, definida posteriormente como paciente. La preocupación por la calidad en la asistencia sanitaria se encuentra en los papiros egipcios en el Código de Hammurabi o en el tratado La Ley de Hipócrates (Márquez, 2009).

Antes de profundizar en definiciones que han surgido a partir de las investigaciones sobre la calidad en este sector, y teniendo en cuenta la definición genérica que se presentó en el apartado 1.1, vale destacar que en materia de salud los usuarios no son sólo los pacientes sino también los acompañantes o familiares, quienes tienen una percepción evaluativa del servicio, desde varias ópticas (IRAM, 2003; Quintuña, 2021). Además, el Instituto Argentino de Normalización reconoce también como clientes a: otras 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 (IRAM, 2003).

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 de este aporte que focaliza la mirada en el paciente prestando atención a todos los participantes en los servicios surgen otras concepciones que contribuyen a los posicionamientos actuales al abordar la temática.

Varo (1993) indica que la calidad es la capacidad que, con distinto grado, puede tener una organización o un acto concreto de asistencia sanitaria para satisfacer las necesidades de los consumidores de salud. Por su parte, Ramos (2004) considera que existe calidad de la atención de salud, cuando los resultados o efectos de este proceso satisfacen a los requisitos de los pacientes (usuarios, clientes), de los trabajadores y, además se cumplen las normas, procedimientos y reglamentos institucionales y del sistema.

Ardila (2006) define la calidad de la atención en salud como la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario. Igualmente, resaltan la importancia del capital humano que labora en los servicios para que estos sean de calidad George et al. (2022) cuando la enuncian como la que un conjunto de personas es capaz de brindar a una población que está consciente y lucha por la preservación de uno de los más caros anhelos y logros, la salud.

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

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

Herrera (2007) expone que los profesionales sanitarios prefieren definir la calidad en términos de componentes y resultados de la atención ofrecida, es decir la calidad técnica en sus dos dimensiones: que la atención prestada sea la apropiada y que esta sea realizada correctamente. La autora afirma que este enfoque limita a las organizaciones

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

Casalino (2008) agrega también una dimensión ética que le es inseparable a la calidad, 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 todos los estudios.

Estas dimensiones son abordadas en el caso de Cuba que tiene definidos indicadores específicos del Ministerio de Salud Pública que se monitorean y que responden a la calidad técnica, con mayor nivel de objetividad, mientras la calidad percibida se analiza de manera muy subjetiva, por su naturaleza, y la satisfacción que es una manera de expresarla, se evalúa de diferentes maneras en el orden metodológico, a lo que tributa la presente investigación, tal cual se detalla más adelante. Es por ello que seguidamente se hace referencia a la calidad percibida.

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.

Sobre este tema, 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.

Villagarcía, Delgadillo, Argüello y González (2016) reconocen la calidad percibida como el grado de satisfacción que experimenta el cliente o usuario por todas las acciones emprendidas por su proveedor o benefactor, coordinadas para su mayor bienestar.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS): "la calidad de la asistencia sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgos de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso" (Pabon y Palacio, 2020).

La calidad en salud se forma de una serie de factores que en su ejercicio común y de cohesión, logran que la atención de salud deba ser segura, oportuna, confiable, idónea, ética y con trato humanizado, tal cual expresan plantean Almeida y Torres (2020). La 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).

Centrarse en el paciente es el camino adecuado si de calidad se trata y esta expresión no es nueva, aunque si se le presta mayor atención en los últimos tiempos, la misma es acuñada por la psiquiatra inglesa Edith Balinten en 1969 cuando plantea que cada paciente debe ser entendido como un ser único. También en los años sesenta, Michael Balint la enuncia como una de las maneras de ejercer la medicina (Guzmán, Machado y Torres, 2022).

La calidad de los servicios de salud debe constituir una ventaja duradera en el tiempo, por lo tanto, debe ser evaluada para asegurar que su nivel en el servicio prestado cumpla con los requisitos de excelencia, establecidos y demandados por los que lo reciben (George et al., 2022). 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.

Si bien es cierto que sobre esta y la satisfacción existe un intenso debate en cuanto a su concepción y metodologías de medición, también es consenso la relevancia de la visión de los usuarios sobre los servicios como un elemento clave en la mejoría de la organización y provisión de los servicios de salud (Pabon y Palacio, 2020).

Los estudios anteriores son sólo una muestra de los que existen buscando definir variables y dimensiones asociadas a la calidad de los servicios y a la satisfacción en el sector de la salud para su evaluación, a dicha temática se hace referencia en lo sucesivo.

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

Las formas de control de la calidad asistencial se han transformado con el tiempo al igual que en la calidad en general (apartado 1.1). Durante la revolución industrial existió la tendencia a la inspección mediante normas y medidas, posteriormente entre los años 1939 al 1949 se utilizó el control estadístico, en la etapa del 1950 al 1979 los programas y a partir de la década de los 80, se ha pretendido desarrollar una administración estratégica de la calidad, con la movilización de toda la organización hacia el logro de esta (Márquez, 2009). En los últimos 20 años los resultados de estudios realizados subrayan

que evaluar la calidad asistencial es una tarea difícil porque concurren muchos aspectos que están determinados por políticas de salud de cada país, así como por factores objetivos y subjetivos.

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.

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-Lajoie (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 9, en estas el tamaño de muestra supera los 80 usuarios y casi todas incluyen algún tipo de variables culturales y sociodemográficas (edad, sexo, ingresos familiares, nivel educacional o área de salud).

De las 37 investigaciones que cumplida dicho autor, 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.

Además del estudio mencionado se consultan otros descargados como fuente de información para la línea investigativa a que tributa el trabajo en curso, conformándose una lista de cuestionarios validados en servicios de hospitalización, pediátricos, urgencias, consulta externa, estomatología, farmacias y Atención Primaria, la misma aparece en el Anexo 10 en el que se describen: tamaño de la muestra, servicio en que se desarrolla, país, instrumento que se utiliza y cantidad de dimensiones.

De los 46 cuestionarios incluidos en la lista que se confecciona desde el 2017 como resultado, 7 se han desarrollado para el caso de Cuba, de estos: 1 para servicios pediátricos, 1 para los de estomatología y 5 para la Atención Primaria de Salud (APS), aunque tienen variables relacionadas con la calidad de servicios no llegan a evaluarla directamente ni consideran su relación con la satisfacción.

La escala SERVQUAL es la más usada en el mundo para medir la percepción de la calidad de los servicios de salud o como referente para construir otros instrumentos, su aplicación permite identificar áreas de intervención gerencial (Villagarcía, Delgadillo, Argüello y González, 2016; Lezcano y Cardona, 2018; Garzon y Ariza, 2018; Benites, Castillo, Márquez, Salas y Reyes, 2021). Aunque también SERVPERF es identificada como una metodología que reduce 50% el número de ítems que deben ser medidos porque no se requiere el estudio de las expectativas Luna y Torres (2021).

Siguiendo el modelo SERVQUAL vale resaltar la investigación de Mira, Aranaz, Rodríguez-Marín, Buil, Castell y Vitaller (1998), quienes validan un cuestionario para el caso de la atención hospitalaria que nombran SERVQHOS. 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 1.2.

Tabla 1.2: Dimensiones e ítems para la evaluación de la calidad percibida

Fuente: Elaboración propia a partir de (Mira et al., 1998)

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

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, Aranz, 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 consulta externa adquiriendo el nombre de SERVQCON y 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), estos estudios 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.

Si se analizan las dimensiones y variables del SERVQHOS, aunque ha sido validado en hospitales, estas pueden perfectamente evaluar la calidad percibida en estos ámbitos, previo análisis de fiabilidad y validez, tal cual evidencia el estudio para el caso de enfermería, es por ello que se considera un referente en el sector. Entre las investigaciones consultadas predominan las que hacen referencia a la atención en los hospitales y lo mismo sucede en Cuba, quedando menos aludidos los servicios en otros niveles de atención sanitaria.

La evaluación de la calidad percibida requiere ser acotada a diferentes tipos de servicios porque en función de las especificidades de estas prestaciones se agregan variables que definen si cumple o no con las características de calidad que en mayor medida condicionan la satisfacción de pacientes y/o familiares. Es por ello que, en lo adelante, se particulariza en la Atención Primaria de Salud (APS) en que se efectúa esta investigación.

1.3.2- Evaluación de la calidad percibida en los servicios de Atención Primaria de Salud

A la Atención Primaria de Salud (APS de aquí en adelante) existen aproximaciones desde 1920 cuando Dawson, Ministro de Salud de Inglaterra, establece que el centro de salud primario es la institución equipada con servicios de medicina preventiva y curativa, conducida por un médico general del distrito. Al respecto aclara que el centro de salud

primario debe modificarse acorde al tamaño y complejidad de las necesidades locales, así como a la situación de la ciudad (Lemus y Borroto, 2008).

En Cuba, en 1984, el doctor Cosme Ordóñez, ofrece su definición de APS, al establecer que es: “El conjunto de actividades planificadas de atención médica integral que tienen como objetivo alcanzar un mayor nivel de salud en el individuo y la comunidad, aplicando la metodología científica con la óptima utilización de los recursos disponibles y la participación activa de las masas organizadas (Lemus y Borroto, 2008).

Estos autores especifican que la dirección de Atención Primaria del Ministerio de Salud Pública define la APS en su programa actual 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. La APS debe lograr la participación de la comunidad y todos los sectores económicos y sociales a un costo sostenible con un sentido de autorresponsabilidad y autodeterminación”.

Lemus y Borroto (2008) realizan un análisis de diferentes definiciones de APS del que resultan como elementos comunes:

- Primer contacto: encuentro inicial y puerta de entrada al sistema.
- Responsabilidad: compromiso permanente del médico con el paciente.
- Atención integral: amplio espectro del equipo de salud en la prestación de servicios para la atención y solución de las necesidades de salud de los pacientes.
- Continuidad: atención, dirigida a la persona, permanente y sistemática en el tiempo.
- Coordinación: representante de los pacientes, la familia y la comunidad, ante los servicios de salud.

En ocasiones se confunden los términos APS y medicina familiar utilizándolos indistintamente para nombrar las acciones de salud que se realizan a nivel comunitario, siendo conceptos diferentes. La APS es una mega tendencia mundial de los sistemas de salud, considerada como la estrategia global para alcanzar la meta de “Salud para Todos y por Todos”. La APS, así concebida, es un eje central del sistema prestador de servicios de salud mientras que la medicina familiar, también llamada medicina de familia es la especialidad médica que la efectúa (Lemus y Borroto, 2008).

En la actualidad, existen en el mundo dos vertientes fundamentales de la APS (Lemus y Borroto, 2008):

- Modelo biomédico: Enfoca la atención médica para el individuo en un sistema basado en el encuentro.
- Modelo biopsicosocial más amplio: Enfatiza el servicio de salud a la colectividad al igual que el servicio individual, y también se llama atención primaria orientada a la comunidad.

Por este último modelo se aboga en países como Cuba, donde la APS se fundamenta en un denominado *paradigma emergente* que concuerda con las características comunes en las definiciones antes citadas y que marca las tendencias a nivel internacional confluyendo aún con el *paradigma vigente*. El *paradigma emergente* se centra en la salud del individuo, la familia y la comunidad. En este predomina la intervención sociopsicológica sin abandonar la tecnología, desarrollándose una práctica médica eminentemente preventiva donde es relevante la satisfacción integral del paciente (Lemus y Borroto, 2008).

La visión mencionada se sustenta, según Cáceres y Cruz (2010), en varias transformaciones que tienen lugar fundamentalmente desde la década 60´del siglo XX y que pueden enmarcarse en tres etapas generales que coinciden con lo sucedido en Cuba. La primera etapa responde al desarrollo de la APS desde su unidad de base considerada el Policlínico Comunitario, lo que se refuerza con la Declaración de Alma Ata resultante de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, celebrada en 1978, que hace alusión a la necesidad de una estructura que la sustente. La segunda etapa, que enmarca de 1984 al 2003, otorga relevancia a la formación de recursos humanos de pregrado y postgrado con enfoque comunitario, se consolida así la Medicina General Integral (MGI) como una especialidad médica (medicina de familia antes explicada). La tercera etapa tiene que ver con el perfeccionamiento de la APS que aún continúa.

Las actividades que se han realizado en Cuba en forma ambulatoria relacionadas con la APS, desde el propio surgimiento del Policlínico en 1963, se han organizado en programas. Estos representan una vía para agrupar integralmente las acciones de salud dirigidas a alcanzar propósitos y objetivos preestablecidos, con el ahorro de esfuerzos, el incremento de la eficiencia e integración de todos los factores, siempre con la finalidad de una mayor satisfacción de la población (Colectivo de autores MINSAP, 2011).

La existencia de programas ha garantizado una sistematicidad, uniformidad, planificación y control de las acciones de salud. Así se han fomentado varios programas dedicados al control y erradicación, en caso de ser posible, de enfermedades o daños, son: el Programa de control de las enfermedades diarreicas y respiratorias agudas, el Programa de control de la tuberculosis, por sólo mencionar dos de los existentes; también Programas Básicos como el de Atención Integral al niño, a la mujer y al adulto; además de Programas de Atención estomatológica, de Nutrición y de Epidemiología (Colectivo de autores MINSAP, 2011).

Los programas mencionados se tienen en cuenta en el Programa del médico y enfermero de la familia que se incorpora en 1984 de manera piloto en el Policlínico Lawton en Ciudad de la Habana y se extiende a partir de 1986 por todo el país hasta disponer de 12 928 consultorios en zonas urbanas y rurales (Márquez, 2009). Dicho programa se ajusta en el 2010 como parte de las transformaciones ocurridas en Cuba encaminadas a continuar mejorando el estado de salud de la población con servicios eficientes, sostenibles y de mayor calidad, y por tanto, su satisfacción.

El Programa del médico y enfermero de la familia tiene como objetivo general: contribuir al mejoramiento del estado de salud de la población mediante acciones integrales dirigidas al individuo, la familia, la comunidad y el ambiente, teniendo en cuenta los componentes, instrumentos y ejes conductores de la APS, así como los principios de la Salud Pública y las particularidades de la Medicina de la Familia Cubana.

Para el cumplimiento de este se conciben varios objetivos específicos que incluyen: promoción de salud, integración social, prevención de riesgos, enfermedades y otros daños a la salud de la población; calidad del diagnóstico y atención médica integral y dispensarizada, rehabilitación con base comunitaria, todo ello a partir de acciones cotidianas. Además de la contribución a la formación de profesionales y técnicos de salud, así como el desarrollo de investigaciones en la comunidad a partir de la situación de salud concreta que en esta se manifiesta (Colectivo de autores MINSAP, 2011).

En materia organizativa se establece que es fundamental para el desarrollo del programa la integración del Equipo Básico de Salud, el Grupo de Trabajo Básico y la dirección del policlínico con todos los factores políticos y de masas (Ejemplo: delegados de

circunscripción y otros representantes del Gobierno Local). Las células que sustentan el programa se definen como aparece en el Anexo 11 (Colectivo de autores MINSAP, 2011).

El Programa del médico y enfermero de la familia tiene un conjunto de premisas generales y otras que se acotan al consultorio, al policlínico y al hospital, para la organización y establecimiento de responsabilidades de los procesos que se dan en estas diferentes instituciones del Sistema de Salud. En el Anexo 12 aparecen las premisas a considerar en cada caso.

Como antes se evidencia son relevantes las acciones que se originan en el policlínico y en el consultorio como espacios en que radican los GBS y EBS, respectivamente. En síntesis, según los objetivos específicos del Programa del médico y enfermero de la familia, estas tienen que ver con la prevención, la promoción, la atención médica (tanto en el consultorio directamente como en el ingreso en el hogar) considerándose los grupos priorizados y la dispensarización teniendo en cuenta estos.

El adecuado cumplimiento de las acciones mencionadas favorece la continuidad del servicio percibida por los pacientes y familiares al mostrar: estabilidad del equipo de salud, capacidad para la solución de los problemas de salud que demanda la población, relaciones de comunicación y afectivas satisfactorias entre los integrantes del equipo de salud, el usuario y la comunidad.

A ello pueden sumarse las evidencias de participación protagónica de la comunidad en la solución de sus propias necesidades sanitarias a partir de la labor del EBS en el terreno mediante acciones de promoción de salud, la satisfacción con la calidad de la prestación de servicios que condiciona la imagen positiva del trabajo del EBS, la coordinación con otros sectores implicados en la solución de las necesidades sanitarias y efectividad del sistema de transferencia: consultorio-policlínico-hospital-instituciones del nivel terciario de atención (Lemus y Borroto, 2008).

La evaluación de la calidad percibida y la satisfacción en la APS no ha sido objeto de un número significativo de investigaciones realizadas que aporten instrumentos y metodologías de análisis que puedan ser generalizables como en el caso de los estudios en hospitales y otros servicios de salud, así se constata luego de la revisión de la literatura. Las que a continuación se abordan muestran posibles cuestionarios e

indicadores que hacen referencia directa a la satisfacción en la mayoría de los casos, en el Anexo 13 se listan las variables consideradas en estas.

En España, Estopa y Hernández (2003) efectúan un estudio para medir la satisfacción de los pacientes sometidos a técnicas de cirugía menor (CM) en un equipo de Atención Primaria (AP); en el Centro de Salud de José Aguado (CSJA), situado en la ciudad de León, donde también se encuentra el Ambulatorio de Especialidades con las consultas de Cirugía General y de Dermatología de referencia. Se entrevista a pacientes por vía telefónica con una encuesta de satisfacción validada por la Subdirección General de APS en 1997.

En Andalucía, desde el 2005, se utiliza una encuesta desarrollada por Instituto de Estudios Sociales Avanzados para evaluar la satisfacción ciudadana con los servicios en la APS, esta incluye cinco listas de preguntas que indagan sobre: generales relacionados con los servicios e instalaciones en que estos se ofrecen, consulta del médico de la familia para adultos y niños, consulta del pediatra y consulta de enfermería. En el caso del primer apartado se tienen en cuenta: la satisfacción con el servicio y el cumplimiento de las expectativas, el acceso a los servicios y diferentes elementos tangibles que también condicionan estos (Instituto de Estudios Sociales Avanzados, 2005).

En Cantabria investigadores como de la Fuente, Fernández, Hoyos, León, Zuloaga y Ruiz (2008), basados en SERVQUAL y SERVQHOS, realizan un estudio en el Servicio de Urgencias de la Atención Primaria (SUAP) donde la técnica de investigación utilizada es un cuestionario remitido por correo postal.

Por otra parte, en Chile el Departamento de Estudio y Desarrollo de la Superintendencia de Salud (2011), elabora una Propuesta Metodológica para medir la satisfacción en usuarios de consultorios públicos, para ello se desarrolla una encuesta de opinión. El instrumento diseñado consta principalmente de 12 preguntas extraídas de encuestas españolas validadas, altamente confiables desde la perspectiva metodológica y estadística. Se utiliza para la escala de evaluación valores simples muy utilizados por los chilenos (escala de 1 al 7).

En Cuba, entre los que se registran se encuentra la investigación 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. 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) efectúan su trabajo para evaluar 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 análisis 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.

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. 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 Programa del médico y la enfermera de la familia que proponen Colectivo de autores MINSAP (2011) 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.

De acuerdo con lo planteado hasta el momento y a modo de resumen, las formas más acertadas para evaluar la calidad percibida y la satisfacción como consecuente de esta se basan en un enfoque multidimensional, el cuestionario es el instrumento más utilizado internacionalmente y en ello debe profundizarse para el caso de Cuba, sobre todo si se trata de servicios de APS.

1.4- Conclusiones del Capítulo I

Al finalizar este capítulo se concluye:

1. Al abordar la calidad como temática diferentes autores concuerdan en que es esencial el acercamiento a los clientes, fundamentalmente si de procesos de servicios se trata. En estos últimos, por sus características, además de la calidad técnica, se realza la importancia de la calidad percibida como antecedente de la satisfacción y el cliente es considerado como el evaluador fundamental, entendiéndose como tal a pacientes y familiares, en el caso de servicios de asistencia en salud.
2. Los diferentes modelos de calidad de los servicios permiten analizarla desde dos perspectivas fundamentales que responden al paradigma de las discrepancias y al de la percepción del desempeño, destacan el SERVQUAL y el SERVPERF, respectivamente. Ambos modelos tienen aplicaciones en diferentes sectores entre los que se encuentra el de la salud, estos incluyen las variables fundamentales que al evaluar la calidad percibida deben considerarse.
3. En la literatura consultada es evidente la carencia de procedimientos que orienten la acción en materia de evaluación de la calidad percibida, en función de lo cual han surgido varias iniciativas, entre las que se selecciona para aplicar en la investigación en curso la de Curbelo (2013), con clara orientación a procesos, al cliente y a la mejora, además se ha validado en el sector de la salud en que se desarrolla la misma, que le da continuidad.
4. El cuestionario es el instrumento más utilizado para evaluar la calidad percibida y la satisfacción, existen diferentes propuestas validadas para entornos y servicios específicos como los de la Atención Primaria da Salud, pero se insiste en que deben seguir surgiendo encuestas de este tipo que se ajusten a las características del proceso que se estudie.

Capítulo II

CAPÍTULO II- Atención Primaria de Salud en zonas de mayor complejidad de Cienfuegos. Procedimiento de Curbelo (2013) para la evaluación de la calidad percibida y la satisfacción con los servicios

Introducción

En este capítulo se realiza una caracterización general del Sistema de Salud en Cuba (SNS) y en Cienfuegos, particularizándose en los servicios de Atención Primaria de Salud y en las zonas o barrios de mayor complejidad o con situación de vulnerabilidad de la provincia y del municipio Santa Isabel de las Lajas. También se explica el procedimiento de Curbelo (2013) a emplear en la investigación, además se muestran los resultados de aplicaciones previas del mismo.

2.1- Sistema de Salud en Cuba y atención a zonas de mayor complejidad como una prioridad del Estado

El Ministerio de Salud Pública (MINSAP) de Cuba, con el Sistema Nacional de Salud (SNS), es el encargado de velar por la salud como derecho de la población lo que se reafirma en el Artículo 72 de la Constitución de la República actualizada y aprobada en el 2019 que establece: “La salud pública es un derecho de todas las personas y es responsabilidad del Estado garantizar el acceso, la gratuidad y la calidad de los servicios de atención, protección y recuperación. El Estado, para hacer efectivo este derecho, instituye un sistema de salud a todos los niveles accesible a la población y desarrolla programas de prevención y educación, en los que contribuyen la sociedad y las familias. La ley define el modo en que los servicios de salud se prestan.” (Asamblea Nacional del Poder Popular, 2019).

El modelo cubano tiene como principios (Dirección Provincial de Salud de Cienfuegos, 2012):

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

El SNS 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 14.

En la gestión de los procesos que desde el MINSAP se organiza, desde el año 2007 fundamentalmente, se reconoce la necesidad de revisar las prácticas existentes aplicando métodos científicos (Ministerio de Salud Pública, 2007), todo lo que se acentúa en los dos últimos años. En este sentido, José Ángel Portal Miranda, titular del MINSAP, resalta como recurso indispensable del trabajo cotidiano, a todos los niveles del sistema de salud: “potenciar la ciencia y la innovación para respaldar la producción de medicamentos y tecnologías médicas de factura nacional que permitan una mayor protección a la vida del pueblo” (Portal, 2022).

Entre los desafíos de la salud pública en el país para el año en curso que constituyen direcciones estratégicas para el trabajo, Portal (2022) refiere:

- Aprender a convivir con la COVID-19 teniendo como premisa el constante fortalecimiento del sistema de vigilancia epidemiológica para contener la epidemia considerando las medidas y experiencias aplicadas, así como la prevención y control de otras enfermedades transmisibles y no transmisibles.
- Garantizar la calidad de los servicios, en correspondencia con los principios y valores de la Salud Pública cubana, lo cual demanda seguir trabajando para consolidar el funcionamiento y la resolutivez del Programa del Médico y la Enfermera de la familia porque en el barrio está el principal desafío, en la Atención Primaria de Salud (APS).
- Avanzar en la informatización de las principales actividades organizativas y asistenciales.

- Perfeccionar el proceso de formación y superación de los profesionales y técnicos, como garantía para contribuir a elevar la calidad de los servicios.
- Mantener un vínculo constante con la población, que permita conocer sus preocupaciones y sugerencias, para encontrar juntos las mejores soluciones y, cuando no sea posible hacerlo, explicar hacia dónde se encamina el trabajo.

Los retos y objetivos mencionados resaltan la importancia de abordar la calidad en servicios de asistencia en salud en los diferentes niveles en que se estructura el SNS para los que también constituyen razones de gestión cotidiana, sobre todo en la APS (Consejo de Ministros-Primer Ministro y Gobierno Provincial del Poder Popular Habana, 2021)

En la salud, en la educación, en todos los sectores y como política de gobierno y de organizaciones existentes con el Partido Comunista de Cuba (PCC) como rector, es relevante el intercambio con la población, más si se trata de zonas de mayor complejidad, lo cual responde a un llamado de la dirección del país realizado en el VIII Congreso del PCC. Debe existir capacidad para dialogar, entusiasmar e implicar en la solución de las demandas de los ciudadanos con propuestas e iniciativas creativas e innovadoras en la que todos los implicados participen (Consejo de Ministros-Primer Ministro y Gobierno Provincial del Poder Popular Habana, 2021).

En función de lograr dicho acercamiento y transformaciones han surgido, inicialmente en la capital, planes de medidas políticas e ideológicas, unido a las de carácter económico aprobadas y que se implementan. En ambos planes una prioridad es la intervención a nivel de Consejo Popular y de manera diferenciada en aquellos barrios de mayor complejidad según el mapa sociopolítico de cada territorio (Consejo de Ministros-Primer Ministro y Gobierno Provincial del Poder Popular Habana, 2021). Luego en las provincias y sus municipios, con indicación aprobada el 18 de agosto de 2021, se ha emprendido este camino que focaliza el trabajo en la comunidad (Consejo de Ministros-Primer Ministro, 2021).

Seguidamente se detallan características del Sistema Provincial de Salud (SPS) en Cienfuegos y de las zonas con la situación antes descrita que han sido definidas y en las que desde las prestaciones sanitarias se labora.

2.2- Sistema de Salud en Cienfuegos: zonas de mayor complejidad en la provincia

El Sistema Provincial de Salud cuenta con instituciones en los niveles secundario y primario de atención, estas son directamente administradas por las direcciones municipales de salud habilitadas en los ocho municipios que tributan a la dirección provincial (DPS). Las instituciones/servicios de salud al cierre del primer trimestre del 2022 son los que aparecen en la Tabla 2.1.

Tabla 2.1: Instituciones de servicios por nivel de atención en Cienfuegos

Fuente: Elaboración propia a partir de (Dirección Provincial de Salud, 2022)

Niveles	Instituciones/ servicios
Primario (APS)	<ul style="list-style-type: none">▪ 20 policlínicos, en los que funcionan 31 Grupos Básicos de Trabajo (GBT)- 2 de estos con servicios de hospitalización: Aguada y San Blas▪ 1 Centro de Salud de montaña en Crucesita▪ 395 Consultorios Médicos de la Familia (CMF), de estos 384 en comunidad y 14 en el Plan Turquino▪ 9 hogares maternos▪ 32 casas de abuelos▪ 86 farmacias
Secundario	<ul style="list-style-type: none">▪ Hospital General Universitario “Dr. Gustavo Aldereguía Lima”▪ Hospital Pediátrico Universitario “Paquito González Cueto”▪ Hospital Psiquiátrico Universitario “Mártires del 5 de septiembre”.
Instituciones provinciales	<ul style="list-style-type: none">▪ 5 hogares de ancianos▪ 1 Centro de Ingeniería Clínica y Electromedicina▪ 1 Centro Médico Psicopedagógico▪ 1 balneario▪ 1 Banco de Sangre▪ 1 Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología (CPHEM)

En las organizaciones y servicios de salud mencionados se atiende a la población de Cienfuegos que es de 401 031 habitantes, del sexo masculino el 50.4% y del femenino el 49.6%; con el 15% de menores de 15 años, el 20.6% de adultos mayores y el 6.6% de más de 75 años. Específicamente en la APS se atiende 383 758 pacientes en la provincia.

En la Figura 2.1 se presenta la información relacionada con el capital humano que labora en prestaciones sanitarias en Cienfuegos, en la categoría técnicos se incluyen: Médicos, Estomatólogos, Licenciados en Enfermería, Licenciados en Tecnología de la Salud, Licenciados en Psicología de la Salud y otros licenciados de la Salud.

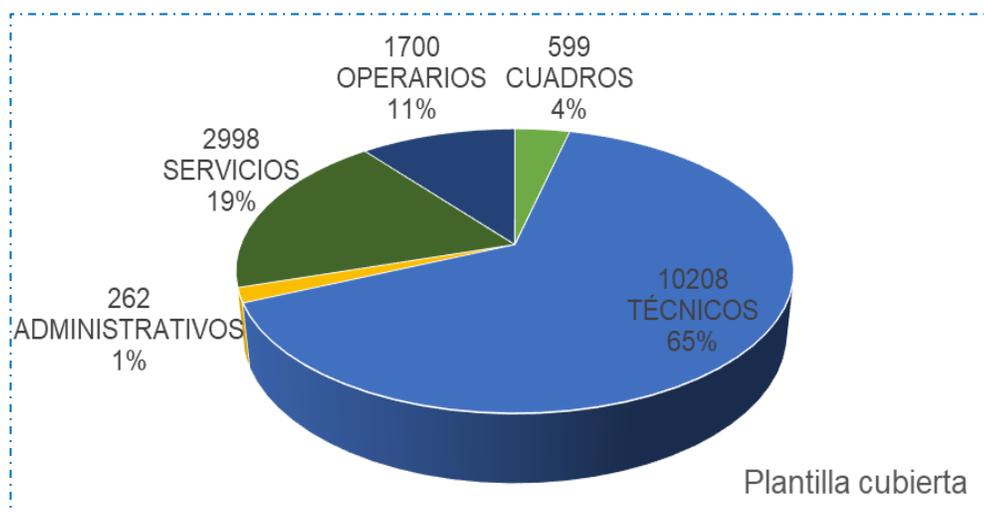


Figura 2.1: Trabajadores por categoría ocupacional

Fuente: Elaboración propia a partir de (Dirección Provincial de Salud, 2022)

En los CMF está garantizada la cobertura de médicos y enfermeras, en 331 de estos los titulares son especialistas en Medicina General Integral, están faltando 53 CMF por titulares MGI (Aguada 3, Abreu 15, Rodas 11, Palmira 8, Cumanayagua 14 y Cienfuegos 2). De un total de 31 Grupos Básicos de Trabajo (GBT), 28 están completos para un 90.3 %, 3 están incompletos para un 9.6 % (Abreus, Aguada y Rodas), en déficit 3 obstetras.

En la provincia de Cienfuegos, respondiendo al llamado de la dirección del país y considerando la experiencia de la capital, tal cual establece la indicación PM 337.2021 del Consejo de Ministros- Primer Ministro (2021), se trabaja para priorizar la atención a comunidades de mayor complejidad, acorde a sus características, con sistematicidad y efectividad, a lo que se encaminan acciones propuestas en los barrios y comunidades donde se concentran problemáticas sociales que la situación económica ha limitado atender (Secretaría del Gobierno Provincial del Poder Popular Cienfuegos, 2021).

Entre los propósitos fundamentales se encuentra dar solución a planteamientos de la población, lo que contribuye significativamente a enaltecer la figura del delegado y el Consejo Popular como elementos esenciales de la democracia socialista y reafirmar su

aporte en la identificación de los problemas presentes en los barrios, así como en la movilización de sus habitantes para contribuir a solucionarlos (Secretaría del Gobierno Provincial del Poder Popular Cienfuegos, 2021).

En función de lo anterior se han establecido como principios de trabajo:

- Vinculación de los centros de trabajo a tareas sociales concretas en los barrios.
- Completamiento de las estructuras de las organizaciones de masas y de gobierno.
- Potenciar el trabajo comunitario integrado.
- Lograr la participación de los vecinos en las transformaciones del barrio, de manera que se asegure su sostenibilidad.
- La participación de los jóvenes.
- La vinculación con el pueblo y aprender del pueblo.
- Facilitar oportunidades de empleo para todo el que lo necesite.
- Atención a las personas identificadas con vulnerabilidades en el barrio.

Con el objetivo de buscar información sobre el tema desde la perspectiva de tratamiento antes descrita, se realiza una entrevista a la Secretaria del Gobierno Provincial del Poder Popular en Cienfuegos quien es la persona que, en el cumplimiento de sus funciones, ha asistido este proceso que nace en la comunidad y porta datos que son relevantes para la investigación en curso. En el Anexo 15 aparece la guía de preguntas del intercambio que se efectúa y que permite esclarecer cuestiones asociadas al trabajo realizado en las zonas de mayor complejidad.

Luego de dicha entrevista se puede plantear que los barrios de mayor complejidad o con situación de vulnerabilidad en cada municipio de la provincia se definen a partir de análisis del diagnóstico de la circunscripción que debe tener actualizado su delegado, del mapa sociopolítico y de los planteamientos de los electores que se han acumulado en algunas zonas.

En dichos análisis participan los Presidentes de los Consejos Populares previo trabajo con los delegados, el Consejo de la Administración Municipal y quienes integran la Asamblea Municipal del Poder Popular, que en una de sus sesiones aprueba los barrios inicialmente definidos y los que se priorizan para comenzar con las acciones en los municipios.

Vale resaltar que este trabajo no se realiza sobre la base de indicadores que sean comunes en cada municipio sino teniendo en cuenta las valoraciones de los participantes y la documentación antes detallada, lo mismo sucede para el control de las acciones. Actualmente el Ministerio del Trabajo y Seguridad Social, implicado en tal proceso, realiza estudios encaminados al establecimiento de criterios para la minimizar la subjetividad en la toma de decisiones asociadas a las zonas en situación de vulnerabilidad.

En el Anexo 16 se presentan los barrios con situación de vulnerabilidad de la provincia de Cienfuegos, información que se resume en la Figura 2.2, suman 101 barrios y se trabaja en 41 de estos.



Figura 2.2: Barrios con situación de vulnerabilidad de la provincia de Cienfuegos identificados- barrios en los que se trabaja

Fuente: Elaboración propia a partir de (Secretaría del Gobierno Provincial del Poder Popular Cienfuegos, 2022)

El sistema de trabajo en los municipios y la provincia responde a las orientaciones dadas por el Gobernador de Cienfuegos en agosto-septiembre de 2021 para la confección de los planes de acción, su seguimiento, control y los implicados en su cumplimiento.

En el territorio se indica que los presidentes de las Asambleas Municipales de conjunto con los factores del municipio establecen las acciones a ejecutar en cada uno de los barrios con situación de vulnerabilidad, con responsables y plazos de ejecución. Tales acciones deben ser de carácter político y administrativo encaminadas a la solución de los problemas que impactan en la población, a partir de los recursos disponibles y la activa participación de las masas.

Entre las medidas a incluir en el plan inicialmente y para lograr su ejecución, se consideran:

- Coordinar con la dirección del PCC en el municipio, la designación de los cuadros del Partido, que asumirán la responsabilidad de Coordinadores Políticos. Definir sus funciones y formas de trabajo.
- Definir los cuadros del PCC, la Unión de Jóvenes Comunistas, organizaciones de masas, así como por entidades administrativas y empresariales para atender cada uno de los barrios identificados. Igualmente, se designan cuadros de la provincia que participan en cada uno de los municipios.
- Completar los cargos vacantes de delegados y de las organizaciones de masas.
- Actualizar los grupos de militantes por áreas de residencia. Designar los activistas y capacitarlos.
- Efectuar reuniones con los militantes del PCC y la UJC para orientarlos y asignarles tareas. Incrementar su participación en las actividades de la comunidad.
- Garantizar el funcionamiento adecuado de los grupos de prevención social, que a partir de su diagnóstico puedan dar solución a los problemas del empleo, la droga y la prostitución.
- Identificar los problemas materiales que más afectan a la comunidad y en la medida de los recursos materiales que se dispongan comenzar su solución, priorizando el abasto de agua, los vertimientos de residuales, la recogida de desechos sólidos, el alumbrado público, la distribución de alimentos (incluidos los productos agropecuarios) y la vivienda, entre otros.
- Vincular los centros de trabajo enclavados en los territorios para la atención a las comunidades.
- Garantizar la calidad de los servicios que se prestan en los barrios (Consultorio del Médico de la Familia, Farmacias, Panaderías, Bodegas, Sistema de Atención a la Familia, Centros Gastronómicos, entre otros).

En la puesta en marcha de los planes de acciones y para su control se establece que deben realizarse recorridos de los jefes de organismos y directores provinciales por los barrios seleccionados, de conjunto con las autoridades municipales para el intercambio con la población; reuniones de aseguramiento semanal a nivel municipal, chequeo diario a nivel de barrio, encuentros con los jóvenes y factores de la comunidad, además de trabajos voluntarios los fines de semana.

Los planes inicialmente diseñados se amplían en lo cotidiano y surgen nuevas propuestas que se han ido desarrollando en los barrios, a lo que tributan todos los actores implicados. Al cierre del primer trimestre del año, a partir de información que se presenta al Primer Ministro de la República de Cuba Manuel Marrero Cruz, se constata el avance en el cumplimiento de acciones previstas que responden a las problemáticas existentes, tal cual se evidencia en la Figura 2.3.

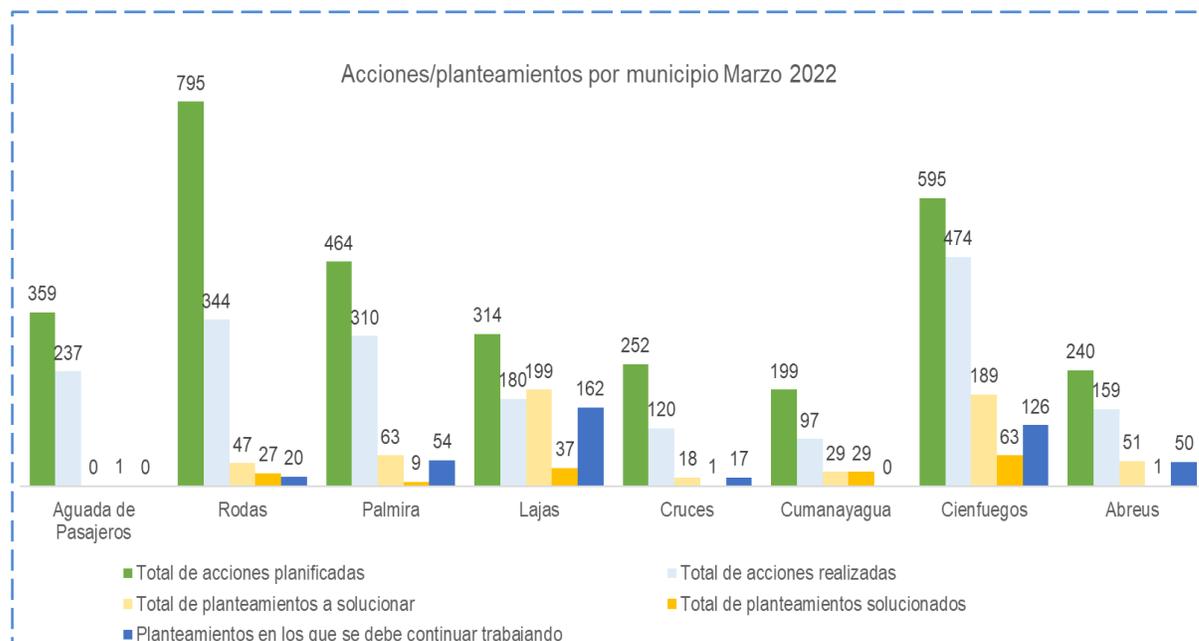


Figura 2.3: Acciones/planteamientos 2021-2022

Fuente: Elaboración propia a partir de (Secretaría del Gobierno Provincial del Poder Popular Cienfuegos, 2022)

Las principales problemáticas que afectan a la población de los barrios con situación de vulnerabilidad en la provincia son las siguientes: (Secretaría del Gobierno Provincial del Poder Popular Cienfuegos, 2022)

- Completamiento de las estructuras de las organizaciones de masas.

- Dificultad en el alumbrado público.
- Deterioro de calles y caminos.
- Fondo habitacional precario.
- No existencia de fuente de empleo.
- Problemas con las redes hidráulicas y sanitarias.
- Mal estado de las viviendas.
- Mal estado de las unidades que prestan servicio a la población.
- Problemas con vertimiento de residuales.

Santa Isabel de las Lajas es el municipio con mayor número de planteamientos acumulados en la provincia, estos fundamentalmente relacionados con viviendas (otorgamiento de subsidios, entrega de terreno y compra de materiales de la construcción), altos precios de los productos industriales y agropecuarios, situación de los viales, dificultad con el abasto de agua y demora en el transporte sanitario (Asamblea Municipal del Poder Popular de Lajas, 2022).

Nótese que es relevante desde el inicio en el trabajo con las comunidades de mayor complejidad garantizar la calidad de los servicios entre los que se encuentran los de salud, y esta es de las entidades que se reconoce debe tener participación en todos los barrios, considerando la manera en que se estructuran las prestaciones que responden a la APS.

Los motivos expuestos justifican que se elija Lajas para realizar el estudio de calidad percibida en curso, el mismo se suma a resultados anteriores que se explican en el epígrafe 2.4.1, focalizado en la ocasión en las zonas de mayor complejidad. Dar seguimiento a criterios de los pobladores a través de instrumentos validados con tal fin, contribuye a disminuir la subjetividad referida antes, aportando evidencias a considerar en la toma de decisiones, lo que también responde al interés expreso en varias sesiones de trabajo sobre el tema en la Dirección Provincial de Salud. En lo adelante se describen los servicios en dicho municipio.

2.3- Servicios de salud en el municipio de Santa Isabel de las Lajas y barrios con situación de vulnerabilidad

El municipio Santa Isabel de las Lajas se encuentra ubicado al noreste de la provincia de Cienfuegos, limita al Norte con el municipio de Santo Domingo, al Este con el municipio de Ranchuelo (Villa Clara), al Oeste con el municipio de Rodas y al Suroeste con Palmira y

Cruces. Su extensión territorial es de 432.65 kilómetros cuadrados que representa el 10.6% del territorio.

La población en Lajas es de 21 342 habitantes (11 004 masculinos y 10 338 femeninos), para una densidad de 49.33 habitantes por km² y una esperanza de vida de 78.45 años. Está estructurado en 6 Consejos Populares (Urbano Sur, Urbano Norte, Ajuria, Balboa, Caracas, Salto Modelo) y 41 circunscripciones (Asamblea Municipal del Poder Popular de Lajas, 2022).

En la Dirección Municipal de Salud (DMS) labora el personal que aparece en la Figura 2.4. Predomina el capital humano en la categoría técnicos, todos los CMF con médicos y enfermeras vinculados a 2 Grupos Básicos de Trabajo completos. La DMS dispone de las instituciones y/o servicios que se compilan en la Tabla 2.2.

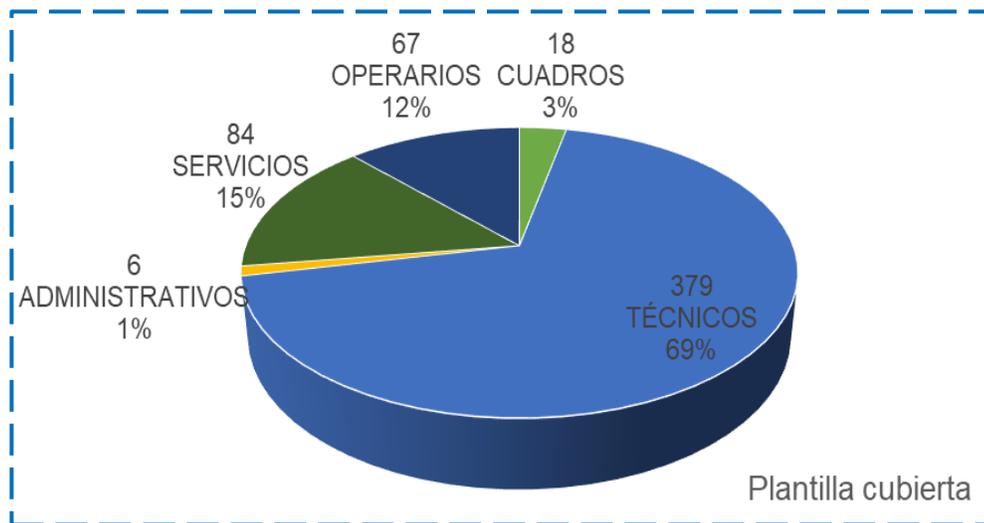


Figura 2.4: Trabajadores por categoría ocupacional en DMS de Lajas

Fuente: Elaboración propia a partir de (Dirección Municipal de Salud de Lajas, 2022)

Tabla 2.2: Instituciones de servicios de salud en Santa Isabel de las Lajas

Fuente: Elaboración propia a partir de (Asamblea Municipal del Poder Popular de Lajas, 2022)

Instituciones/ servicios	Policlínicos	Consultorios Médicos de la Familia (CMF)	Casas de abuelos	Farmacias	Centros de producción local de medicamentos
Cantidades	1	23	1	6	3

En este municipio, siguiendo lo indicado en la provincia para la definición de zonas de mayor complejidad, se identifican 14 barrios vulnerables en el 2021 mientras en el 2022 son 10, trabajándose inicialmente en 4 de estos que son: Campo de Tiro, Llega y Pon y La Esperanza, La Planta y La Vega (Asamblea Municipal del Poder Popular, 2022).

A inicios de 2022 se diseña un programa de acciones, considerando las necesidades declaradas para cada zona, en el caso de salud para los barrios seleccionados se incluyen como variantes: las pesquisas, charlas educativas sobre diferentes temáticas que desde la salud afectan o interesan a la comunidad (enfermedades de transmisión sexual, diabetes mellitus, prevención del embarazo en la adolescencia, COVID 19, leptospirosis, cultura alimentaria, entre otros), terapias grupales, actividades deportivas, círculos de abuelos, entre las que más se repiten en el año (Dirección Municipal de Salud de Lajas, 2022).

Todo lo antes referido implica el acercamiento a la población en las prestaciones de servicios tal cual establece el Programa del médico y enfermero de la familia, explicado en el epígrafe 1.3.2. Los intercambios con la población se realizan a través de visitas a los barrios donde se les realizan interrogantes, existe retroalimentación a partir de los planteamientos de los electores y eventualmente se efectúan encuestas que no han sido validadas antes. Las quejas fundamentales en el primer semestre del 2022 son asociadas a los insumos médicos y medicamentos, alta demanda de medios de alquiler insatisfecha, la morosidad en el procesamiento de las dietas médicas, sobre lo que se ha estado trabajando, así lo refiere la especialista de Atención a la Población del Policlínico a quien se le realiza una entrevista no estructurada.

La evaluación de la calidad de los servicios y la satisfacción de los pacientes y sus familiares es esencial para controlar el avance y encaminar la mejora, desafío de la salud pública cubana (apartado 2.1), fundamentalmente para la APS y en zonas de mayor complejidad para lo que se elige en esta investigación el procedimiento de Curbelo (2013) tal cual se especifica en el Capítulo I. Dicho procedimiento se explica en lo adelante así como los resultados fundamentales de investigaciones previas que lo aplican y se consideran como referente directo de la presente.

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

Curbelo (2013) propone un procedimiento para la evaluación de la calidad percibida de servicios de asistencia en salud y la satisfacción que considera como principios los que aparecen en la Figura 2.5.



Figura 2.5: Principios del procedimiento de evaluación de la calidad percibida y la satisfacción

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 procedimiento consta de cuatro etapas y diez pasos con objetivos bien marcados que van desde la descripción de procesos, la evaluación de la calidad percibida y la satisfacción como consecuente de esta, hasta la proyección y puesta en práctica de mejoras a las deficiencias detectadas en función del criterio de pacientes y familiares, en fin de la calidad percibida. Para su aplicación se emplean las herramientas que se precisan en la Figura 2.6 y se detallan en el Anexo 17.

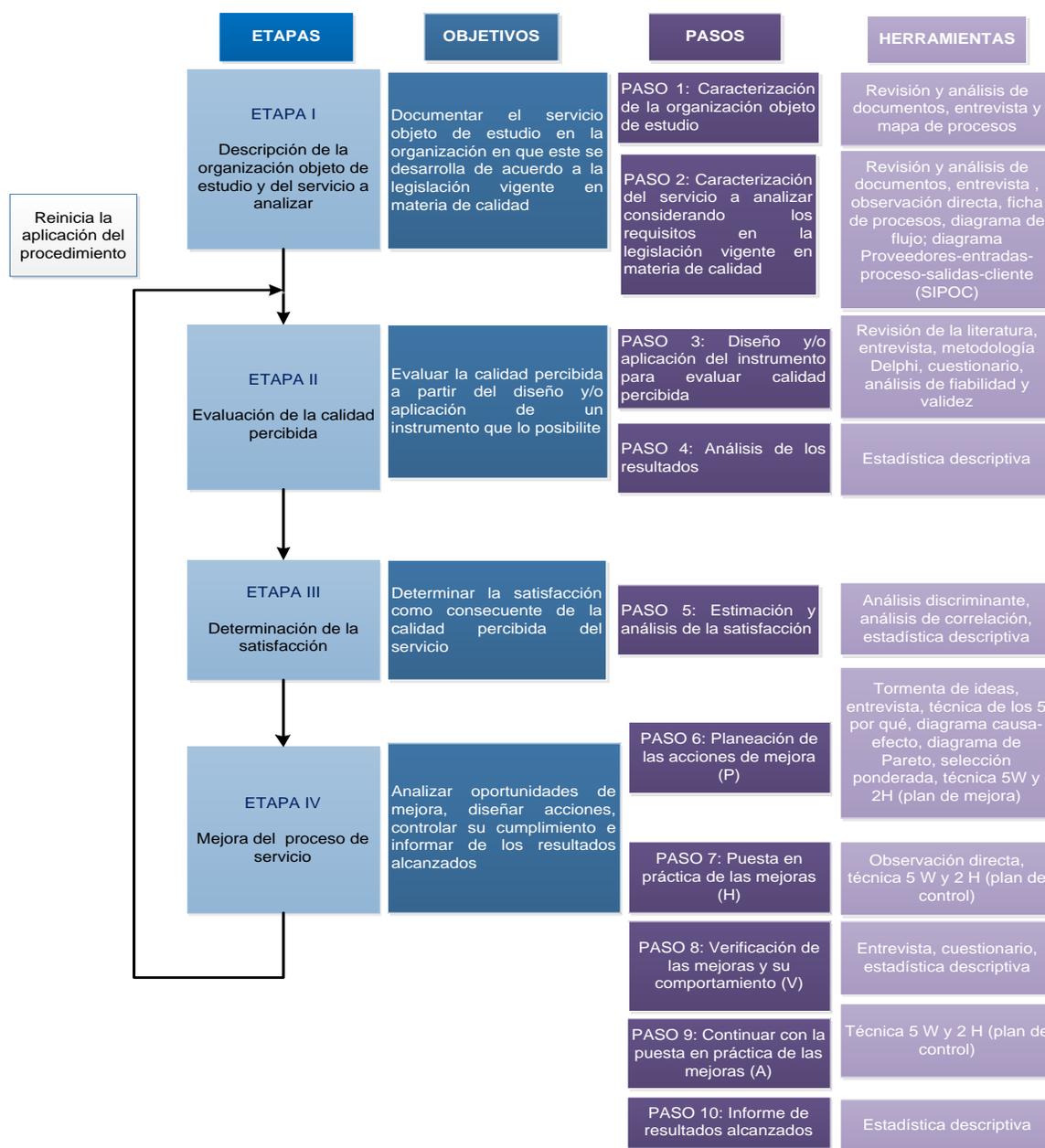


Figura 2.6: Procedimiento para evaluar la calidad percibida de servicios de salud

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 explica en el Anexo 18 la propuesta de Curbelo (2010) para ello.

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

- La primera etapa adopta los pasos en función del avance que se tenga en la organización en materia de evaluación de calidad percibida. Se dan tres situaciones:
 - ✓ Si es la primera vez que se evaluará la calidad percibida en procesos de una organización con el enfoque que se propone en esta investigación: En este caso se siguen los pasos tal cual se han descrito.
 - ✓ Si ya se han evaluado otros servicios pero se incluye uno nuevo: Se comienza desde el paso 2 de los detallados para el servicio en que se analizará la calidad percibida.
 - ✓ Si ya se ha evaluado el servicio pero se procede a realizar este proceso sistemáticamente: Puede omitirse la primera etapa por completo.
- En la segunda etapa se seguirán los pasos de acuerdo a las variantes que se exponen:
 - ✓ Si es la primera vez que se evalúa la calidad percibida en el servicio: Se debe diseñar un instrumento que permita cumplir este fin con fiabilidad y validez comprobadas.
 - ✓ Si ya se ha evaluado antes la calidad percibida: Se aplica el instrumento antes diseñado.
- En la tercera etapa en que se desarrolla el quinto paso del procedimiento se debe considerar:
 - ✓ Si es la primera vez que se determina la satisfacción teniendo en cuenta las variables en estudio que forman parte del instrumento diseñado: Esta debe ser estimada considerando análisis estadísticos para luego valorar los resultados.
 - ✓ Si ya se ha estimado antes la satisfacción: Se procede a determinar esta según el modelo establecido.
- En la cuarta etapa una vez se ponen en práctica las mejoras propuestas (paso 7), se puede pasar, en lo que estas se verifican y reajustan en caso de ser necesario, a los pasos iniciales del procedimiento teniendo en cuenta lo anteriormente abordado. Debe

notarse que esta se desarrolla siguiendo el Ciclo PHVA que propone Deming para la mejora continua como ya se ha precisado antes.

En el epígrafe siguiente se compendian resultados de las aplicaciones previas del procedimiento explicado.

2.4.1- Aplicaciones previas del procedimiento: resultados alcanzados

En el SNS en Cuba para la evaluación de la satisfacción se establecen como vías: (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 Cuentas 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.

Estas vías son utilizadas en la Dirección Provincial de Salud (DPS), las Direcciones Municipales y por la Oficina de Atención a la Población (OAP) que tiene a su cargo todas las oficinas de su tipo habilitadas en las instituciones de salud de Cienfuegos.

Curbelo (2013) en su investigación define que, en Cienfuegos, y en sentido general en el país, las principales alternativas de retroalimentación que se emplean periódicamente son los análisis de quejas, denuncias y reclamaciones, además de las autoencuestas y cuestionarios. Los cuestionarios no están científicamente probados y apuntan a la subjetividad al no contar con todas las variables que a nivel internacional se consideran. 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.

Es esta realidad, latente hasta la actualidad, la que guía los estudios de la autora mencionada que han alcanzado ya varios niveles y servicios.

Al aplicar el procedimiento de Curbelo (2013) para la evaluación de la calidad percibida del Servicio Quirúrgico Ambulatorio del CEA para su validación los principales resultados son:

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

Por tales aportes para el sistema de salud, el procedimiento se ha 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; González, 2018), 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), en las farmacias (Enríquez, 2017) y en servicios de atención al adulto mayor (García, 2019). Esta información aparece resumida en la Figura 2.7.

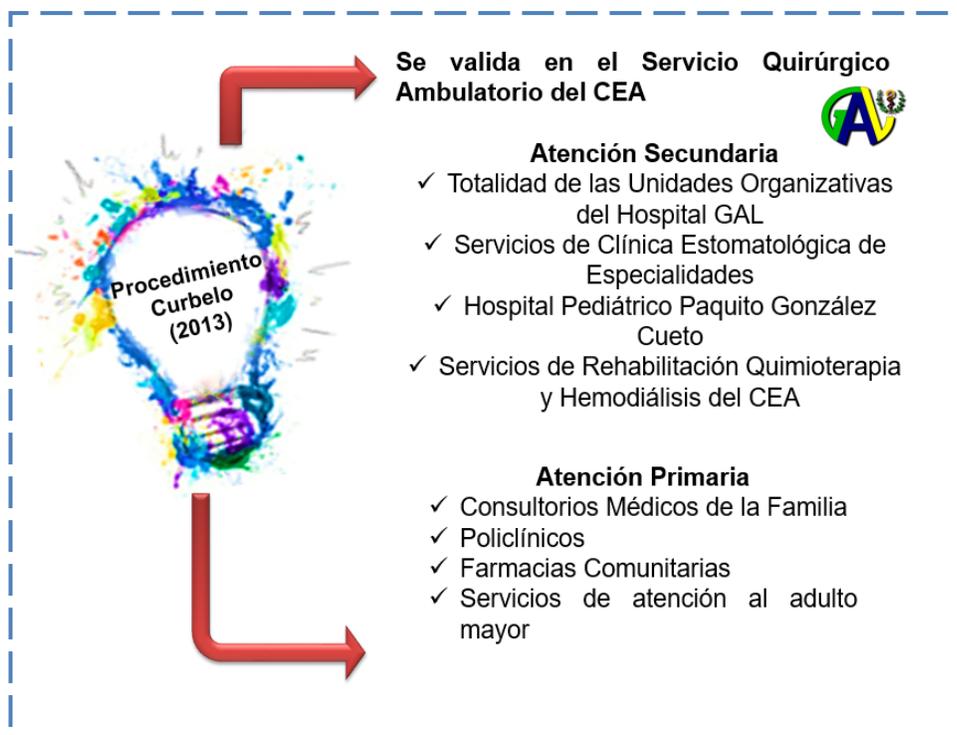


Figura 2.7: Casos de estudio previos a la investigación

Fuente: Elaboración propia

Teniendo en cuenta las diversas características de los servicios mencionados, se han diseñado catorce 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. Todas las proposiciones que se encuentran en estos se orientan a elementos positivos en relación con la calidad del servicio. En el Anexo 19 se resumen las cantidades de cuestionarios, dimensiones e ítems.

La escala que se emplea en los instrumentos es de tipo Likert donde 1-Totalmente en desacuerdo, 2- En desacuerdo, 3- Ni de acuerdo, ni en desacuerdo, 4- De acuerdo, y 5- Totalmente de acuerdo. En la escala de la infraestructura para los CMF las alternativas de respuesta varían entre 1 y 3. Todas las proposiciones que se encuentran en el cuestionario están orientadas a elementos positivos en relación con la calidad del servicio.

- 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 la Tabla 2.3 se presentan las ecuaciones para cada caso de estudio.

Tabla 2.3: Ecuaciones para determinar la satisfacción

Fuente: Elaboración propia

Ecuaciones para la determinación de la satisfacción	
Hospitales	$SG_i = (0.49 * SMe_i) + (0.27 * SEnf_i) + (0.13 * SPS_i) + (0.11 * SInf_i)$
Estomatología	$SG_i = (0.49 * SE_i) + (0.27 * SPT_i) + (0.13 * SPS_i) + (0.11 * SInf_i)$
Consultorios Médicos de la Familia (CMF)	$SG_i = (0.45 * SMe_i) + (0.30 * SEnf_i) + (0.25 * SInf_i)$
Policlínicos	$SG_i = (0.45 * SMe_i) + (0.30 * SEnf_i) + (0.15 * SInf_i) + (0.10 * SPS_i)$
Farmacias	$Pf, Pa \text{ e } Inf \quad SG_i = (0.51 * SPf_i) + (0.22 * SPa_i) + (0.27 * SInf_i)$ $Pf \text{ e } Inf \quad SG_i = (0.62 * SPf_i) + (0.38 * SInf_i)$
Casas de abuelos	$SG_i = (0.33 * SAS_i) + (0.16 * SPS_i) + (0.28 * SA_i) + (0.23 * SInf_i)$

Donde:

- SGi- 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), Pa (Personal auxiliar), y AS (Personal de salud): Se determina como la mediana de los valores por ítems en cada dimensión y por usuario.
- SA - Satisfacción del paciente i con las actividades que se ofrecen (Mediana de los valores por ítems).

- 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 2.8. 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.

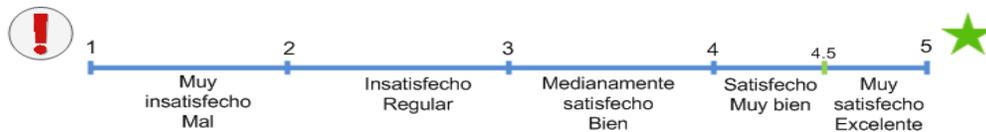


Figura 2.8: Escala para la evaluación de la satisfacción de servicios

Fuente: Curbelo (2013)

En la Figura 2.9 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 $1,5 > SG \geq 1$.

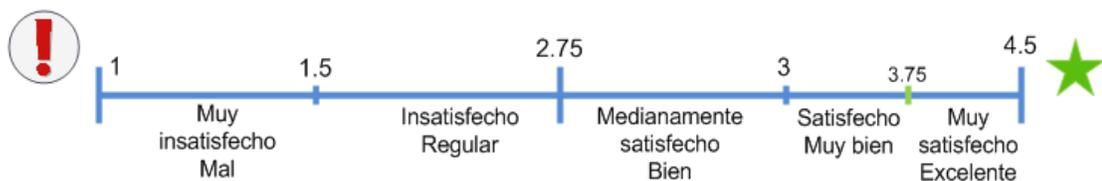


Figura 2.9: Escala para la evaluación de la satisfacción en servicios de Consultorios Médicos de la Familia

Fuente: Surí y Puerto (2016)

En la Figura 2.10 se presenta la escala validada para las casas de abuelos. El residente estará muy satisfecho si $SG \geq 2,6$, satisfecho si $2,6 > SG \geq 2,2$, medianamente satisfecho si $2,2 > SG \geq 1,8$, insatisfecho si $1,8 > SG \geq 1,4$ y muy insatisfecho si $1,4 > SG \geq 1$.

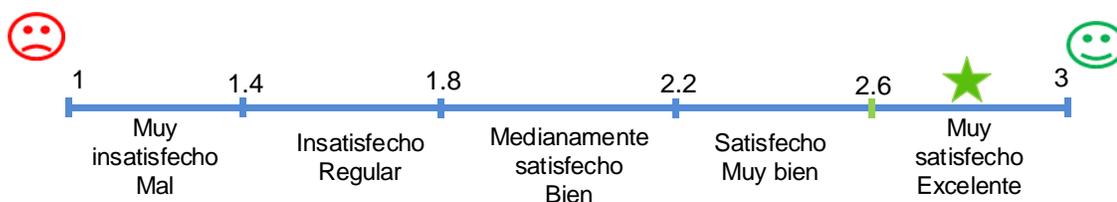


Figura 2.10: Escala para evaluación de satisfacción

Fuente: (García, 2019)

La validación de los estudios previos se ha efectuado a partir de la consulta a más de 4700 pacientes y/o familiares, las cantidades de encuestados por servicios se encuentran en la Tabla 2.4.

Tabla 2.4: 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+448=807
Total Hospital GAL	2530
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
Casas de abuelos	112
Total de encuestados	4704

Cada estudio cierra con planes de acciones orientadas a la mejora, luego de análisis exhaustivos de causas de las problemáticas detectadas, de objetivos intercambios con directivos y prestadores de servicios para que las propuestas se ajusten a lo que concretamente puede desarrollarse y los servicios se perfeccionen tomando como punto de partida la óptica del paciente y su familiar.

El procedimiento diseñado por Curbelo (2013) no se ha sistematizado por cuestiones organizativas del Sistema Provincial de Salud, pero responde a los retos que describe Portal (2022) y orienta la evaluación como alternativa de retroalimentación para la mejora en los diferentes tipos de servicios, lo que reafirma la investigación en curso a partir de los resultados que se presentan en el Capítulo III a continuación.

2.5- Conclusiones del Capítulo II

Al término de este capítulo puede concluirse que:

1. El Sistema de Salud en Cuba, articulado en tres niveles, tiene entre sus objetivos, y como mayor desafío para el año en curso, mejorar la calidad de los servicios en los barrios, donde los Consultorios Médicos de la Familia son los encargados de satisfacer las demandas iniciales de la población, lo que responde a la política del país para la atención a zonas de mayor complejidad en todas las esferas de la vida.
2. El Gobierno Provincial del Poder Popular en Cienfuegos y las Asambleas Municipales, cumplen con lo orientado por la dirección del país, y se definen 101 comunidades de mayor complejidad en la provincia, priorizándose 41, a partir del análisis del diagnóstico de las circunscripciones, de los mapas sociopolíticos y de los planteamientos de los electores, requiriéndose indicadores específicos a emplear por los tomadores de decisiones que participan en las acciones contenidas en el sistema de trabajo creado para el monitoreo cotidiano.

3. En las zonas de mayor complejidad es relevante la participación activa de la población en cada transformación que se desarrolla y que abarca servicios como los de salud, en los que resulta esencial el conocimiento de los criterios de pacientes y familiares, o sea, sus percepciones de calidad y su satisfacción, para lo que en este momento se toman como referencia las quejas recogidas en diferentes espacios de intercambio y en las Oficinas de Atención a la Población, además de encuestas esporádicas que no han sido validadas estadísticamente. Santa Isabel de las Lajas el municipio con mayor número de planteamientos acumulados en la provincia, razón que justifica que se seleccionen como objeto de estudio los cuatro barrios en que se trabaja de este.

4. Las aplicaciones previas del procedimiento de Curbelo (2013) orientan la realización de la investigación, teniéndose como referente directo el estudio efectuado en los Consultorios Médicos de la Familia en el 2016 que valida un cuestionario, una ecuación y una escala interpretativa para determinar la calidad percibida y la satisfacción en estos servicios de Atención Primaria de Salud.

Capítulo III

CAPÍTULO III- Aplicación del procedimiento de Curbelo (2013) para la evaluación de la calidad percibida y la satisfacción con servicios de salud en zonas de mayor complejidad de Santa Isabel de las Lajas, Cienfuegos

Introducción

En este capítulo se aplica el procedimiento de Curbelo (2013) que aparece en la Figura 2.6 para la evaluación de la calidad percibida de servicios de CMF ubicados en zonas de mayor complejidad del municipio de Santa Isabel de las Lajas, empleando las herramientas que aparecen en el Anexo 17. En cada uno de los apartados que siguen se desarrollan las etapas del procedimiento hasta llegar a la proyección de acciones encaminadas a la mejora.

3.1- Etapa I: Descripción de los servicios a analizar: Servicios en barrios de mayor complejidad de Santa Isabel de las Lajas

PASO 1- Descripción del objeto de estudio: Servicios de APS en Lajas para zonas de mayor complejidad

En el apartado 2.3 se realiza una caracterización de los servicios de APS en Santa Isabel de las Lajas donde existen como instituciones 1 policlínico y 23 CMF, de estos tres ofrecen servicios a zonas de mayor complejidad priorizadas que son: Campo de Tiro, Llega y Pon y La Esperanza, La Planta y La Vega.

En este paso se realiza una caracterización de cada uno de los barrios con situación de vulnerabilidad que son objeto de estudio.

Barrio: Campo de Tiro- Consejo Popular: Urbano Norte

Limita al Norte con el Consejo Popular Ajuria, al Sur con la circunscripción # 13, al Este con la circunscripción # 9 y al Oeste con la circunscripción # 15.

Es un barrio con 150 viviendas, construido por el programa inversionista de la vivienda, en el cual con el transcurso de los años se fueron acumulando un grupo de casos sociales del municipio, tal es así que se caracteriza por un alto número de personas en situación de vulnerabilidad. Su población es de 315 habitantes, de ellos 98 adultos mayores, 80 niños y 6 madres solas que requieren ayuda, además 20 ancianos que viven solos, 50 discapacitados, 20 encamados, 24 impedidos físicos, 40 fumadores y 14 alcohólicos.

Barrio: Llega y Pon y La Esperanza- Consejo Popular: Urbano Norte

Tiene una extensión territorial de 0,7 km² y una población de 570 habitantes, limita con la circunscripción 14, al norte con el Consejo Popular Ajuria (Yumury), al oeste con la circunscripción #16 y al sur con la circunscripción #13. La misma está conformada por 8 CDR, no cuenta con ninguna institución de salud, la población pertenece al consultorio 14 en el Campo de Tiro. Tiene un total de 259 viviendas, existen 33 núcleo vulnerables con 59 personas, entre la población están 150 adultos mayores de los cuales 8 viven solos y 2 tiene servicio de asistente social a domicilio, existe un total de 25 discapacitados, 20 alcohólicos, y 38 jubilados, de ellos 2 asistenciados.

Barrio: La Planta- Consejo Popular: Urbano Sur

Con una extensión territorial de 0,2 km² con un total de 235 habitantes. Se tiene identificados 6 núcleos y 12 personas vulnerables, 40 adultos mayores, 2 discapacitados, 1 impedido físico y mental. Este es un barrio en proceso de legalización que cuenta con un total de 96 viviendas.

Barrio: La Vega- Consejo Popular: Salto Modelo

Limita al Este con el Consejo Popular Lajas Norte, al Oeste con Cartagena, asentamiento perteneciente al municipio de Rodas, por el Sur con el Consejo Popular Balboa, al Norte con la circunscripción # 29 de atención directa. Tiene una extensión territorial de aproximadamente 4 km² con una población de 365 habitantes integrados en 165 núcleos familiares y 164 viviendas. En este barrio conviven 62 adultos mayores, 4 pacientes postrados, 8 discapacitados, 8 asistenciados. Se han identificado 14 núcleos vulnerables y 41 personas vulnerables.

PASO 2- Caracterización de los servicios en que se efectuará la evaluación: CMF en zonas de mayor complejidad

En el apartado previo se precisan elementos generales de los barrios con situación de vulnerabilidad priorizados para trabajar en el municipio de Lajas, estos reciben servicios de tres CMF: Campo de Tiro y Llega y Pon y La Esperanza del CMF 14, La Planta del CMF 21 y La Vega del CMF 18. Todos los CMF funcionan atendiendo lo establecido en el Programa del Médico y la Enfermera de la Familia.

Teniendo en cuenta lo anterior y considerando como referente directo en el tratamiento del tema calidad percibida de servicios y satisfacción en APS- CMF el trabajo de Surí y Puerto (2016), se asiste a la Dirección Municipal de Salud de Lajas y a los CMF 14, 18 y 21 y se intercambia con los especialistas para revisar la documentación del proceso de servicios para lo que se aplican como herramientas la entrevista no estructurada, la revisión de documentos y la observación directa participativa.

En los Anexos 20-22 aparecen los diagramas SIPOC, flujo y además la ficha, que no varía para la atención en los CMF objeto de estudio ubicados en los barrios con situación de vulnerabilidad.

Luego de la caracterización y mapeo de procesos se procede a la evaluación de la calidad percibida en estos.

3. 2- Etapa II: Evaluación de la calidad percibida

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

En el caso de la investigación en curso se procede a la aplicación del instrumento para evaluar la calidad percibida de servicios de asistencia en salud que validan Surí y Puerto (2016). Dicho instrumento es un cuestionario que consta de cuatro apartados: *caracterización de los encuestados, evaluación de la calidad de atención, generales y sugerencias*. En el instrumento se emplean tanto escalas nominales como ordinales, las preguntas son predominantemente cerradas. Por apartados vale resaltar lo siguiente:

I- *Caracterización de los encuestados:* Permite caracterizar a los encuestados y definir un conjunto de elementos relacionados con la atención del EBS y del GBT. Las escalas que se utilizan son nominales: dicotómicas o con otras posibilidades de marcado, incluyendo marcado múltiple.

II- *Evaluación de la calidad de atención:* Posibilita evaluar la calidad de atención teniendo en cuenta el intercambio con médicos y enfermeros, además de considerarse la infraestructura de los CMF. La escala que se emplea en el instrumento es de tipo Likert. En el caso de las preguntas relacionadas con médicos y enfermeros se define: 1- Totalmente en desacuerdo, 2- En desacuerdo, 3-Ni de acuerdo, ni en desacuerdo, 4- De acuerdo, y 5- Totalmente de acuerdo. En la escala de la infraestructura las alternativas de respuesta varían entre 1 y 3. Todas las proposiciones que se encuentran en el cuestionario están orientadas a elementos positivos en relación con la calidad del servicio.

III- Generales: En la primera evaluación que se realiza se incluyen interrogantes relacionadas con la satisfacción por apartado del cuestionario, en esta igualmente se emplea una escala de tipo Likert donde: 1- Totalmente insatisfecho, 2- Insatisfecho, 3- Medianamente satisfecho, 4- Satisfecho, 5- Muy satisfecho. Además, se solicita información sobre la calidad de la APS en Cienfuegos sobre lo que se evalúa como: 5- Excelente, 4- Buena, 3- Regular, 2- Mala, 1- Muy mala. Por último, para utilidad del estudio en curso se orienta colocar niveles de importancia que asignan los pobladores a la atención del médico, del enfermero y a las condiciones físicas y materiales de los consultorios (infraestructura), asignando valores de 1 a 3 donde este último indica la mayor importancia.

IV- Sugerencias: Es la única pregunta abierta del cuestionario que los encuestados responderán en caso de considerarlo necesario.

El cuestionario listo para su aplicación aparece en el Anexo 23. Es relevante para ello el universo de la población y la selección de la muestra que se consideran en la investigación.

- Delimitación de la población

En el presente estudio se define como población: Pacientes y familiares que reciben servicios de los CMF ubicados en zonas de mayor complejidad priorizadas del municipio de Lajas.

- Definición del tipo de muestreo a utilizar

Como tipo de muestreo a utilizar se selecciona el muestreo probabilístico específicamente el estratificado.

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

El tamaño de la muestra es el número mínimo de unidades de análisis que se necesita para conformar la muestra que asegure un error estándar fijado por los investigadores. 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, se emplea la Ecuación 3.1, según Cortés e Iglesias (2005), citados por Curbelo (2013).

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

Ecuación 3.1

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.

En esta investigación se consideran: p y q de un 50% respectivamente, un error permisible (B) del 11%, un nivel de confianza del 95% por lo que z es 1.96. El tamaño de la población es 1485 personas. Con estos datos se define que la muestra es de 75 pacientes/familiares.

Para la estratificación de la muestra se determina la fracción del estrato (fh) que luego se multiplica por las cantidades de pacientes atendidos en cada zona de mayor complejidad (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), citados por Curbelo (2013). Las cantidades a encuestar aparecen en las Tabla 3.1 a continuación.

Tabla 3.1: Cantidad de usuarios a encuestar por zona de mayor complejidad

Fuente: Elaboración propia

Estratos	CMF	Nh	fh=n/N	Cantidad de clientes a encuestar nh=Nh*fh
Campo de Tiro	14	315	0.050769686	16
Llega y Pon y La Esperanza	14	570		29
La Planta	21	235		12
La Vega	18	365		18
Totales		1485		75

Los pacientes deben estar dispuestos a responder para poder evaluar la atención que se ofrece y tener experiencia o criterio de la atención de médicos y enfermeros o haber asistido al CMF para evaluar la infraestructura. En caso de que no suceda así se escogerá otro usuario.

Teniendo en cuenta lo anterior se intercambia con 90 pacientes/familiares, de estos 19 de Campo de Tiro, 35 de Llega y Pon y La Esperanza, 14 de La Planta y 22 de La Vega, de los que se trabaja con 75.

PASO 4- Análisis de los resultados

El análisis de los resultados se realiza por apartado en el cuestionario tal cual se explica en lo adelante.

Caracterización de los encuestados:

Inicialmente en este paso se realiza la caracterización de la muestra, en los Anexos 24-27 aparece esta por zona de mayor complejidad y en las Figuras 3.1-3.3 se presenta para la totalidad de los participantes en la investigación.

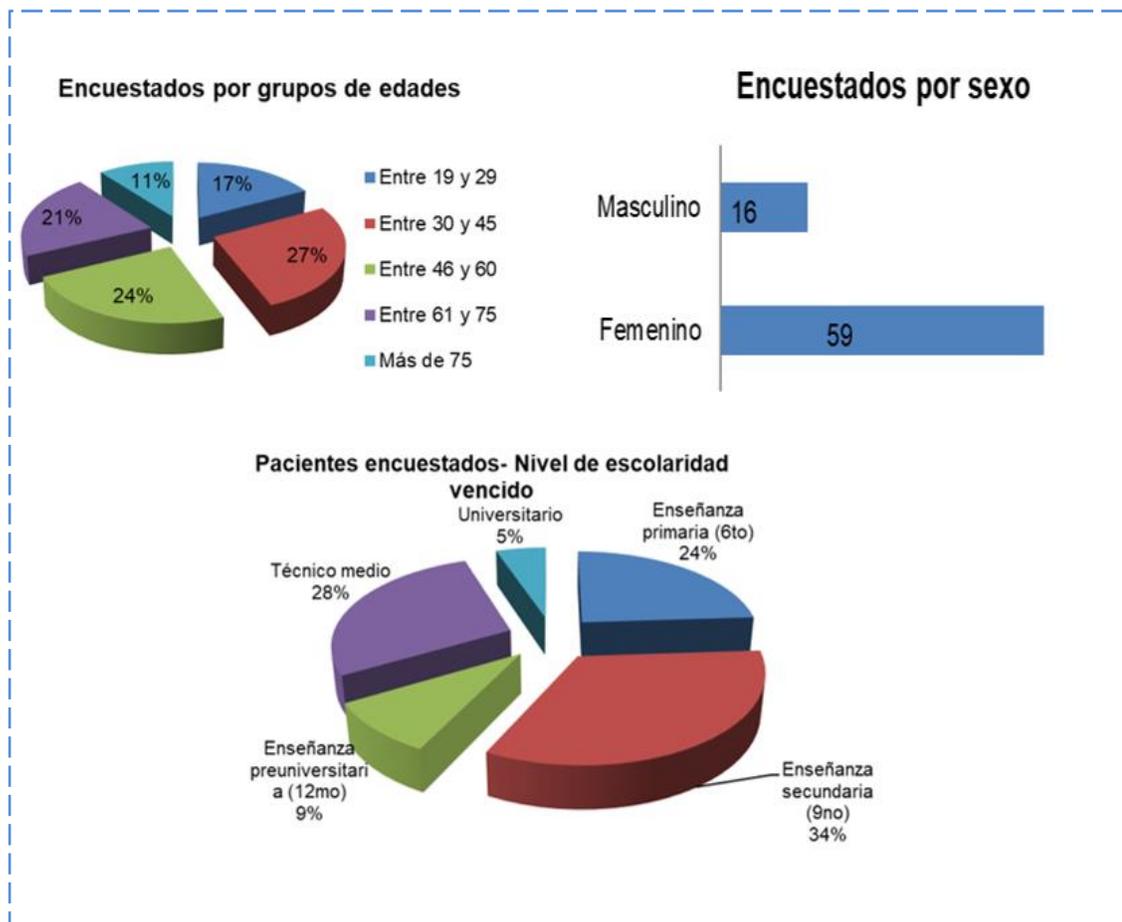


Figura 3.1: Encuestados según edad, sexo y nivel de escolaridad

Fuente: Elaboración propia

En el estudio predominan los participantes mayores de 46 años (56%), de sexo femenino, el menor porcentaje es de nivel universitario y/o técnico medio (33%), resalta el número de encuestados que han llegado hasta la secundaria básica (58%).

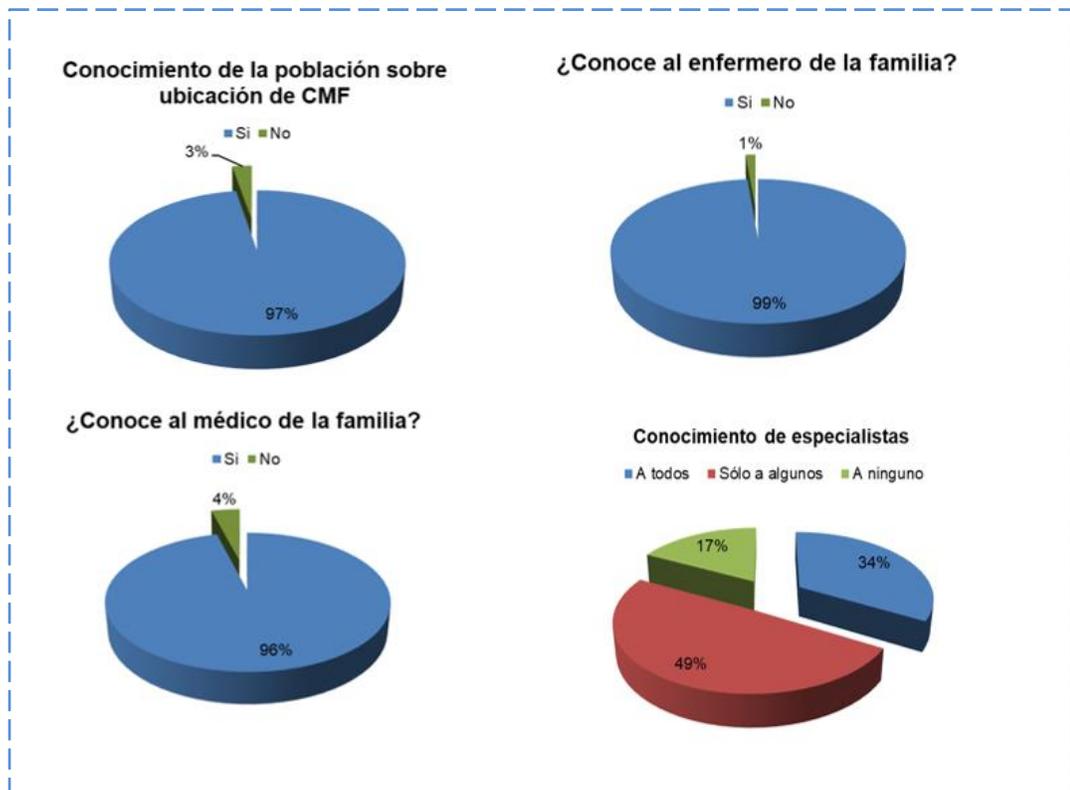


Figura 3.2: Conocimiento del personal de la APS que le corresponde y del CMF

Fuente: Elaboración propia

En relación con el conocimiento del médico, del enfermero y de la ubicación del CMF, más del 96 % de los participantes responden afirmativamente. En el caso de los especialistas del GBT, sólo el 34% de los encuestados los conocen a todos.

Los porcentajes marcados en *no* sobre el conocimiento de enfermeros son sólo para Llega y Pon y La Esperanza, lo mismo sucede con el conocimiento de médicos, agregando a La Vega, donde el 11 % de los encuestados evalúa considerando experiencias anteriores por no haber sido atendidos todavía por el MGI actual. En estos dos últimos barrios mencionados, sobre todo en La Vega, varios de los encuestados opinan de la infraestructura por otras referencias.

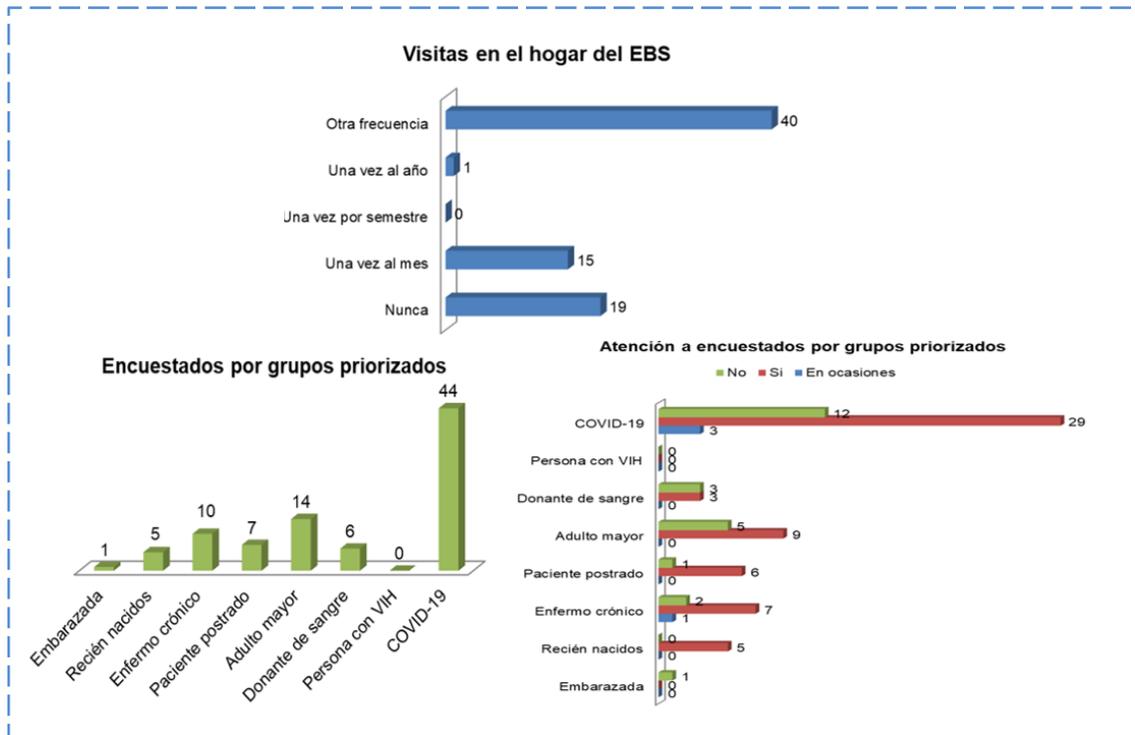


Figura 3.3: Visitas en el hogar y atención a grupos priorizados

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a las visitas en el hogar la mayoría de los encuestados (78,7%) refieren que no han recibido al personal de EBS nunca o durante más de un año, al marcar en otra frecuencia y en nunca resalta La Vega. En la atención a grupos priorizados los planteamientos de los pacientes demuestran que debe continuarse trabajando en su asistencia.

Evaluación de la calidad de atención

La evaluación de la calidad de atención se realiza a partir de los resultados de la aplicación del cuestionario, luego de su procesamiento en software SPSS Versión 22.0. En el Anexo 28 se compilan los estadígrafos descriptivos para las variables en cada lista y se revisa la frecuencia de marcado para las que tienen media por debajo de 4 en el caso de médicos y enfermeros, y menor que 2,5 para la infraestructura, estas son:

- El proceso de atención se realiza con una adecuada privacidad- Me 1.
- Los médicos llegan en el horario fijado para el proceso de atención médica- Me 11.
- El tiempo de espera para la consulta es adecuado y en caso de tardar se explica la razón que lo justifica- Me 12.

- Los médicos se muestran preocupados por la situación existente en la comunidad- Me 14.
- Los enfermeros se muestran preocupados por la situación existente en la comunidad- Enf 9.
- En su consultorio se cumple con el horario de 1:00pm-5:00pm- Inf 3.
- En caso de que el médico y la enfermera no estén en este horario se precisa en una pancarta informativa de su localización- Inf 4.
- El consultorio dispone de baño para uso de los pacientes y familiares- Inf 11.

Los valores elegidos como referencia corresponden con los máximos de la escala empleada (4 y 5 para médicos y enfermeros; entre 2 y 3 para infraestructura (2,5)).

En los Anexos 29-32 se efectúa igual análisis por cada uno de los barrios con situación de vulnerabilidad. Todo ello se resume en la Tabla 3.2.

En el análisis de los resultados por listas en el cuestionario, además de las variables identificadas como criterios relevantes de los pacientes para la totalidad de la muestra se suman las que aparecen indicadas en la Tabla 3.2 que se reconocen como problemáticas o posibles criterios relevantes para algunos de los barrios en situación de vulnerabilidad en concreto. Las variables más críticas se señalan en azul y son aquellas que tienen media por debajo de 3 (Me, Enf) y de 2 (Inf).

En resumen, existen en las zonas de mayor complejidad en que se trabaja en el municipio de Lajas 12 variables indicativas de deficiencias en la atención del personal de salud (4 de médicos y 3 de enfermeros) y la infraestructura (5 ítems) de los CMF, puede referirse:

Por CMF

- En el CMF 14, según los pacientes de Campo de Tiro, no se registran problemáticas, pero no opinan así los encuestados de Llega y Pon y La Esperanza, aunque sólo 1 variable es crítica y corresponde a la atención en el horario de la tarde.
- En el CMF 21, que atiende a La Planta, se encuentran 10 variables con problemáticas, de acuerdo a lo que opinan quienes allí habitan, es el que mayor número tiene en el estudio, de estas 8 son más críticas.
- En el CMF 18, que atiende a La Vega, se tienen 6 problemáticas, de estas 3 son más críticas.

Tabla 3.2: Resumen por zona de mayor complejidad

Fuente: Elaboración propia

Variables identificadas con menores valores de mediana, media, moda y frecuencia de mercado	Identificadas en barrios concretos	Campo de Tiro		Llega y Pon y La Esperanza	La Planta	La Vega	Número de barrios que identifican la variable como problemática
				CMF 14	CMF 21	CMF 18	
Me 1					x	x	2
Me 11				x	x		2-1
Me 12				x	x		2-1
Me 14				x	x	x	3-2
El personal de enfermería respeta la privacidad del paciente. Enf 5	x				x		1
El tiempo de espera para la atención de enfermería es adecuado y en caso de tardar se explica la razón que lo justifica. Enf 8	x			x	x		2-1
Enf 9					x	x	2-1
En su consultorio se cumple con el horario de 8:00am-12:00m. Inf 2	x				x		1
Inf 3				x	x	x	3
Inf 4				x	x		2-1
Inf 11						x	1
Las consultas disponen de adecuadas condiciones de privacidad. Inf 12	x					x	1
Número de variables con problemáticas a analizar según el criterio de los pacientes	-	-		6-1	10-8	6-3	

Por listas en el cuestionario:

- Médicos: Campo de Tiro no presenta problemáticas y Llega y Pon y La Esperanza tiene 3 pero no son críticas. La Planta por su parte tiene 4 variables con deficiencias y de estas 3 son críticas mientras La Vega tiene 2 y de estas 1 es crítica. En la atención de los especialistas o residentes en MGI, es en La Planta donde más problemáticas aparecen.

- Enfermeros: Campo de Tiro no presenta deficiencias, Llega y Pon y La Esperanza tiene 1 pero no es crítica. La Planta por su parte tiene 3 variables con deficiencias y de estas 2 son críticas, y La Vega tiene 1 que no es crítica. En la atención de los enfermeros, igualmente es La Planta la que resalta negativamente.
- Infraestructura: Campo de Tiro no presenta deficiencias y el CMF se encuentra justo en su demarcación, los pacientes de Llega y Pon y La Esperanza que reciben servicios en el mismo opinan que tienen problemas con la atención en el horario de la tarde y la información que se ofrece de la localización del personal de salud en este, si es que se encuentra en funciones de trabajo.

La problemática anterior también aparece en La Planta y La Vega, en este último se adiciona la carencia del baño, reclamo que es del conocimiento de las autoridades del territorio y que afecta en ocasiones el criterio de los pacientes de las condiciones de privacidad, que es la otra variable con media por debajo de los valores máximos de la escala. La infraestructura de La Vega es la que tiene problemáticas que requieren de decisiones con implicaciones económicas, en el resto de los barrios otros análisis pueden llegar a soluciones inmediatas.

Generales

La sección mencionada del cuestionario incluye preguntas relacionadas con la satisfacción general y por dimensiones, así como una interrogante que permite determinar los niveles de importancia de estas y otra que indaga sobre el criterio de los usuarios de la APS. En el Anexo 33 aparecen los descriptivos en general y las frecuencias de marcado por preguntas mientras en los Anexos 34-37 se presentan por zona de mayor complejidad.

En la Figura 3.4 se muestran los resultados alcanzados según la frecuencia de marcado en cada nivel de la escala en que evalúan los pacientes que participan en el estudio. A partir de esta puede plantearse que predominan los pacientes que marcan en los niveles máximos de la escala que son muy satisfecho y satisfecho, resaltando este último.

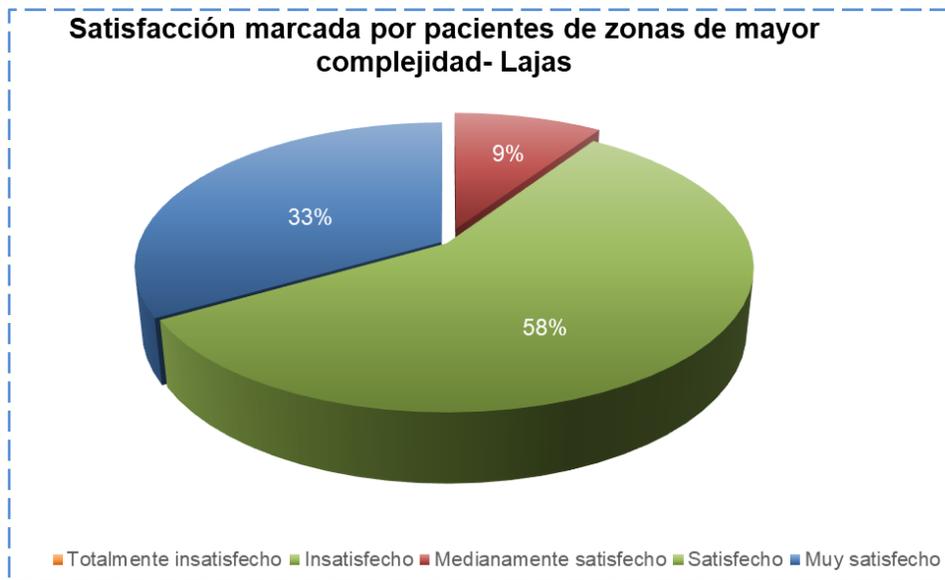


Figura 3.4: Satisfacción general marcada por los pacientes

Fuente: Elaboración propia

El análisis de los niveles de satisfacción por listas aparece en la Figura 3.5. Las mayores insatisfacciones se localizan en relación con la infraestructura. La satisfacción con la atención de médicos y enfermeros es alta, fundamentalmente con estos últimos, resultado que no dista de lo que se ha planteado.

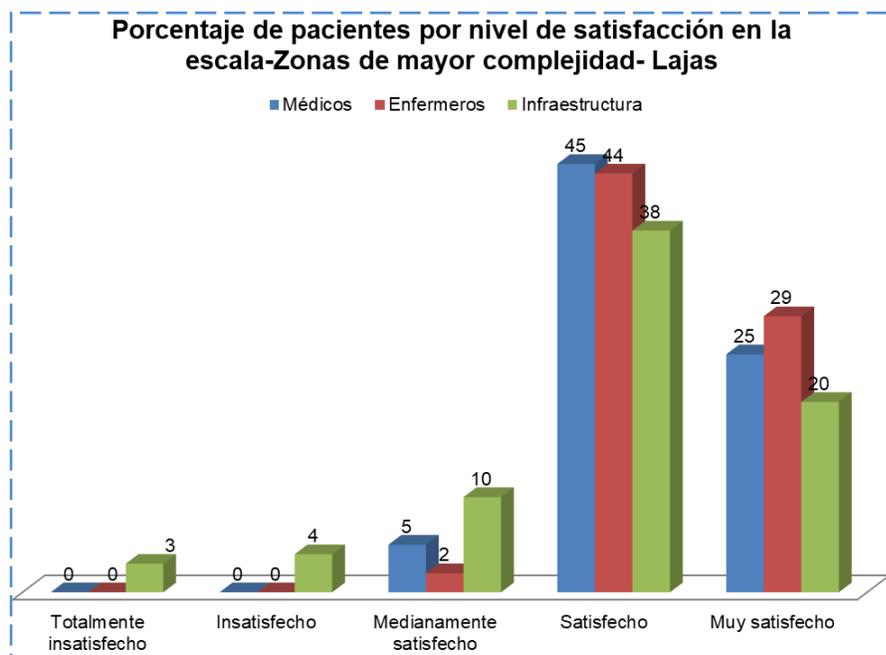


Figura 3.5: Análisis de la satisfacción por dimensiones y niveles en la escala

Fuente: Elaboración propia

En la Figura 3.6 se evidencia que para el 67% de los participantes en el estudio la calidad en la APS es de buena a excelente, predominando el primero de estos criterios.



Figura 3.6: Calidad de atención en la APS
Fuente: Elaboración propia

En la Figura 3.7 se compendian los resultados de la satisfacción según marcan los pacientes.

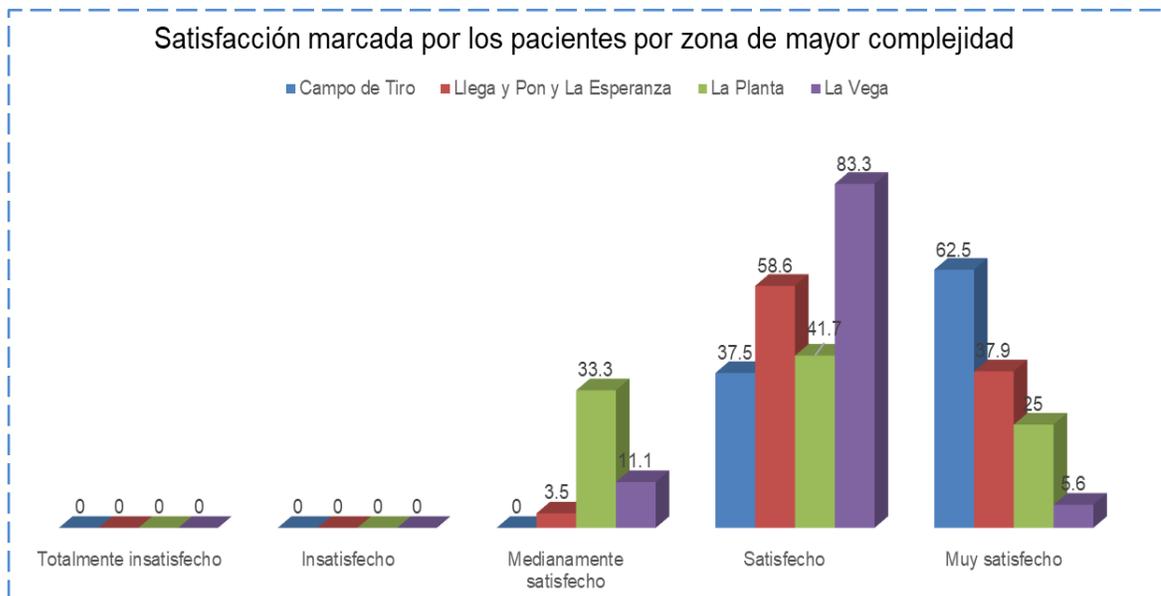


Figura 3.7: Análisis de la satisfacción por CMF
Fuente: Elaboración propia

La figura anterior permite plantear que es La Planta donde mayores insatisfacciones se registran, seguida de La Vega. Campo de Tiro y Llega y Pon y la Esperanza son los barrios con situación de vulnerabilidad en que las prestaciones de servicios de salud en el CMF 14 ofrece más altos niveles de satisfacción.

La pregunta relacionada con los niveles de importancia igualmente se analiza para la totalidad de la muestra en el Anexo 33. Para más del 60% de los encuestados en todos los casos los niveles de importancia asignados a las listas en el estudio son: atención de médicos como más importante, atención de enfermeros como medianamente importante y la infraestructura como la dimensión menos importante al definir la satisfacción. Estos resultados coinciden con los alcanzados por Surí y Puerto (2016) que se considera referente directo de esta investigación para la etapa III.

Sugerencias

Las sugerencias recopiladas aparecen en el Anexo 38 y coinciden con las problemáticas a las que previamente se hace alusión que han sido identificadas por los pacientes de cada zona de mayor complejidad.

Una vez se han analizado los resultados por cada apartado del cuestionario, aunque este ha sido validado previamente probándose sus propiedades métricas se decide comprobar nuevamente la fiabilidad para lo que se utiliza el estadígrafo Alpha de Cronbach tal cual se visualiza en el Anexo 39, este resulta ser 0,905, su valor cercano a 1 indica que el instrumento ofrece resultados confiables, tal cual en la aplicación inicial.

Después de cumplir todos los objetivos de la segunda etapa de aplicación del procedimiento se pasa a la tercera para determinar la satisfacción.

3.3- Etapa III: Determinación de la satisfacción

PASO 5- Estimación y análisis de la satisfacción

En la determinación de la satisfacción se tienen en cuenta los análisis efectuados por Curbelo (2013) y Surí y Puerto (2016), lo que antes se precisa. Para determinar la satisfacción se emplea la Ecuación para CMF en la Tabla 2.3 y la escala de interpretación que aparece en la Figura 2.9. Los resultados que se alcanzan están en la Figura 3.8.



Figura 3.8: Satisfacción determinada por la Ecuación en zonas de mayor complejidad de Lajas

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla 3.3 se presentan los resultados de igual determinación por zona de mayor complejidad, los mismos apuntan a lo concluido antes en cuanto a los criterios de los pacientes sobre la atención de salud que reciben en estas, ya transcurrido casi un año de comenzarse a desarrollar acciones para mejorar.

Tabla 3.3: Satisfacción determinada por la Ecuación de Surí y Puerto (2016) para cada zona de mayor complejidad

Fuente: Elaboración propia

Niveles	Campo de Tiro	Llega y Pon y La Esperanza	La Planta	La Vega
Satisfecho	0	3.4	8.3	11.1
Muy satisfecho	100	96.6	91.7	88.9

Luego de determinada la satisfacción se procede a la cuarta etapa del procedimiento que se enfoca a la mejora de los servicios.

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)

En la Tabla 3.2 de este capítulo se resumen las problemáticas identificadas por los pobladores de las zonas de mayor complejidad y estas distribuidas por las listas que componen el instrumento aplicado. Para analizar tales problemáticas se acude a los CMF nuevamente y se intercambia con el personal de la salud, se emplea para ello el cuestionario que se encuentra en el Anexo 40 y en el 41 se compilan los resultados de las frecuencias de marcado luego de su procesamiento.

En este momento de la investigación se encuestan los 3 médicos y las 3 enfermeras. De los encuestados 2 médicos han laborado en los CMF por menos de 1 año, el otro por menos de 3 y las enfermeras por más de 10 años. Predomina el sexo femenino y los menores de 45 años.

En relación con las afectaciones en las prestaciones:

- Privacidad de la atención: Coinciden en que la privacidad del paciente debe respetarse y que no se logra en todos los casos por las condiciones del local y la afluencia de personas al CMF.
- Horarios de llegada y tiempos de espera: Los médicos plantean que casi siempre intentan llegar en tiempo al proceso de atención y 1 de los 3 expresa que siempre lo logra, al igual que al explicar los motivos de la impuntualidad a los pacientes, lo que siempre hacen las enfermeras.
- Preocupación por la situación existente en la comunidad: 4 de los encuestados expresan que siempre lo hacen y 2 que casi siempre, en esta variable debe intensificarse el trabajo pues es común en la atención de médicos y enfermeros, y de más baja puntuación en el caso de estos últimos.
- Visitas a los pacientes en la comunidad y atención a grupos priorizados: Sobre el tema se busca información por los resultados que arrojó el cuestionario en la caracterización de los encuestados donde un porcentaje especifica que no ha recibido las visitas nunca o durante más de un año, lo que está contenido en el Programa del Médico y la Enfermera de la Familia, el médico en sus labores en el terreno debe acercarse a la población, más en las zonas de mayor complejidad, y conociendo ello

todos los encuestados apuntan que realizan las visitas y ofrecen la atención pertinente.

- Cumplimiento de los horarios: Todos los encuestados plantean que se cumplen los horarios y en caso de no estar se ofrece información en la puerta del CMF de su localización para el caso de que un paciente lo necesite.
- Equipos e instrumental y otros recursos para la atención: Se indaga sobre ello con conocimiento de las carencias existentes en el sistema de salud, coincidiendo el personal (5 de los encuestados) en que en ocasiones o no disponen de lo necesario.
- Estado del local: El ambiente agradable, el mobiliario en buen estado, el baño para pacientes y personal, y las adecuadas condiciones de privacidad no se consideran las idóneas en La Vega. La preocupación por la limpieza es importante para los médicos y enfermeras.
- Intercambio con otros actores que intervienen en la transformación del barrio: Pese a que se cumplen las acciones incluidas en el plan diseñado por salud en los barrios en que se trabaja, la población no percibe la preocupación de los médicos y enfermeros por la comunidad. La situación descrita se relaciona con que el personal del CMF reconoce que los intercambios con otros actores que intervienen en la transformación se ha dado cada más de dos meses en este año o en una frecuencia superior.
- Evaluación de APS: Los encuestados consideran que la APS es de Buena a Regular, ello coincide con el criterio de los pobladores.

Toda la información recopilada se emplea para realizar una sesión de trabajo grupal en que participa el equipo de investigación y personal de salud que conoce de los servicios que se ofrecen en las zonas de mayor complejidad, se desarrolla en esta el análisis de causas raíces empleando la técnica de los 5 por qué tal cual aparece en el Anexo 42.

El plan de mejoras se construye empleando la técnica 5W y 1H, el mismo aparece en el Anexo 43 teniendo en cuenta las causas raíces identificadas y la posible incidencia por la dirección del Policlínico y de Salud en el Municipio de Lajas.

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 Dirección Municipal de Salud en coordinación con los actores implicados de gobierno que laboran en las zonas de mayor complejidad.

Todo lo abordado en este capítulo orienta de una manera concreta la evaluación de la calidad percibida y la satisfacción en zonas de mayor complejidad en materia de servicios de salud, para lo que esta investigación sirve de ejemplo.

3.6- 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, posibilita la aplicación de los pasos del 1 al 6 del procedimiento de Curbelo (2013) para la evaluación de la calidad percibida y la satisfacción de pacientes que reciben servicios en CMF situados en zonas de mayor complejidad en que se trabaja en el municipio de Lajas: Campo de Tiro, Llega y Pon y La Esperanza, La Planta y La Vega.
2. La revisión que se realiza a los diagramas de flujo de los servicios de consulta externa y en el terreno, al diagrama SIPOC y a la ficha de procesos en los Consultorios Médicos de la Familia 14, 18 y 21 de Lajas, permite entregar estos documentos que describen el funcionamiento en cuanto a actividades, relaciones, recursos y capital humano implicado como parte del Sistema de Salud, paso inicial para la gestión por procesos que establece la normativa existente en materia de calidad y que como proyección asume el Sistema de Salud en Cuba y en Cienfuegos.
3. El instrumento que se aplica en la investigación es una propuesta fiable que validan Surí y Puerto (2016), su entrega a 75 pacientes permite que se evalúen los servicios que reciben en los cuatro apartados que lo componen: caracterización, evaluación por listas, generales y sugerencias. Igualmente se determina la satisfacción y se lleva a la escala que resulta del estudio de los referidos autores en los Consultorios Médicos de la Familia.
4. El análisis de los resultados del estudio apunta a que existen 12 variables indicativas de deficiencias en la atención del personal de salud (4 de médicos y 3 de enfermeros) y la infraestructura (5 ítems), estas se asocian al trabajo con grupos priorizados, al trabajo en el terreno, a las condiciones de privacidad en las consultas, a la llegada en

tiempo de los médicos y las explicaciones por impuntualidades, a la preocupación por la situación existente en la comunidad, al cumplimiento de los horarios de apertura y cierre, sobre todo en la tarde, y a la no existencia de baño para pacientes en La Vega. En general, La Planta es donde mayores insatisfacciones se registran, seguida de La Vega. Campo de Tiro y Llega y Pon y la Esperanza son los barrios con situación de vulnerabilidad en que las prestaciones de servicios de salud en el CMF 14 ofrecen más altos niveles de satisfacción.

5. La satisfacción determinada por la ecuación y escala que proponen Surí y Puerto (2016), localiza a los pacientes en el estudio en los máximos niveles, lo que se debe a que las variables con menor puntuación se localizan en infraestructura y esta es la dimensión que menor peso tiene para los pacientes.
6. El análisis de las problemáticas detectadas contrastando los criterios de los pacientes con los del personal de salud, permite profundizar en la definición de sus causas raíces y facilita la proyección de acciones encaminadas a la mejora que son de tipo organizativo y de control, en el orden económico es fundamentalmente la inversión constructiva en La Vega, la que destaca.

Conclusiones generales

CONCLUSIONES GENERALES

Al término de esta investigación se concluye:

1. En Cuba se trabaja para la transformación de las zonas de mayor complejidad, es latente el llamado a aplicar métodos científicos en la gestión, el acercamiento a los pobladores y el trabajo multisectorial enfocado a una mayor satisfacción ciudadana. Conocer la calidad percibida de diferentes servicios y evaluarla como antecedente de dicha satisfacción, es una fuente de retroalimentación esencial para la mejora en prestaciones como las de salud pública en la Atención Primaria, específicamente en los Consultorios Médicos de la Familia.
2. La incidencia en los barrios con situación de vulnerabilidad comienza en Cienfuegos desde 2021 y se definen 101 zonas a transformar, inicialmente se eligen 41, en tal selección trabajan las Asambleas Municipales, pero se requieren herramientas para monitorear al avance en los diferentes sectores que se involucran, entre los fundamentales se encuentra la salud pública, por lo que se decide dar continuidad al estudio de Curbelo (2013) con resultados de impacto previamente alcanzados en materia de evaluación de la calidad percibida y la satisfacción, temáticas sobre las que la literatura reconoce la necesidad de profundización.
3. El procedimiento de Curbelo (2013) que se elige para la investigación es una propuesta que ha mostrado su consistencia lógica, pertinencia, aplicabilidad, adaptabilidad y flexibilidad para desarrollar la evaluación de la calidad percibida y la satisfacción con base en el análisis de los procesos y el enfoque a la mejora continua por lo que se aplica en los cuatro barrios con situación de vulnerabilidad en que se trabaja en Lajas, municipio con mayor número de planteamientos a solucionar de la población.
4. Los servicios de salud que ofrecen los Consultorios Médicos de la Familia situados en zonas de mayor complejidad de Lajas cuentan, luego de esta investigación, con documentación para la gestión por procesos, se verifica la fiabilidad del cuestionario que se aplica, se determina la satisfacción y, empleando una escala previamente válida, se define que los pacientes están entre satisfechos y muy satisfechos, que las principales problemáticas se asocian a la infraestructura y a los barrios La Planta y La Vega.

5. El análisis de causas raíces a las problemáticas detectadas, contrastando los criterios de pacientes y prestadores de servicios, conduce la proyección de acciones de mejora para perfeccionar el trabajo con grupos priorizados y en el terreno, las condiciones de privacidad en las consultas, la llegada en tiempo de los médicos y las explicaciones por impuntualidades, la preocupación por la situación existente en la comunidad, el cumplimiento de los horarios de apertura y cierre y la no existencia de baño para pacientes en La Vega; en todo lo que debe trabajar la Dirección Municipal de Salud de Lajas.

Recomendaciones

RECOMENDACIONES

Se recomienda a la Dirección Municipal de Salud de Lajas, a la Dirección Provincial de Salud y al Gobierno Provincial del Poder Popular:

- Poner en práctica las mejoras propuestas para cada una de las deficiencias detectadas que se asocian a criterios relevantes que poseen los pobladores de las zonas de mayor complejidad de Lajas.
- Continuar con la aplicación del procedimiento en los CMF de las zonas de mayor complejidad objeto de estudio y hacer extensivo este análisis a otros municipios de Cienfuegos.
- Emplear el procedimiento como referente para analizar la calidad percibida en otros sectores con prestaciones en las comunidades.
- Continuar fortaleciendo alianzas con investigadores de la Universidad de Cienfuegos para asesorías en cuanto a los temas abordados en la investigación.
- Socializar los resultados de la investigación en varios espacios de debate en que participen trabajadores de la salud y tomadores de decisiones asociadas al tratamiento de barrios con situación de vulnerabilidad.

Bibliografia

BIBLIOGRAFÍA

- Almeida, A., & Torres, D. (2020). Calidad en la Prestación de Servicios de Salud, en un Hospital de Bucaramanga - Colombia. *Revista Espacios*, 41 (49) 2020 • Art 19. DOI:10.48082/espacios-a20v41n49p19
- Almeida, R., Bourliataux-Lajoine, S., & Martins, M. (2015). Satisfaction measurement instruments for healthcare service users: a systematic review.
- Andaleeb, S., & Conway, C. (2006). Customer satisfaction in the restaurant industry: an examination of the transaction-specific model. *Journal of Services Marketing*, 3–11.
- Ardila, 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.
- Asamblea Municipal del Poder Popular de Santa Isabel de las Lajas. (2022a). Caracterización del Municipio Santa Isabel de las Lajas.
- Asamblea Municipal del Poder Popular de Santa Isabel de las Lajas. (2022b). Descripción de Barrios con situación de vulnerabilidad.
- Asamblea Nacional del Poder Popular. Constitución de la República de Cuba (2019). Recuperado de <http://www.cubahora.cu/uploads/documento/2019/01/05/nueva-constitucion-240-kb.pdf>
- Barragán, J., & Manrique, F. (2010). Validez y confiabilidad del SERVQHOS para enfermería en Boyacá, Colombia. *Avances En Enfermería*, XXVIII(2), 48–61.
- Barragán, J., & Moreno, C. (2013). Calidad percibida por usuarios de enfermería en tres hospitales públicos. *Enfermería Global*. Recuperado de <http://www.um.es/eglobal/>
- Benites, Á., Castillo, E., Rosales, C., Salas, R., & Reyes, C. (2021). Factores asociados a la calidad del servicio en hospitales públicos peruanos, 19 No2. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v19n2/1727-897X-ms-19-02-236.pdf>
- Bolton, N., & Drew, J. (1991). A Multistage Model of Consumers Assessment of Service Quality and Value. *Journal of Customer Research*, 17.
- Borré, Y., Lenis, V., & González, C. (2014). Utilidad del cuestionario SERVQHOS-E para medir calidad percibida de la atención de enfermería. *Revista CES Salud Pública*, V(2), 127–136.
- Borré, Y., & Vega, Y. (2014). Calidad percibida de la atención de enfermería por pacientes hospitalizados. *Ciencia Y Enfermería*, XX(3), 81–94.

- Cáceres, A., & Cruz, S. (2010). Evolución histórica de la Atención Primaria de Salud y su repercusión en la superación profesional. *Revista Cubana de Salud Pública*, 7.
- Camisón, C., Cruz, S., & Gonzáles, T. (2007). *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, G. (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.
- Chang, M., Alemán, M., Cañizares, M., & Ibarra, A. (1999). Satisfacción de los pacientes con la atención médica. *Revista Cubana Medicina General Integral*, 15(5), 541–547.
- Civera, M. (2008). *Análisis de la relación entre Calidad y Satisfacción en el ámbito hospitalario en función del modelo de gestión establecido* (Tesis Doctoral).
- 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>
- Comité Central del Partido Comunista de Cuba. Lineamientos de la política económica y social del Partido y la Revolución 2011-2016 (2011).
- Comité Central del Partido Comunista de Cuba. Lineamientos de la política económica y social del Partido y la Revolución para el período 2016-2021 (2016). Recuperado de <http://www.granma.cu/file/pdf/gaceta/Lineamientos%202016-2021%20Versi%C3%B3n%20Final.pdf>
- Consejo de Ministros-Primer Ministro. (2021). Indicaciones a Gobernantes e Intendentes para la atención diferenciada a barrios de mayor complejidad-PM 337.2021.
- Consejo de Ministros-Primer Ministro. (2021). Anexo 1 de indicaciones a Gobernantes e Intendentes para la atención diferenciada a barrios de mayor complejidad- PM 337.2021-Barrios de complejidad, La Habana.
- Correia, L., & Miranda, G. (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*, 16(2), 27–41.
- Cortiza, 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.
- Cuellar, L. (2015). *Evaluación de la calidad percibida de servicios de estomatología. Caso de estudio: Clínica Estomatológica de Especialidades* (Tesis de Grado). Universidad de Cienfuegos.

- 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.
- De la Fuente, A., Fernández, M., Hoyos, Y., León, C., Zuloaga, C., & Ruiz, M. (2008). Servicio de urgencias de atención primaria. Estudio de calidad percibida y satisfacción de los usuarios de la zona básica de salud Altamira. *Revista de Calidad Asistencial*, 24.
- Díaz, E. (2014). *Evaluación de la calidad percibida de servicios del Hospital Provincial Dr Gustavo Aldereguía Lima de Cienfuegos. Caso de estudio: Unidad Organizativa Clínica* (Tesis de Grado). Universidad de Cienfuegos.
- 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/coursecon/ecolat/cu/2009/dgpg.htm>
- Díaz, Y., & Pons, R. (n.d.). Conceptualización y modelización de la calidad de servicio percibida: Análisis crítico. *Revista Contribuciones a La Economía*, 2009.
- Dirección Municipal de Salud de Santa Isabel de las Lajas. (2022a). Capital Humano en Santa Isabel de las Lajas.
- Dirección Municipal de Salud de Santa Isabel de las Lajas. (2022b). Plan de actividades de los barrios con situación de vulnerabilidad.
- Dirección Provincial de Salud de Cienfuegos. (2012). *Sistema de Salud en Cienfuegos. Caracterización y principales resultados*. Cienfuegos.
- Donabedian, A. (1980). *Explorations in quality assessment and monitoring. The definition of quality and approaches to its assessment*. AnnArbor Mich.
- Duque, E., Cervera, A., & Rodríguez, C. (2006). Estudio bibliométrico de los modelos de medición del concepto de calidad percibida del servicio en Internet. *Revista INNOVAR*, 16, 223–243.
- Enamorado, M. (2017). *Evaluación de la calidad percibida de servicios de asistencia en salud* (Tesis de Grado). Universidad “Carlos Rafael Rodríguez,” Cienfuegos, Cuba.
- Enríquez, S. (2017). *Evaluación de la calidad percibida de servicios de asistencia en salud* (Tesis de Grado). Universidad “Carlos Rafael Rodríguez,” Cienfuegos, Cuba.
- Estopa, J., & Hernández, V. (2003). Cirugía Menor en una consulta de APS. Encuesta de satisfacción de los usuarios. *Revista de La Sociedad Española de Médicos Generales Y de Familia*, (52), 191–196.

- Fajardo, A. (n.d.). *Diseño de un instrumento para la medición de la calidad percibida del Servicio Quirúrgico Ambulatorio del Centro Especializado Ambulatorio de Cienfuegos* (Tesis de Grado). Universidad "Carlos Rafael Rodríguez," 2013.
- Fernández, C. (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.
- Frías, R. (2005). *Diseño y validación de un modelo de gestión del cliente interno en procesos hoteleros* (Tesis de Maestría). Universidad de Matanzas.
- Gálvez, P. (2011). *Cuestionario para evaluar la calidad de servicios deportivos: estudio inicial de las propiedades psicométricas* (Tesis Doctoral). Universidad de Málaga.
- García, A. (2009). *Eficiencia en policlínicos cubanos. Propuesta de un algoritmo para su medición.* (Tesis Doctoral). Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología.
- García, G. (2019). *Evaluación de la calidad percibida y la satisfacción en servicios de atención al adulto mayor del municipio de Cienfuegos* (Tesis de Grado). Universidad "Carlos Rafael Rodríguez," Cienfuegos, Cuba.
- Garzón, G., & Ariza, Y. (2018). *Importancia de la calidad en los servicios de salud y Servqual como método para la medición de la calidad en los servicios de salud.* (Especialización en Gerencia de la calidad y auditoría en servicios de salud). Universidad de Santander-UNDES, Bucaramanga, Santander. Recuperado de <https://repositorio.udes.edu.co/bitstream/001/698/1/Importancia%20de%20la%20calidad%20en%20los%20servicios%20de%20salud%20y%20Servqual%20como%20m%C3%A9todo%20para%20la%20medici%C3%B3n%20de%20la%20calidad%20en%20los%20servicios%20de%20salud..pdf>
- George, R., Gámez, Y., Matos, D., González, I., & Labori, R. (2022). Aspectos fundamentales de la calidad en los servicios de salud. *Información para directivos de la Salud.* Recuperado de <http://www.revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/download/1112/1472>
- Gómez, J., Pérez, A., Moya, M., & Reyes, M. (2004). Satisfacción de los adultos mayores con los servicios de salud en el nivel primario. Recuperado de http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol20_3_04/mgi07304.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.

- 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.
- Govín, J., Scull, G., García, A., & Malvarez, S. (2020). Satisfacción de la población percibida según Análisis de la Situación de Salud. *Revista Electrónica Medimay*. Recuperado de http://www.medimay.sld.cu/index.php/rcmh/article/download/1566/pdf_241
- Grönroos, C. (1982). An applied service marketing theory. *European Journal of Marketing*, Vol.16.No.7.
- Grönroos, C. (1984). A Service Quality Model and Its Marketing Implications. *European Journal of Marketing*, 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.
- Guzmán, M., Machado, R., & Torres, J. (2022). Atención centrada en el paciente hospitalizado para la mejora de la calidad de atención. *Información para directivos de la Salud*. Recuperado de <http://revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/download/1157/1476>
- 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.
- Herrera, M. (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).
- Instituto Argentino de Normalización IRAM. (2003). Esquema A1 de norma IRAM. Guía para la interpretación de la norma ISO 9001:2000 en organizaciones de salud.
- Instituto de Estudios Sociales Avanzados. (2005). Estudio para el servicio Andaluz de salud.
- Juran, J., Blanton, A., Hoogstoel, R., & Schilling, E. (2001). *Manual de Calidad de Juran* (5th ed., Vol. 3). España.
- Landro, L. (2012). Ten Ways Patients Get Treated Better. Recuperado de <http://online.wsj.com/article/SB10001424127887324296604578179723798981586.html>

- Lemus, L., & Borroto, C. (2008). Capítulo 7: Atención Primaria de Salud, Medicina General Integral y Médicos de Familia. In *Medicina General Integral* (Vol. I). Ciencias Médicas.
- Lezcano, L., & Cardona, J. (2018). Evaluación de la Calidad de los Servicios Médicos Según las Dimensiones del SERVQUAL en un Hospital de Colombia. *Archivos de medicina*, 14(4 :4). doi:10.3823/1402
- López, 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.
- Luna, I., & Torres, J. (2021). Análisis de la calidad de servicios públicos de salud con el modelo SERVPERF: un caso en el Istmo de Tehuantepec. Universidad del Istmo, México. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8387461.pdf>
- Márquez, N. (n.d.). *Metodología para evaluar la calidad asistencial a la atención de los ingresados en el hogar* (Tesis Doctoral). Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, 2009.
- Martínez, M. (2006). *La Calidad del Servicio Percibida en Entornos Virtuales de Formación Superior* (Tesis Doctoral). Universidad de Barcelona.
- Martínez-Tur, V., Peiró, J., & Ramos, J. (2001). *Calidad del servicio y satisfacción del cliente: una perspectiva psicosocial*. Madrid: Síntesis.
- Massip, C., Ortiz, R., Llantá, M., Peña, M., & Infante, I. (2008). La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad. *Revista Cubana de Salud Pública*, 30(4).
- Medina, A. (2016). *Evaluación de la calidad percibida de servicios en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Pediátrico Universitario de Cienfuegos* (Tesina). Escuela Provincial del PCC, Cienfuegos.
- Ministerio de Salud Pública. Programa para el Perfeccionamiento Continuo de la Calidad de los servicios hospitalarios, Anexo a la Resolución Ministerial No. 145/2007 (2007).
- Mira, J., Lorenzo, S., Rodríguez-Marín, J., Buil, J., Castell, M., & Vitaller, J. (1998). SERVQHOS: un cuestionario para evaluar la calidad percibida de la atención hospitalaria. *Medicina Preventiva*, IV, 12–18.
- Mira, J., & Aranaz, J. (2000). La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Medicina Clínica*, 114(3), 26–33.
- Mira, J., Aranaz, J., Lorenzo, S., Rodríguez-Marín, J., & Moyano, S. (2001). Evolución de la Calidad Percibida por los pacientes en dos hospitales públicos. *Psicothema*, 13(4), 581–585.

- 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*, 14(4), 291–293.
- 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.
- Noguez, V. (2015). *ISO 9001:2015. El Futuro de la Calidad* (ISOTools Excellence.). Recuperado de www.isotools.org
- Noriero, S., Ávalos, M., & Priego, H. (2020). La evaluación de la calidad en salud desde la óptica de los pacientes. *Información para directivos de la Salud*, 32. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/infodir/ifd-2020/ifd2033p.pdf>
- 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).
- Pabón, M., & Palacio, K. (2020). *Percepción de la Calidad de los Servicios de Salud desde la satisfacción de los usuarios en el hospital local de Sitionuevo Magdalena, período 2017-2019* (Programa de Administración de servicios de salud). Universidad de la Costa, Barranquilla. Recuperado de <https://repositorio.cuc.edu.co/bitstream/handle/11323/6423/PERCEPCI%C3%93N%20DE%20LA%20CALIDAD%20DE%20LOS%20SERVICIOS%20DE%20SALUD.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Padrón, L. (2017). *Evaluación de la calidad percibida en los servicios de la atención primaria de salud* (Tesis de Grado). Universidad “Carlos Rafael Rodríguez,” Cienfuegos, Cuba.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V., & Berry, L. (1985). A Conceptual Model of Service Quality and its Implications For Future Research, 49.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V., & Berry, L. (1988). SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality, *Journal of Retailing*, 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*, 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.*, 16(3), 36–42.
- Poder Popular Cienfuegos, S. del G. P. del. (2021). *Atención a las comunidades de mayor complejidad en Cienfuegos*.
- Poder Popular Cienfuegos, S. del G. P. del. (2022a). *Atención a los barrios con situaciones de vulnerabilidad en Cienfuegos*.
- Poder Popular Cienfuegos, S. del G. P. del. (2022b). *Atención a los barrios con situaciones de vulnerabilidad en Cienfuegos-Plan general*.
- Portal, J. (2022). Salud Pública en Cuba: el reto de aprovechar todas las experiencias de la COVID-19. *Información para directivos de la Salud*. Recuperado de <http://revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/download/1205/1460>
- Quintuña, M. (2021). Factores asociados a la calidad de atención al paciente durante la pandemia por Sars-Cov-2/Covid -19. *RECIMUNDO*, (Saberes del Conocimiento), 118–125. doi:10.26820/recimundo/5.(esp.1).nov.2021.118-125
- Ramos, B. (2004). *Control de Calidad de la Atención de Salud*. La Habana, Cuba: Editorial Ciencias Médicas.
- Rangel, R. (2005). *Diseño e Implementación de un Sistema de gestión de la Calidad en la Oficina Nacional de Administración Tributaria* (Tesis de Maestría). Universidad de Matanzas (Camilo Cienfuegos).
- Riveros, S., & Berne, M. (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. (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, G. (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.
- 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.

- 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*, 88.
- Secretaría del Gobierno Provincial del Poder Popular Cienfuegos. (2021). *Atención a las comunidades de mayor complejidad en Cienfuegos*.
- Secretaría del Gobierno Provincial del Poder Popular Cienfuegos. (2022a). *Atención a los barrios con situación de vulnerabilidad*.
- Secretaría del Gobierno Provincial del Poder Popular Cienfuegos. (2022b). *Atención a los barrios con situaciones de vulnerabilidad en Cienfuegos*.
- 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 "Carlos Rafael Rodríguez," Cienfuegos, Cuba.
- Valls, W., Vigil, E., Yera, K., & Romero, A. (2002). Modelo RESORTQUAL para la Evaluación de la Calidad Percibida del Servicio en un destino Turístico de Sol y Playa.
- Varo, J. (1993). *Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria*. Madrid (España): Díaz de Santos.
- Villagarcía, E., Delgadillo, L., Argüello, F., & González, L. (2016). Percepción usuaria de la calidad en los servicios de salud del ISSEMyM. *Horizonte sanitario*, 15(3).
doi:10.19136/hs.v16i1.1446
- Yesilada, F., & Direktör, E. (2010). Health care service quality: A comparison of public and private hospitals. *African Journal of Business Management*, 4, 962–971.

Anexos

Anexo 1: Cantidad de artículos consultados

Fuente: Elaboración propia

Tabla 1: Artículos consultados para la investigación

Fuente	Cantidad de artículos/trabajos	País
Cambridge	1	Colombia
Ebsco	9	Colombia, Perú
Elservier	50	España, Estados Unidos
Emerald	1	Colombia
Latindex	7	Perú, España, Cuba
Medline	2	España
Pubmed	9	España, Estados Unidos
Sage	11	España, Chile
Scielo	71	Perú, Venezuela, Cuba
Scopus	4	España
Infomed	11	Cuba
Otras revistas	7	España, Kuwait, Perú
Libros	15	España, Estados Unidos, Cuba, México, Bolivia, Perú
Publicaciones en instituciones	15	Chile, Cuba, España, Perú, España, Colombia, Costa Rica, Estados Unidos
Tesis	23	El Salvador, España, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Perú
Web de Escalas	6	Estados Unidos
Compilación de la ENSAP	62	Cuba, España, Argentina, Escocia, Estados Unidos, Finlandia, México
Totales	304	

Tabla 2: Artículos utilizados como referencia en la investigación

Fuentes	Cantidad de artículos revisados sobre el tema por año						
	1980-2000	2001-2005	2006-2010	2011-2013	2014-2016	2017-2022	Total
Artículos	6 (1 de Cuba)	12 (3 de Cuba)	14 (2 de Cuba)	5	4	11 (6 de Cuba)	52
Libros	4	3 (1 de Cuba)	4	1	-	1	13
Tesis	-	2 (2 de Cuba)	9 (3 de Cuba)	7 (4 de Cuba)	1	2	21
Publicaciones seriadas de instituciones	-	3	1	2 (1 de Cuba)	2		8

Web de escalas	-	-	-	1			1
Normas					1		1
Totales	10	20	28	16	8	14	96
Bases de datos Consultadas	Cambridge, Ebsco, Elsevier, Emerald, Infomed, Latindex, Medline, Pubmed, Sage, Scielo, Scopus						
Países	Chile, España, Perú, Colombia, Estados Unidos, Inglaterra, Portugal, Cuba, México						

Anexo 2: Características de los servicios

Fuente: (Curbelo, 2013)

Características	Descripción
Intangibilidad	Los servicios no son objetos físicos, aunque como ya se ha señalado, pueden estar asociados a estos. Su mayor o menor peso específico dependerá siempre del tipo de servicio de que se trate (Frías, 2005). No son objetos, son más bien resultados (Civera, 2008). Son prestaciones y experiencias más que objetos (Gálvez, 2011).
Heterogeneidad	Se refiere a la imposibilidad de generalizarlos. Están sujetos a una alta variabilidad. Los servicios están sometidos a una alta dependencia, directa o indirecta, del factor humano (Frías, 2005), los resultados varían con frecuencia según el proveedor y el consumidor (Gálvez, 2011). Por lo anterior, es difícil asegurar una calidad uniforme dado que lo que la empresa cree prestar puede ser muy diferente de lo que el cliente percibe que recibe de ella (Civera, 2008).
Inseparabilidad o simultaneidad entre producción y consumo	Coincidencia del tiempo de producción y el tiempo de consumo (Frías, 2005). El servicio se elabora, comercializa y consume al mismo tiempo por lo que la calidad de los servicios se produce durante su entrega o prestación (Gálvez, 2011).
Producción del valor esencial en la interacción comprador-vendedor	Es en el momento de la interacción cliente- proveedor en que se da el servicio y en este se debe centrar la atención por la caducidad que le caracteriza mientras en el caso de los bienes físicos el valor esencial se produce en la fábrica (Grönroos, 1994).
Mayor participación del cliente	El cliente es esencial dado que participa en la producción del servicio mientras en el caso de los bienes físicos los clientes normalmente no están presentes en el proceso productivo (Grönroos, 1994).
Logro de un proceso o actividad	El resultado de la producción es un bien físico y en los servicios se trata de un proceso o actividad (Grönroos, 1994) con cierto valor para las dos partes que participan, o sea, para clientes y proveedores.
Caducidad o carácter perecedero	Los servicios son perecederos puesto que no pueden almacenarse, es decir, pueden repetirse, pero no recobrase (Gálvez, 2011).
Propiedad temporal e intransferible	Como consecuencia del carácter perecedero, al adquirir un bien de consumo el usuario posee la propiedad del bien, mientras que, en el caso de los servicios, el usuario sólo disfruta de los mismos de forma temporal (Gálvez, 2011).

Anexo 3: Modelo SERVQUAL, escala, dimensiones y aplicaciones

Fuente: Elaboración propia a partir de Frías (2005), Martínez (2006), Díaz y Pons (2009) y Curbelo (2013)

SERVQUAL se basa en el paradigma de la disconformidad y sus autores han creado la teoría de los Cinco Gaps que constituyen la esencia del modelo. Los estudios al respecto iniciaron con las publicaciones de Parasuraman, Zeithaml, y Berry (1985) que luego fueron enriqueciendo con posteriores trabajos en 1988 y 1993, por citar los más importantes.

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 y en la parte inferior sobre el servicio que va a recibir.

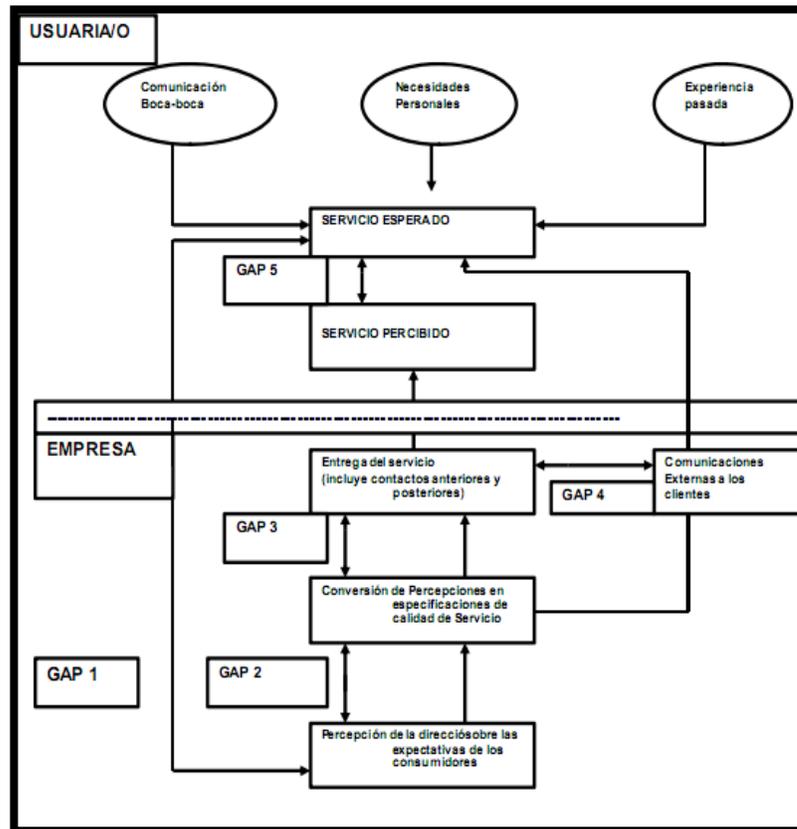


Figura 1: Modelo SERVQUAL

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.

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.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Comunicación descendente. ✓ Propensión a prometer en exceso.
Diferencia entre las expectativas y	Depende de las deficiencias anteriores y puede

percepciones de los consumidores.	ser evaluada considerando cinco dimensiones: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Elementos tangibles. ✓ Capacidad de respuesta. ✓ Fiabilidad. ✓ Seguridad. ✓ Empatía.
-----------------------------------	---

En relación con este modelo resumen Curbelo (2013) citando a los autores que se precisan:

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).

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 2.

Tabla 2: Dimensiones del cuestionario SERVQUAL

Dimensiones	Ítems
<p>Elementos tangibles Apariencia de las instalaciones físicas, equipos, personal y materiales de comunicación.</p>	<p>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.</p>
<p>Fiabilidad Habilidad para ejecutar el servicio prometido de forma fiable y cuidadosa.</p>	<p>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.</p>
<p>Capacidad de respuesta Disposición para ayudar a los clientes y prestarles un servicio rápido.</p>	<p>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.</p>
<p>Seguridad Conocimiento y atención de los empleados y su habilidad para inspirar credibilidad y confianza.</p>	<p>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>
<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. 19. La empresa de servicios tiene horarios de trabajo convenientes para todos sus clientes. 20. La empresa de servicios tiene empleados que ofrecen una atención personalizada a sus clientes. 21. La empresa de servicios se preocupa por los mejores intereses de sus clientes.</p>

22. La empresa de servicios comprende las necesidades específicas de sus clientes.
--

Según Parasuraman, Zeithaml, y Berry (1988) para evaluar la calidad de un servicio es necesario calcular la puntuación 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, así lo destaca 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 Martínez (2006) menciona por ejemplo: dificultades a la hora de completar el cuestionario y distinguir entre algunos de los ítems, las percepciones sobre la calidad del servicio varían en función del contexto cultural y geográfico de los consumidores, la orientación al realizar la evaluación para determinar los Gaps no era clara y tendía a confundir a quienes participaban en las investigaciones, es por todo ello que 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 abordan Martínez (2006) y Díaz y Pons (2009) que se presentan en las Tablas 3 y 4.

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)	Clínica dental, escuela de negocios, venta de neumáticos
Bresinger y Lambert (1990)	Transportistas de motores
Bojanic (1991)	Empresa de contabilidad
Saleh y Ryan (1991)	Servicios hospitalarios
Finn y Lamb (1991)	Supermercados
Fick y Ritchie (1991)	Viajes y turismo
Babakus y Boller (1992)	Empresa suministradora de gas y electricidad
Babakus y Mangold (1992)	Servicios hospitalarios
Lytle y Mokwa (1992)	Servicios sanitarios
Saleh y Ryan (1992)	Hoteles
Bouman y van der Wiele (1992)	Servicio de reparación de automóviles
Cronin y Taylor (1992)	Bancos, control de plagas, tintorerías y <i>fast food</i>
Teas (1993)	Centros comerciales
Boulding <i>et al.</i> (1993)	Universidad
Richard y Allaway (1993)	Servicio de reparto a domicilio de pizza
Fisk <i>et al.</i> (1993)	Ventas <i>online</i>
Ford <i>et al.</i> (1993)	Universidad
Freeman y Dart (1993)	Empresas de contabilidad
Baker y Lamb (1993)	Servicios de arquitectura
O'Connor (1994)	Servicios sanitarios
McAlexander (1994)	Clínica dental
Hill (1995)	Educación superior
Cuthbert (1996)	Educación superior
Belloch <i>et al.</i> (1996)	Agencias de viaje
Owlia y Aspinwall (1996)	Educación superior
Soutar y McNeil (1996)	Educación superior
Saurina (1997a, 1997b)	Servicios bancarios
Kettinger y Lee (1997)	Servicios <i>online</i>
Ryan y Cliff (1997)	Agencias de viaje
Fernández <i>et al.</i> (1997)	Servicios públicos
Fernández (2000)	Servicios bancarios
Oldfield y Baron (2000)	Educación superior
Bou y Camisón (2000)	Distribuidores productos cerámicos
van Iwaarden y Wiele (2003)	<i>E-business</i>
O'Neill <i>et al.</i> (2004)	Biblioteca universitaria <i>online</i>
Nagata <i>et al.</i> (2004)	Biblioteca universitaria
Ugboma <i>et al.</i> (2004)	Servicios portuarios

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 4: 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.

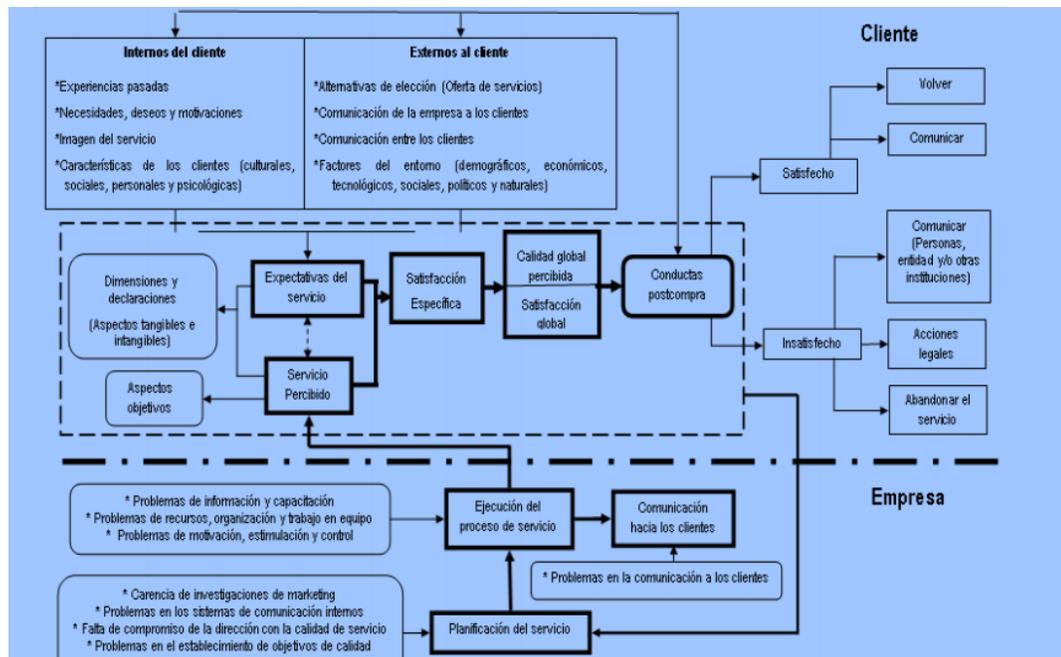


Figura 1: Modelo metodológico sobre calidad de servicios percibida en empresas cubanas de servicios

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.

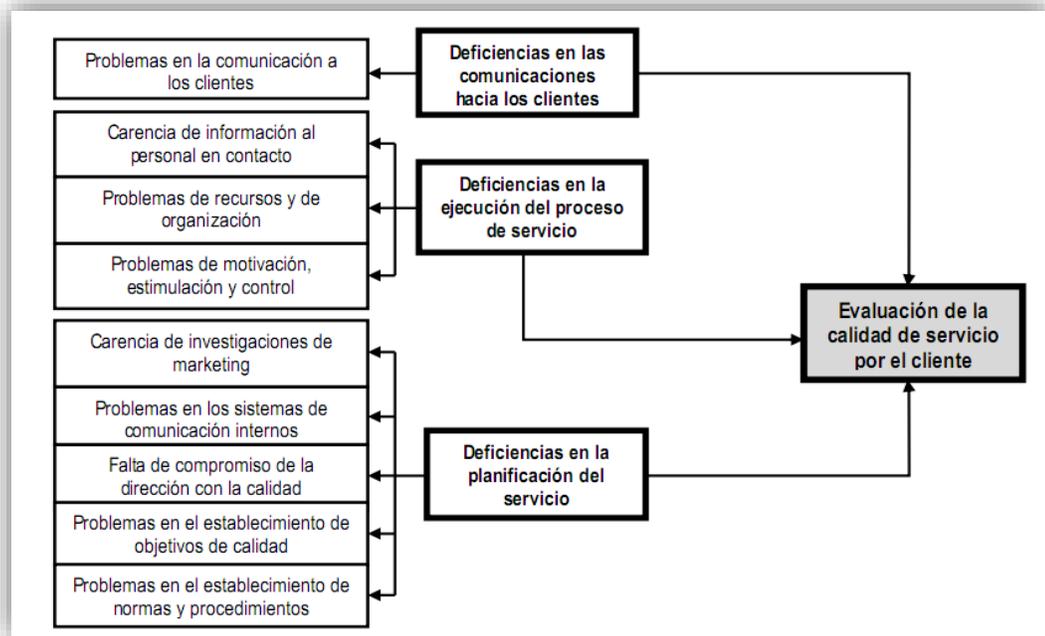
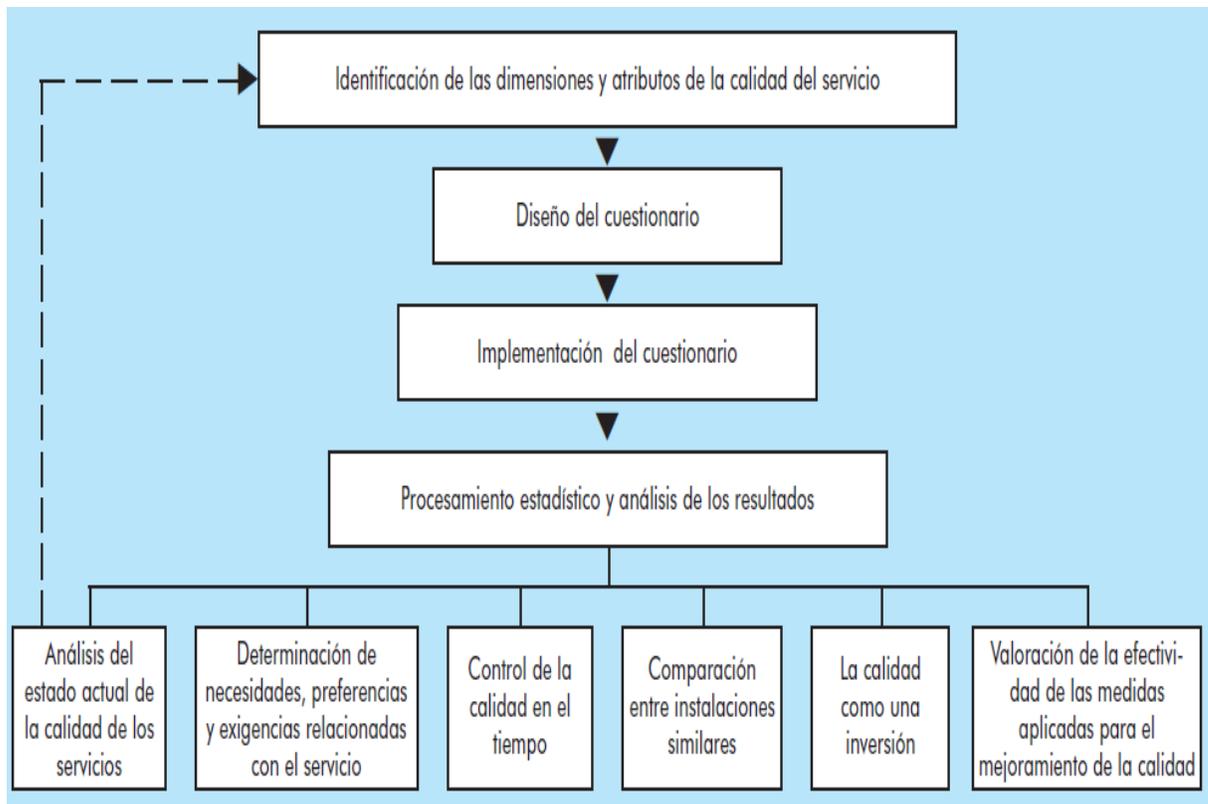


Figura 2: Deficiencias que inciden en la calidad de servicios percibida

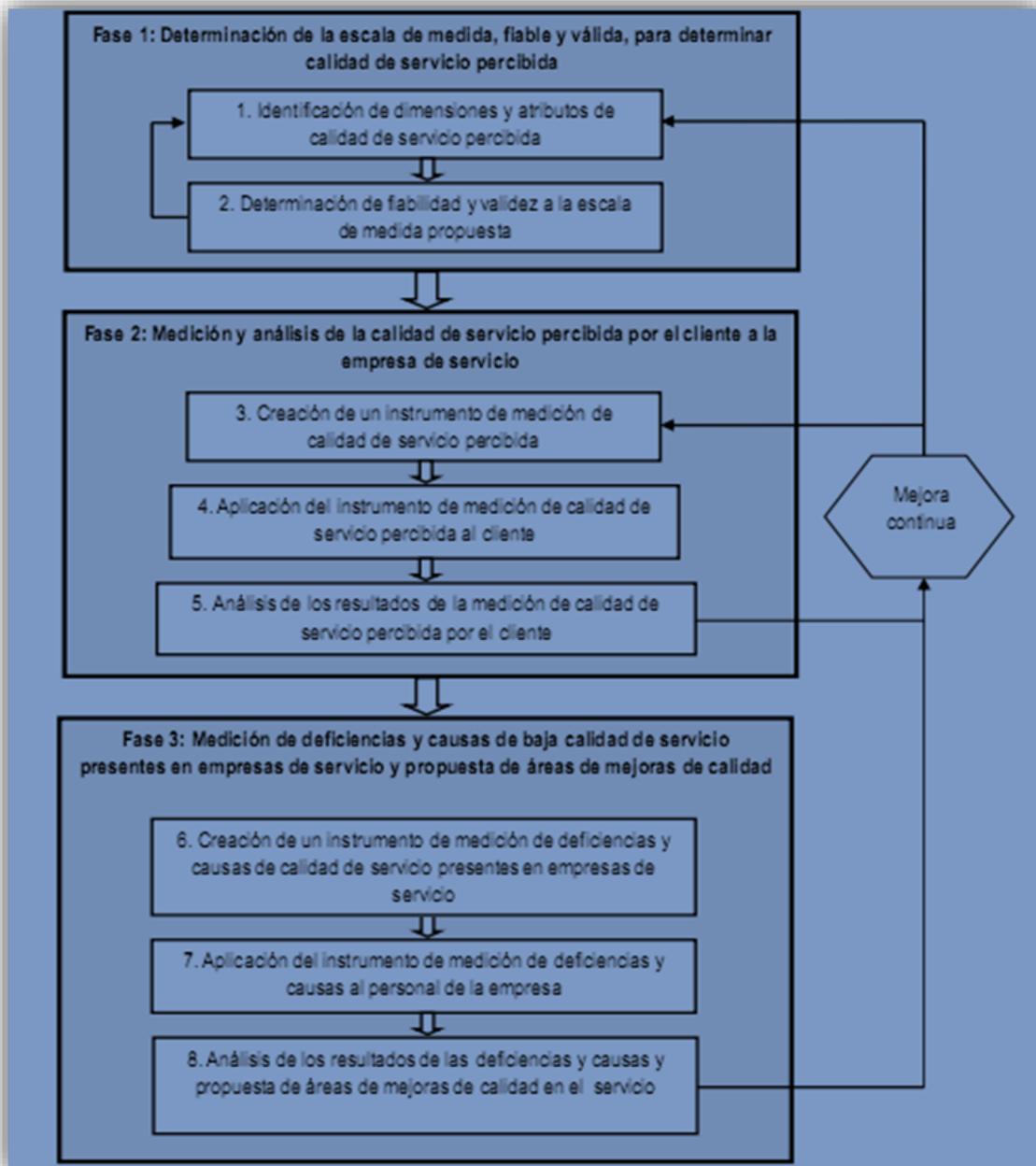
Anexo 5: Procedimiento para la evaluación de la calidad percibida de servicios de restauración

Fuente: (Santana y Lorente, 2004)



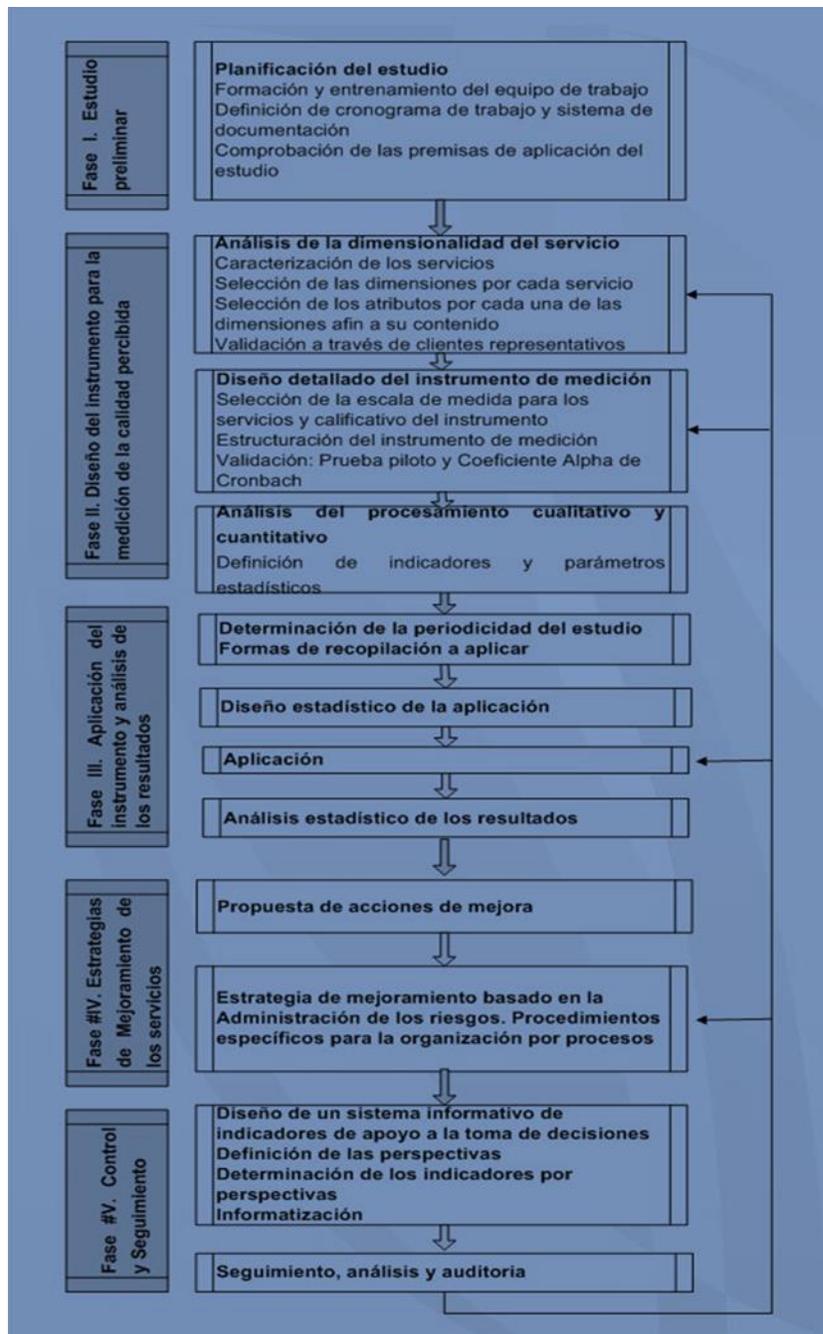
Anexo 6: Procedimiento para la evaluación de la calidad de servicios percibida en empresas cubanas de servicios

Fuente: (Díaz y Pons, 2009)



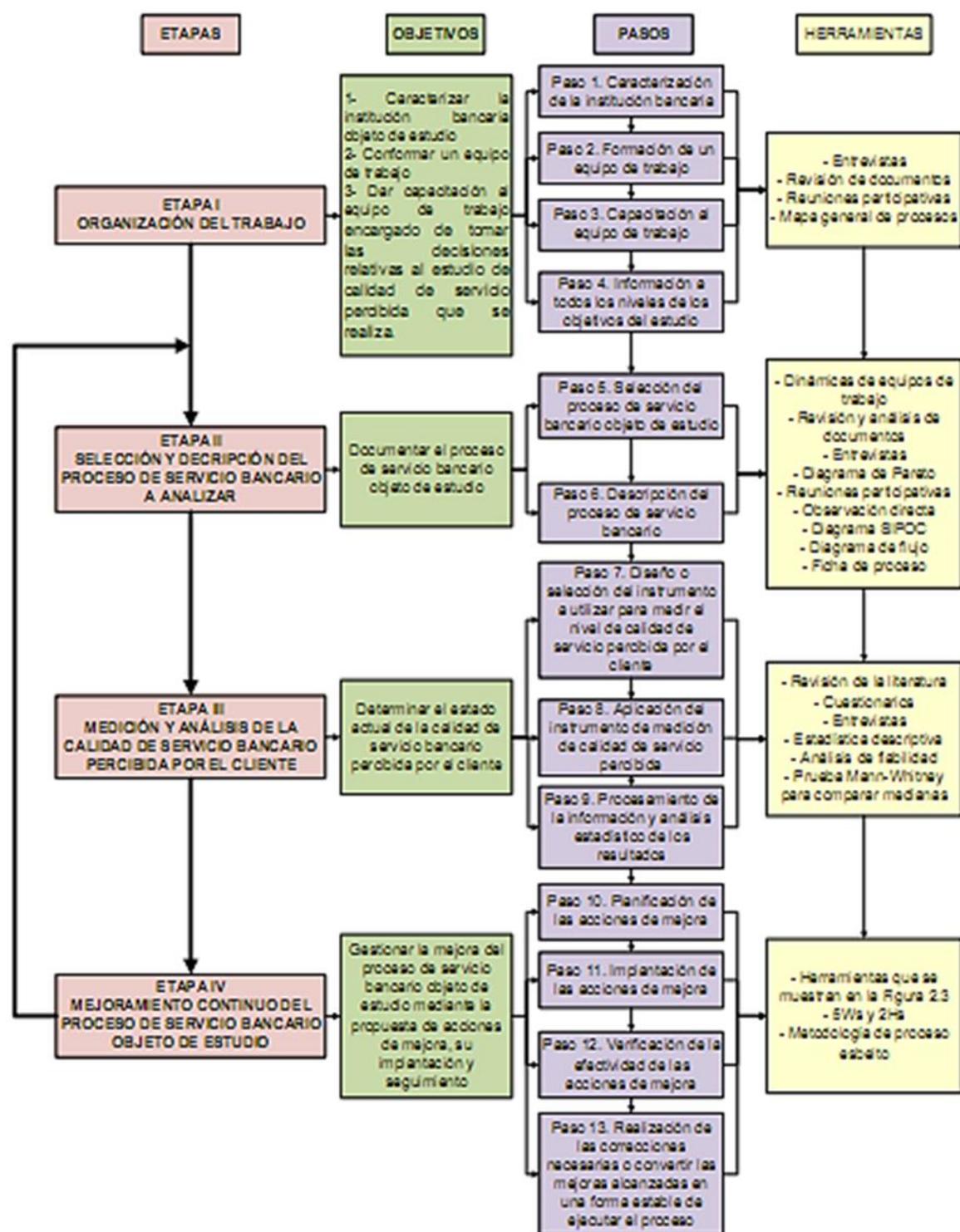
Anexo 7: Procedimiento para la medición de la calidad percibida, el mejoramiento y control de los servicios en Desoft S.A

Fuente: (Moreno, 2010)



Anexo 8: Procedimiento para evaluar la calidad percibida de servicios bancarios

Fuente: (González, 2013)



Anexo 9: 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 al. (2007)	651	Hospital universitario	Validación	Satisfacción de los Usuarios de las Consultas Externas (SUCE)	Bidimensional
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	Multidimensional

				Inpatient Care (I-PAHC); Patient Assessment of Healthcare for Outpatient Care (O-PAHC))	(7)
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 10: Estudios compendiados para diferentes servicios en instituciones de salud

Fuente: (Enríquez, 2017)

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	1093	Hospital	Colombia	Cuestionario SERVQHOS-E validado	Bidimensional

(2013)	usuarios			por (Mira, Aranaz, Rodríguez-Marín, Buil, 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 Torres (2003)	9936 usuarios	Hospitales	México	Validación de cuestionario	Multidimensional (6)
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 Vallenas (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 usuarios	Farmacias comunitarias	Chile	Validación de cuestionario	Unidimensional
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	235 usuarios	Servicio de urgencia y	España	Validación de cuestionario	Unidimensional

y Ruiz (2008)		Atención Primaria			
Superintendencia de Salud de Chile (2011)	53 usuarios	Consultorios públicos	Chile	Validación de cuestionario	Multidimensional (5)
Chang, Alemán, Cañizares e Ibarra (1999)	328 usuarios	Policlínicos	Cuba	Validación de cuestionario	Multidimensional (3)
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 11: Definiciones de EBT y GBT

Fuente: Elaboración propia a partir de (Colectivo de autores MINSAP, 2011)

Equipo Básico de Salud (EBS)	Grupo Básico de Trabajo (GBT)
<p>Es el máximo responsable de la salud de su población y brinda en este sentido atención médica integral y dispensarizada al individuo, la familia, la comunidad y el ambiente. Está conformado por un médico y una enfermera (o) de la familia quienes desarrollan su trabajo en el consultorio, siendo el primero de ambos el jefe del equipo. La población a atender por cada EBS no debe exceder los 1500 habitantes, en caso de que sea menor que 300 no contarán con la presencia de un médico sino con una enfermera de nivel superior y si es necesario recibirá atención del médico del consultorio más cercano.</p> <p>Las actividades a desarrollar por el EBS incluyen las que se declaran en los objetivos específicos del Programa del médico y enfermero de la familia, teniendo en cuenta además la realización de acciones concretas con grupos poblacionales priorizados como: gestantes, puerperio, niños, adultos mayores y donantes de sangre. Todo ello a partir de actividades en el consultorio y en el terreno (comunidad).</p> <p>El Equipo Básico de Trabajo brinda Atención integral, integrada y continua a los enfermos en su domicilio (hogar),</p>	<p>Es una unidad organizativa del policlínico conformada por un número de EBS que no debe exceder de 20, este tiene funciones asistenciales, docentes, investigativas y administrativas. La composición del GBT en cuanto a la cantidad de especialistas se ajusta a las características de la comunidad, pero generalmente incluye: EBS, un especialista de Medicina Interna, uno de Ginecología y Obstetricia, uno de Pediatría, un Licenciado en Psicología, un Licenciado en Enfermería (Supervisor), un estomatólogo, un técnico en Estadística y uno o dos técnicos de Higiene y Epidemiología.</p> <p>Al equipo de trabajo se suman los estudiantes de medicina, enfermería y tecnologías de la salud. Los especialistas mencionados son los que realizan las interconsultas en los diferentes consultorios incluidos en su GBT, en caso de requerirse otras especialidades las consultas se ofertan en el policlínico.</p>

siempre que las condiciones o evolución de su afección no precisen de la infraestructura hospitalaria ni asistencia compleja, pero si de encamamiento, aislamiento o reposo, con el propósito de mejorar la calidad de la atención y elevar el nivel de satisfacción de la población con los servicios que se brindan en la APS y en particular por el Equipo Básico de Salud, a esto se le denomina ingreso en el hogar.

Anexo 12: Premisas para el trabajo en la APS

Fuente: Elaboración propia a partir de (Colectivo de autores MINSAP, 2011)

Instituciones	Responsabilidades
<p>Consultorio</p> <p>Garantizar que cada equipo de salud realice las actividades relacionadas con:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La atención médica integral con enfoque biopsicosocial utilizando, como modo de actuación, la integración y aplicación de los métodos clínico y epidemiológico, con adherencia a los protocolos y guías prácticas vigentes. • El seguimiento a los pacientes que su dolencia lo requiera, hasta concluir con el control de esta. • El proceso de dispensarización, el que permite la planificación de actividades individuales y colectivas, según necesidades sentidas y reales de la población. • Registrar a todos los pacientes atendidos en consultas o terrenos en la hoja de consulta y la envía al departamento de estadísticas de forma oportuna. • La coordinación de la atención de sus pacientes en cualquier nivel del sistema nacional de salud. • La participación como asesores técnicos en las reuniones y espacios de convocatoria de su comunidad y establecer relaciones de trabajo con las organizaciones de masas de la comunidad para facilitar las actividades de promoción, prevención y de vigilancia de los eventos de salud. • Definir las tareas a realizar por parte de las brigadistas sanitarias. • El cumplimiento de las interconsultas establecidas o las que surjan por criterio médico, ya sea con especialidades del Grupo Básico de Trabajo u otras. • El ingreso en el hogar (IH), según los principios y requisitos establecidos.

- El Análisis de la Situación de Salud como elemento básico en el mejoramiento del estado de salud de su comunidad, el que realizará anualmente.
- El plan de prevención y enfrentamiento para situaciones excepcionales y para la defensa.
- El proceso docente de pregrado y posgrado en las carreras y especialidades de las ciencias de la salud.
- El desarrollo de investigaciones científicas que respondan fundamentalmente a la solución de los problemas de salud de su población, identificados en el Análisis de la Situación de Salud u otras aprobadas por el consejo científico.
- El control de los recursos materiales, de manera particular en la vigilancia del uso y seguridad de los medicamentos, cumpliendo con lo establecido.
- La custodia y cuidado de las historias clínicas individuales y de salud familiar, archivando las individuales según lo que establece la Dirección Nacional de Estadísticas.
- El registro en las historias clínicas de todas las acciones realizadas.
- Los procedimientos básicos, diagnósticos y terapéuticos más frecuentes, utilizándolos con racionalidad, solo de ser necesarios.
- EL fomento de la autorresponsabilidad con la salud, logrando que las personas, con apoyo de su familia y la comunidad, velen por su propia salud.
- La remisión al estomatólogo de la población, con énfasis en los grupos priorizados y en el control de la atención de estos.
- Las prioridades del terreno médico, son:
 - Solicitud de visita al hogar.
 - Ingreso en el hogar.
 - Pacientes postrados crónicos, con cuidados paliativos y terminales.
 - Gestantes, recién nacidos, lactantes, enfermos crónicos que resulten inasistentes a consultas.
 - Visitas al hospital, cuando lo considere necesario.
 - Visitas a la familia, priorizando las familias disfuncionales.
- El Equipo Básico de Trabajo, será el responsable de la ejecución del contenido de este programa en su comunidad, con el apoyo de su área de salud y en especial de los

	<p>especialistas que conforman su Grupo Básico de Trabajo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lograr la condición de Colectivo Moral, como máxima expresión de la satisfacción de la población y del Equipo Básico de Trabajo.
<p>Policlínico</p>	<p>En cada policlínico se garantizará:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Como primera prioridad, la cobertura médica y de enfermería de los consultorios; no puede haber consultorio sin médico y enfermera(o). • Que el Equipo Básico de Trabajo permanezca el mayor tiempo posible laborando en su comunidad, garantizando la estabilidad del personal de salud y el funcionamiento del consultorio, por lo que se hace necesario no programar reuniones u otras actividades antes de la 5:00 p.m., exceptuándose solo de esta programación las sesiones docentes para los residentes y profesores (4 h semanales, preferiblemente en el horario vespertino o los sábados) y la reunión del Grupo Básico de Trabajo (4 h mensuales). • La reserva médica y de enfermería para ausencias prolongadas (licencias de maternidad, certificados médicos por más de 30 días) de algún miembro del Equipo Básico de Trabajo. El número de reservas se determinará según necesidades del territorio (una reserva por cada 5 a 10 CMF) y estará subordinada al Vicedirector de Asistencia Médica. • Que la reserva brinde sus servicios en cualquier policlínico del municipio donde existan problemas asistenciales. • Que los Equipos Básicos de Trabajo más preparados, sean ubicados en las comunidades más complejas. • El trabajo de los dúos y tríos con el objetivo de garantizar la asistencia médica a la población. • Organización de la guardia médica, de forma tal que cumpla con su función docente y asistencial, al incorporar en esta a los residentes y estudiantes junto a sus profesores, según el plan de estudio vigente, evitando la permanencia de más de tres estudiantes por médico de guardia. • Las enfermeras(os) de consultorios, una vez al mes, laborarán en el servicio de urgencias del policlínico no más de 6 h en horarios de alta demanda del servicio y fines de semana, después de cumplir con su jornada laboral, con el objetivo de mantenerse

actualizadas en la atención a la urgencia y emergencia médica.

- Que los días de guardia médica, docencia, consultas deslizantes, terrenos médicos y afectaciones de los servicios no coincidan en los integrantes de los dúos y los tríos.
- La permanencia de los médicos y enfermeras(os) en zonas de difícil acceso pertenecientes o no al Plan Turquino. No se les debe programar guardia en el policlínico, la realizarán en su propio consultorio y el proceso docente del médico será la autopreparación durante ese año.
- La ubicación de los recién graduados en zonas de difícil acceso pertenecientes o no al Plan Turquino que no estén acreditados para la docencia.
- Que los consultorios del médico y enfermera(o) de la familia que reúnan los requisitos, sean certificados para el cumplimiento de las actividades docentes.
- La evaluación del programa debe ser garantizada por los profesores del Grupo Básico de Trabajo y la dirección del policlínico y el municipio.
- Esta está dirigida fundamentalmente a medir los resultados alcanzados, dados por los cambios favorables en la salud de la población, y se realizará mediante la evaluación del desarrollo del proceso docente asistencial, el Análisis de la Situación de Salud de su comunidad, la satisfacción de la población con los servicios prestados y la de los prestadores, fundamentalmente.
- La información estadística se recogerá a partir de la hoja de actividades de medicina familiar (modelo 18-145) y de la historia de salud familiar (modelo 54-50). El procesamiento de los datos se garantizará por el departamento estadístico del policlínico, el cual suministrará mensualmente los consolidados de las acciones de cada uno de los Equipos Básicos de Trabajo y retroalimentará a estos.
- La planificación de los recursos financieros, humanos y materiales, para la ejecución del programa y para el mantenimiento, la reparación y la reposición de la infraestructura y la tecnología médica y no médica.
- Debe asegurarse que los profesores de las especialidades básicas, cumplan las solicitudes eventuales de consultas realizadas por los médicos de la familia fuera de los días programados.
- El resto de las especialidades se ofertarán en el policlínico, salvo que, por necesidad de

	<p>los pacientes o por interés del médico de la familia, se solicite el traslado del especialista al consultorio o al hogar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los Programas de Mantenimiento Preventivo Planificado y de Reparación que permitan la preservación de la infraestructura, la tecnología y los sistemas ingenieros. • La adecuada capacitación y preparación del personal en la manipulación de la tecnología médica que contribuya al uso racional y a la sostenibilidad del equipamiento. • Un programa sistemático para la recuperación y mantenimiento del mobiliario clínico y no clínico de las instituciones. • El policlínico prestará los servicios necesarios por el Equipo Básico de Trabajo y regionalizará los servicios para diagnóstico y tratamiento de alto grado de especialización o con los que no cuente en su institución. • Los servicios estomatológicos garantizarán la atención de todos los pacientes remitidos por el médico de familia y considerará sus criterios para la socialización de la prótesis dental. • Los estomatólogos vinculados a los Grupos Básicos de Trabajo participarán en el Análisis de la Situación de Salud de los consultorios a los cuales se vinculen.
<p>Hospital</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estimulará y facilitará las condiciones necesarias para la participación de los médicos y enfermeras(os) de la familia en la atención integral a los pacientes hospitalizados. • Facilitará la realización de pruebas diagnósticas especializadas, que el médico de la familia considere necesarias, cumpliendo el protocolo hospitalario vigente para cada estudio, previa discusión del caso con el equipo de atención del hospital. • Garantizará la contrarreferencia al egreso hospitalario y de las consultas ambulatorias • La proyección comunitaria del hospital se realizará proporcionando las especialidades que den respuesta a las necesidades estudiadas en la población y a la formación y perfeccionamiento de los recursos humanos, tanto en el uso de sus escenarios docentes, como su participación en el claustro de profesores del policlínico. • Garantizará la participación en la reunión de integración, para evaluar el cumplimiento del trabajo conjunto del hospital con sus policlínicos. • Participará de conjunto con las áreas de salud que tributan al hospital, en el Análisis de la Situación de Salud y sus respuestas.

Anexo 13: Contribuciones de diferentes autores a la evaluación de la calidad percibida en servicios de APS

Fuente: Elaboración propia

Ítems incluidos en los cuestionarios	Criterios de diferentes autores							
	Chang et al. (1999)	Estopa y Hernández (2003)	Gómez et al. (2004)	Institutos de Estudios Sociales Avanzados (2005)	Fuente et al. (2008)	Superintendencia de Salud (2011)	Pérez y García, (2005)	López (2013)
El personal en el centro se encuentra identificado correctamente (batas, tarjetas de identificación) para saber su profesión				x				
Disponibilidad de médicos en los servicios				x	x			
Trato de los médicos	x							x
Preparación de los médicos					x			
Respeto con que ha tratado el médico al paciente				x		x		
Amabilidad en el trato del médico				x		x		
Confianza con la asistencia (médicos, enfermeros u otro personal) que se presta en el centro de salud				x			x	
Interés en la atención al problema de salud del paciente por parte del médico				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		x	x	x		x

La consulta es ofrecida por los médicos habituales				x				
Escucha del médico al paciente				x				
Posibilidad que ofrece el médico de opinar sobre un determinado tratamiento				x				
Confidencialidad de los datos clínicos del paciente				x				
Privacidad de la consulta con el médico				x				x
Cuando su médico/a le deriva al especialista por primera vez, le consiguen o gestionan la cita desde este centro				x				
Información sobre cómo acudir a otros servicios o instituciones para completar diagnóstico y(o) tratamiento								x
Disponibilidad de enfermeros en los servicios					x			
Trato de los enfermeros	x							x
Preparación de los enfermeros					x		x	
Preocupación de los enfermeros por cada caso							x	
Respeto con que ha tratado el personal de enfermería al paciente				x		x		
Amabilidad en el trato del personal de enfermería				x		x	x	
Escucha del personal de enfermería al paciente				x				
Información brindada por el personal de enfermería entendible para el paciente sobre la situación de salud, procedimientos, tratamiento, exploraciones físicas, pruebas diagnósticas, entre otras posibles				x	x	x	x	x

inquietudes de los pacientes								
La consulta es ofrecida por los enfermeros habituales				x				x
Privacidad de la consulta con el enfermero				x				x
Posibilidad que ofrece el enfermero de opinar sobre un determinado tratamiento				x				
Respeto con que ha tratado el personal administrativo							x	
Amabilidad en el trato del personal administrativo							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				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
Horario de consultas adecuados				x			x	
Tiempo para la solución de problemas de salud de los pacientes desde el diagnóstico		x						
Tiempo de espera para la cita				x				
Puntualidad de las consultas							x	
Tiempo de espera para la consulta el día que tiene cita				x				
Tiempo de consulta del médico				x	x			x

Tiempo de consulta del enfermero (procederes de enfermería)				x	x		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
Disponibilidad de personal administrativo					x			
Facilidad para obtener cita en el centro de salud				x		x		
Facilidad para resolver asuntos administrativos (de trámites y de papeles) en el centro de salud				x				
Organización del trabajo en el centro de salud	x			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	x		x
Existencia de un lugar para tomar								x

agua								
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
Limpieza e higiene de la sala		x		x				
Limpieza de las salas de espera					x	x		
Limpieza de la consulta de urgencias					x			
Estado de los baños								x
Higiene de los baños				x		x		x
Limpieza de los pasillos						x		
Confort en el centro de salud	x							
Espacio en el centro de salud				x				
Espacio en las salas de espera					x			
Espacio en la consulta de urgencias					x			
Condiciones de la sala de observaciones								x
Condiciones del área de emergencias								x
Comodidad de las salas de espera				x		x		
Muebles para pacientes en las salas de espera								x
Comodidad de los asientos en las salas de espera					x			x
Muebles para pacientes en la consulta								x
Comodidad de los asientos en la consulta								x
Comodidad de los asientos en la consulta de urgencias					x			
Iluminación en el policlínico								x
Ventilación en el centro de salud				x				x

Ventilación en las salas de espera					x			
Ventilación en la consulta de urgencias					x			
Estado de la instalación 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			x	x	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					
Cumplimiento de las expectativas				x		x		
Calidad de la atención en el centro de salud		x						x
Propuesta de mejoras al centro de salud				x				
Recomendación del médico				x				
Recomendación del enfermero				x				
Recomendación del centro		x				x		

Anexo 14: Niveles administrativos y de atención en el SNS

Fuente: (Curbelo, 2013)

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

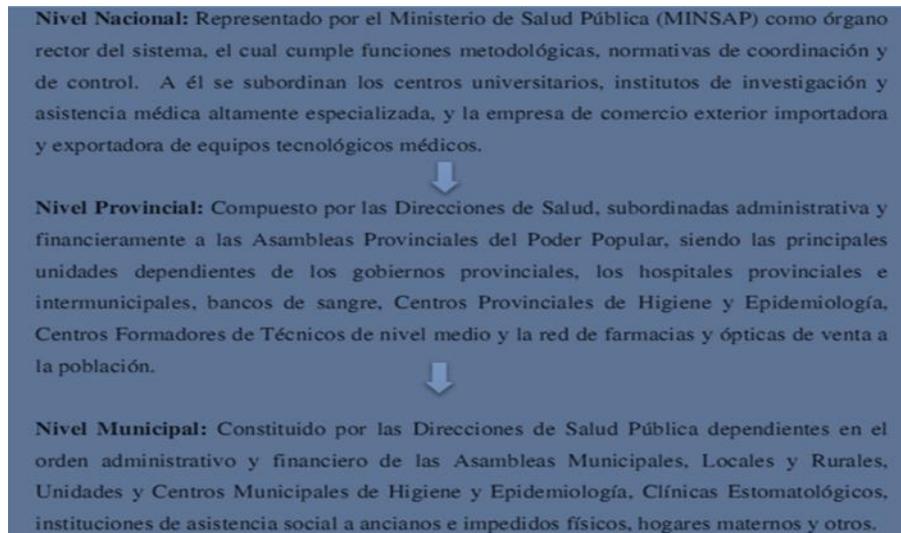


Figura 1: Niveles administrativos en el SNS

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.

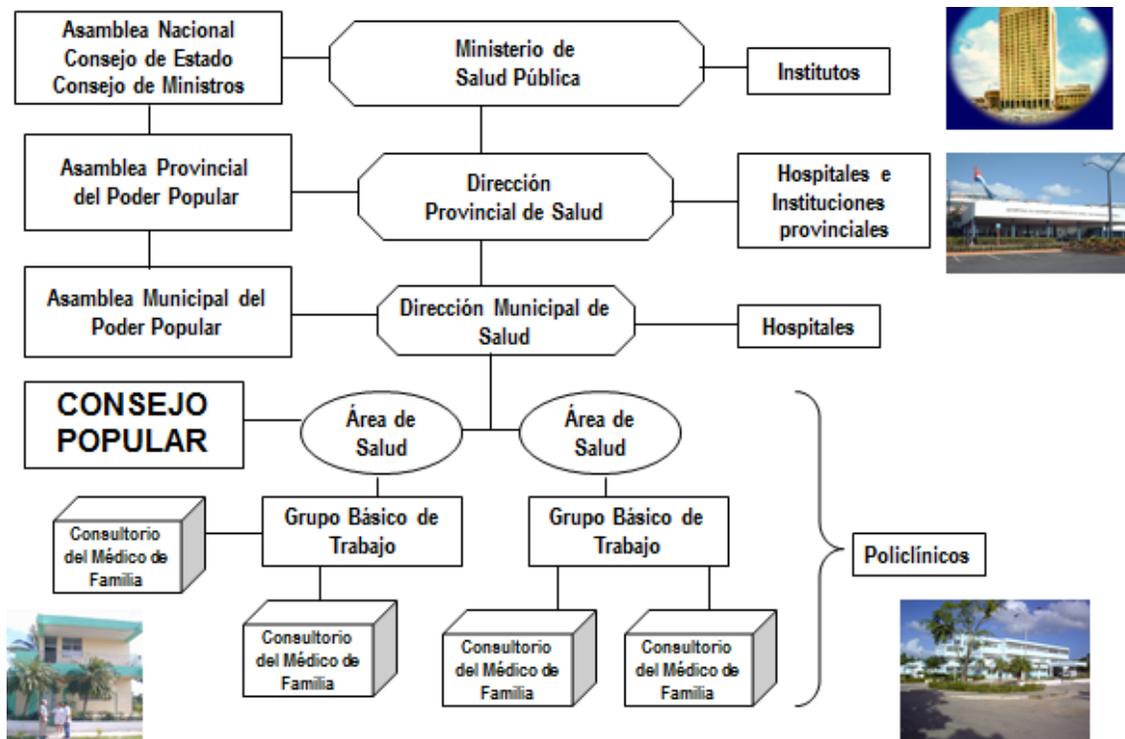


Figura 2: Sistema de Salud

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

Anexo 15: Guía de entrevista para obtención de información sobre tratamiento a barrios de mayor complejidad en Cienfuegos

Fuente: Elaboración propia

Entrevistada: Secretaria del Gobierno Provincial del Poder Popular en Cienfuegos

Objetivo de la entrevista: Obtener información no contenida en los documentos consultados y que es necesaria para la investigación en curso.

Tipo de entrevista: Cara a cara, estructurada.

Lugar de la entrevista: Sede del Gobierno Provincial del Poder Popular en Cienfuegos

Preguntas a realizar:

- 1- ¿Cómo se definen los barrios con situación de vulnerabilidad de cada municipio de la provincia de Cienfuegos?
- 2- ¿Quiénes participaron en esa definición?
- 3- ¿Cómo se establecen los barrios con situación de vulnerabilidad en los que se ha comenzado la intervención en la provincia?
- 4- ¿Cómo se han establecido las acciones contenidas en los planes a ejecutar en los municipios?
- 5- ¿Quién/es da seguimiento al cumplimiento de los planes de acciones que se diseñan para los barrios con situación de vulnerabilidad?
- 6- ¿Existen indicadores para el control establecidos?

Anexo 16: Barrios con situación de vulnerabilidad de la provincia de Cienfuegos

Fuente: Elaboración propia a partir de (Secretaría del Gobierno Provincial del Poder Popular Cienfuegos, 2022)

Municipio	Consejos Populares	Barrios de mayor complejidad identificados	Barrios de mayor complejidad en que se trabaja
Aguada	Federal Libertad Managuaco Perseverancia Real Campiña Torula	8	Santana Comunidad de Aguada Comunidad Antonio Sánchez Comunidad Guanito
Rodas	Rodas I Rodas II Congoja Ariza 14 de Julio Cartagena Santiago de Cartagena 5 de Septiembre	13	Ojo de Agua San Nicolás Comunidad 5 de Septiembre Barrio Turquino Barrio Cantarrana
Palmira	Camarones Espartaco Arriete-Ciego Montero Elpidio Gómez Palmira Norte Palmira Sur	10	La Baría Manaquita Santa Bárbara Batey Elpidio Gómez

Lajas	Urbano Sur Urbano Norte Ajuria Balboa Caracas Salto Modelo	10	La Planta Campo de Tiro Llega y pon y la Esperanza La vega
Cruces	Isla de Pinos San José Las Nubes El No Chicharrones Potrerillo	8	Los Almendros Mal Tiempo La Pedrera
Cumanayagua	Las Brisas Vila Rafaelito Breñas Crespo Barajagua Arimao Sierrita Sopapo Cuatro Vientos Crucecitas Camilo Cienfuegos	12	Tabloncito Resplandor El Mamey San José Comunidad Breña

Cienfuegos	Se seleccionan comunidades de los 19 consejos populares	32	<p>Las 100 casitas de Reina</p> <p>El Fanguito</p> <p>La Esperanza</p> <p>La Sabana</p> <p>Lagunilla</p> <p>Miramontes</p> <p>Guabairo</p> <p>Las Minas</p> <p>Mártires de Barbados</p> <p>Santa Martina</p> <p>Lajitas</p> <p>Batey Pepito Tey</p>
Abreus	<p>Abreus</p> <p>Constancia</p> <p>Juraguá</p> <p>Charcas</p> <p>Cieneguita</p> <p>Yaguaramas</p> <p>Horquita</p>	8	<p>El Seborucal</p> <p>El Tabaco</p> <p>Las 500</p> <p>Los Vanguardias</p>

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.

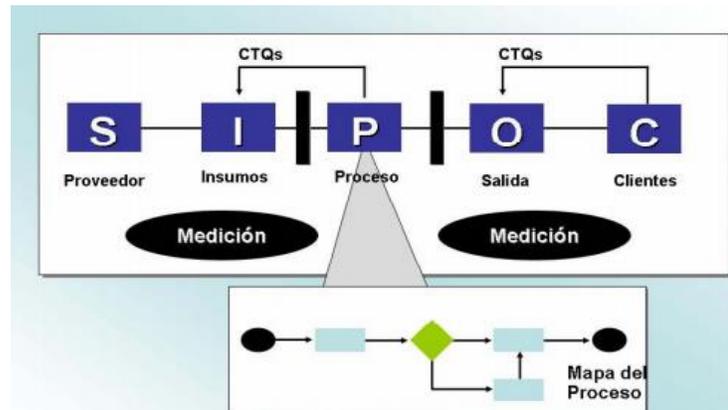


Figura 2: Mapa de proceso (SIPOC)

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.

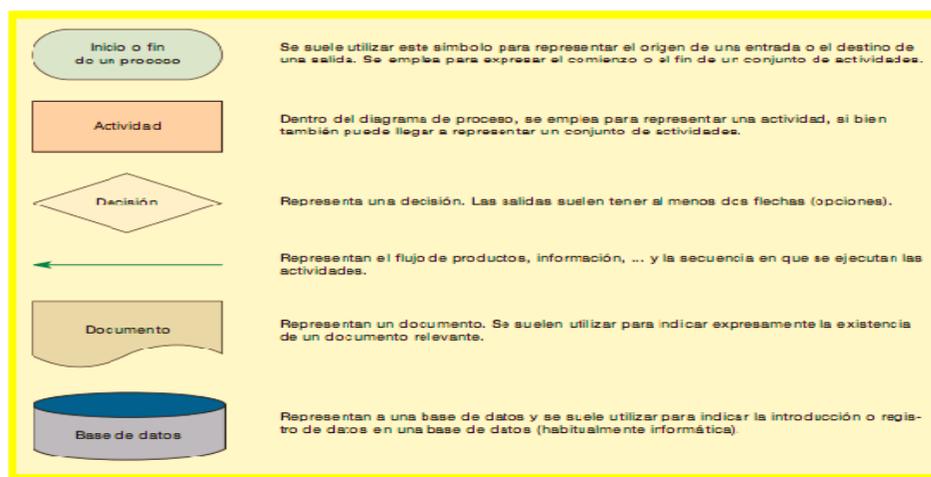


Figura 3: Símbolos más empleados en la representación de diagramas de flujo

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

La competencia del experto es ALTA si $K_{comp} > 0.8$

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

La competencia del experto es BAJA si $K_{comp} \leq 0.5$

Se eligen los expertos 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:

H_0 : El juicio de los expertos no es consistente. (No comunidad de preferencia)

H_1 : 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 aunque a partir de 0,5 se considera apropiado. 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.

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

Tabla 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

✓ **Estadística descriptiva**

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

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

en textos de estadística y se puede obtener haciendo uso de paquetes de programas como el SPSS, el Statgraphics y/o Microsoft Excel.

✓ **Análisis discriminante**

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

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

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

✓ **Análisis de correlación**

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

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

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

✓ **Diagrama causa- efecto**

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

Este es un método gráfico que relaciona un problema o efecto con los factores o causas que lo generan. La importancia de este diagrama radica en que obliga a contemplar todas las causas que pueden afectar el problema bajo análisis y de esta forma se evita el error de buscar directamente las soluciones sin cuestionar a fondo cuáles son las verdaderas razones (Gutiérrez y de la Vara, 2004).

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

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

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

✓ **Diagrama de Pareto**

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

80%, que de manera general son muy pocas, cumpliéndose el planteamiento abordado que lo sustenta.

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

✓ **Selección ponderada**

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

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

✓ **Técnica 5W y 2H**

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

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

Fuente: (Covas, 2009)

Criterio		Pregunta	Acción
Asunto	¿Qué?	¿Qué se hace?	Eliminar tareas

Propósito	¿Por qué?	¿Por qué esta actividad es necesaria? ¿Cuál es su propósito?	innecesarias
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.

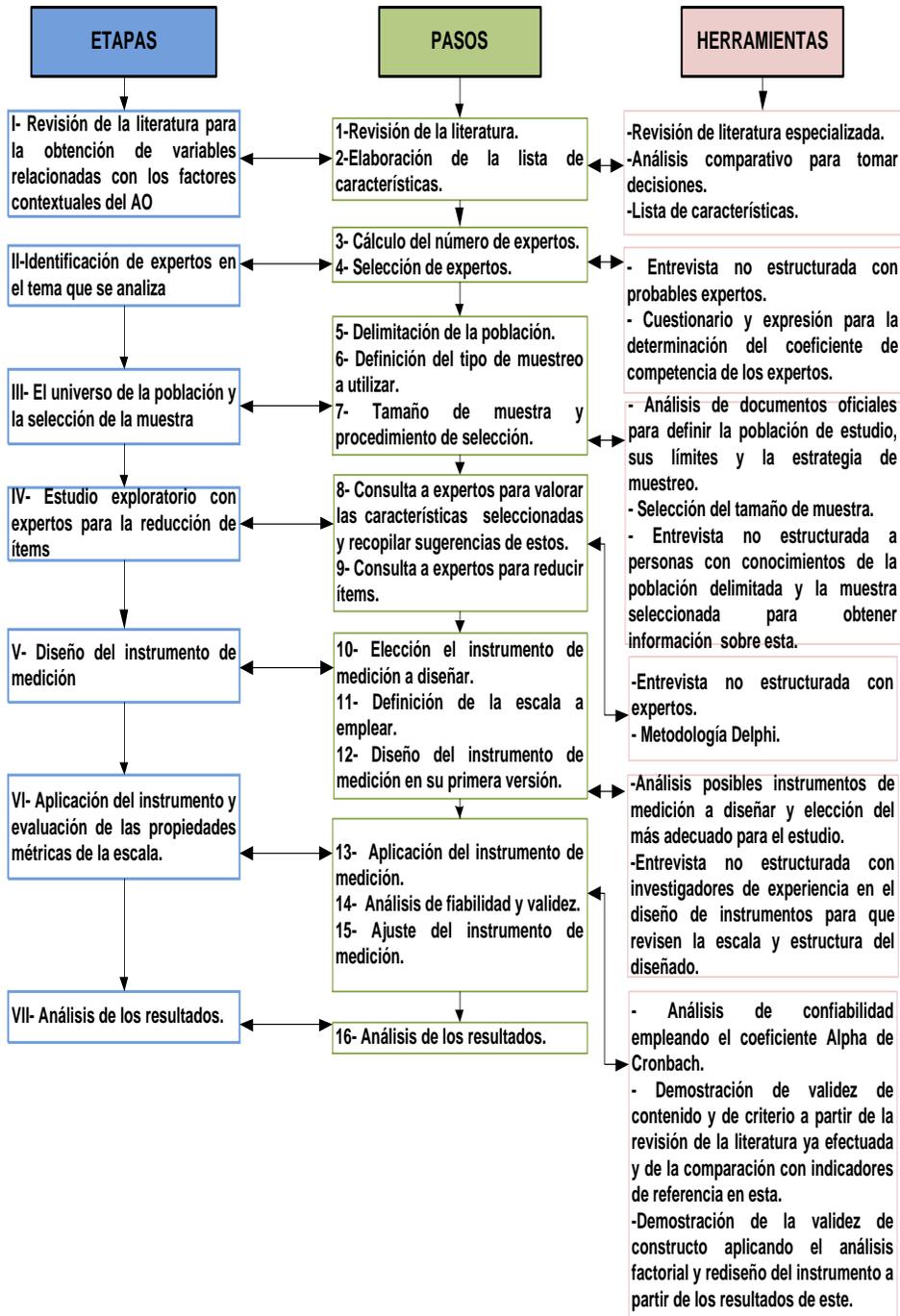
Tendencia: Describe las consecuencias de tomar la acción sobre una situación. Hay situaciones que permanecen idénticas si no hacemos algo. Otras se agravan al no atenderlas. Finalmente se haya las que se solucionan con solo dejar de pasar el tiempo. Se debe considerar como principal entonces las que 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: Variables y dimensiones en los cuestionarios validados para el SPS

Fuente: Elaboración propia

Tabla 1: Servicios de atención secundaria y primaria de salud

Tipos de servicios	Cantidad de variables por listas que conforman el cuestionario				
	Médicos	Enfermeros	Personal de servicios	Infraestructura	Total
HOSPITAL					
Ambulatorio					
CEA- Servicio Quirúrgico Ambulatorio	13	2	8	10	43
Hospitalización					
CEA HGAL- Unidades Organizativas Clínica, Quirúrgica y de Urgencias, y en el Centro Materno Infantil Servicio de Unidad de Cuidados Intensivos- HPU	13	12	8	13	46
Urgencias y Emergencias Médicas					
HGAL-Centro Provincial de Emergencias Médicas	7	7	4	7	25
Servicio de Consulta Externa					
HGAL-Servicio de Consulta Externa	10	4	9	12	35
HOSPITAL PEDIÁTRICO					
Hospitalización	17	15	8	18	58
Urgencias Médicas					
HPU-Servicio de Consulta Externa	8	8	4	9	29
Servicio de Consulta Externa					
HPU-Servicio de	12	4	7	13	36

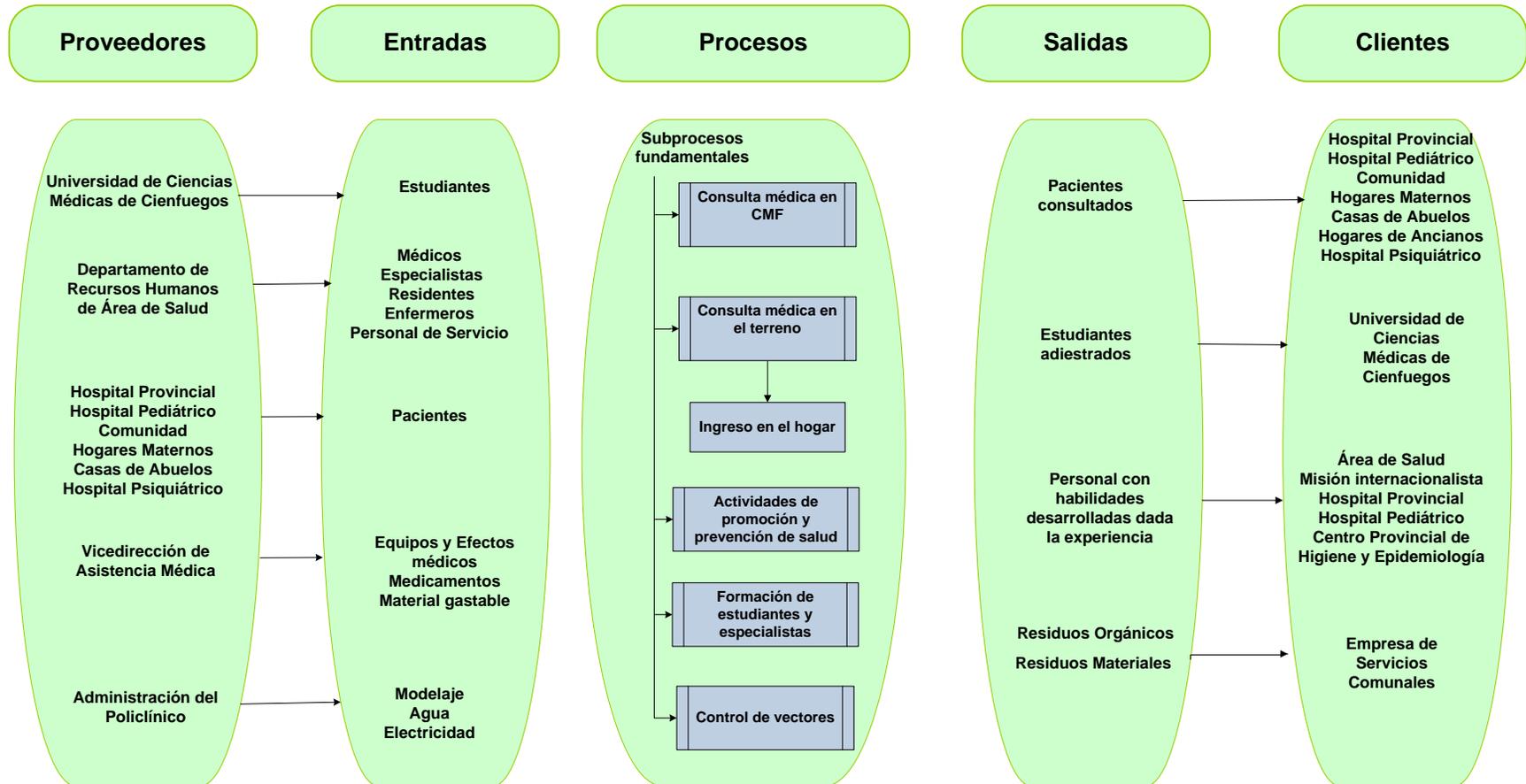
Consulta Externa					
ESTOMATOLOGÍA					
Servicios de Estomatología Clínica Estomatológica de Especialidades	Estomatólogos	Personal técnico	Personal de apoyo	Infraestructura	38
	12	7	7	12	
APS					
Policlínicos Policlínico Integral Comunitario "Cecilio Ruiz de Zárate"- Urgencias	8	8	4	9	29
Policlínico Integral Comunitario "Cecilio Ruiz de Zárate"- Consulta Externa	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	

Tabla 2: Servicios de hogares de ancianos y casas de abuelos

Hogares de ancianos		Casas de abuelos	
Dimensiones	Cantidad de variables	Dimensiones	Cantidad de variables
Médicos	8	Personal de asistencia en salud	10
Personal de enfermería y otros técnicos	17	Personal de servicios	8
Personal de servicios	8	Actividades	5
Actividades	4	Infraestructura	13
Infraestructura	15	Total de variables	36
Total de variables	52		

Anexo 20: Diagrama SIPOC de servicios de los CMF

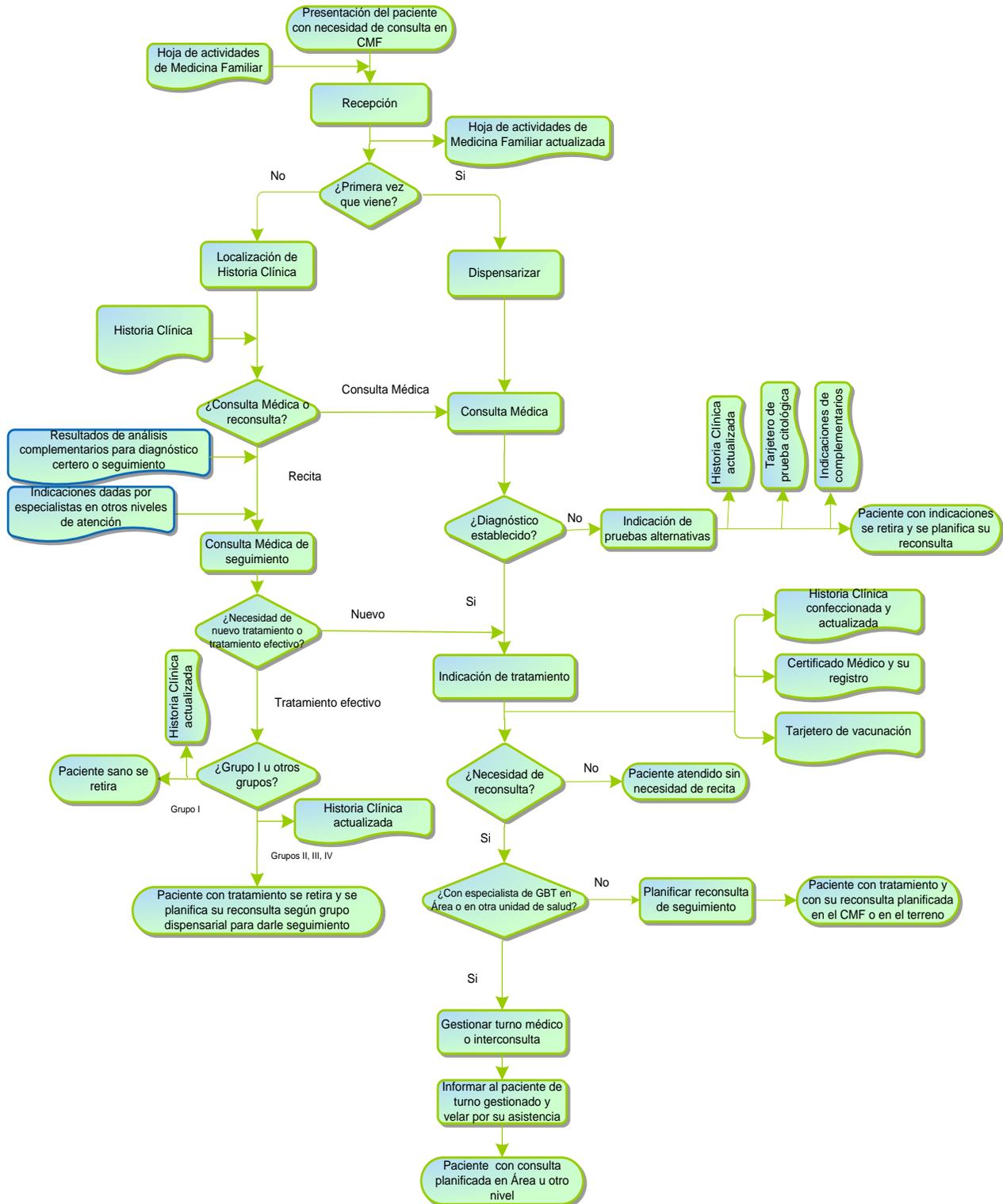
Fuente: Elaboración propia a partir de Surí y Puerto (2016)



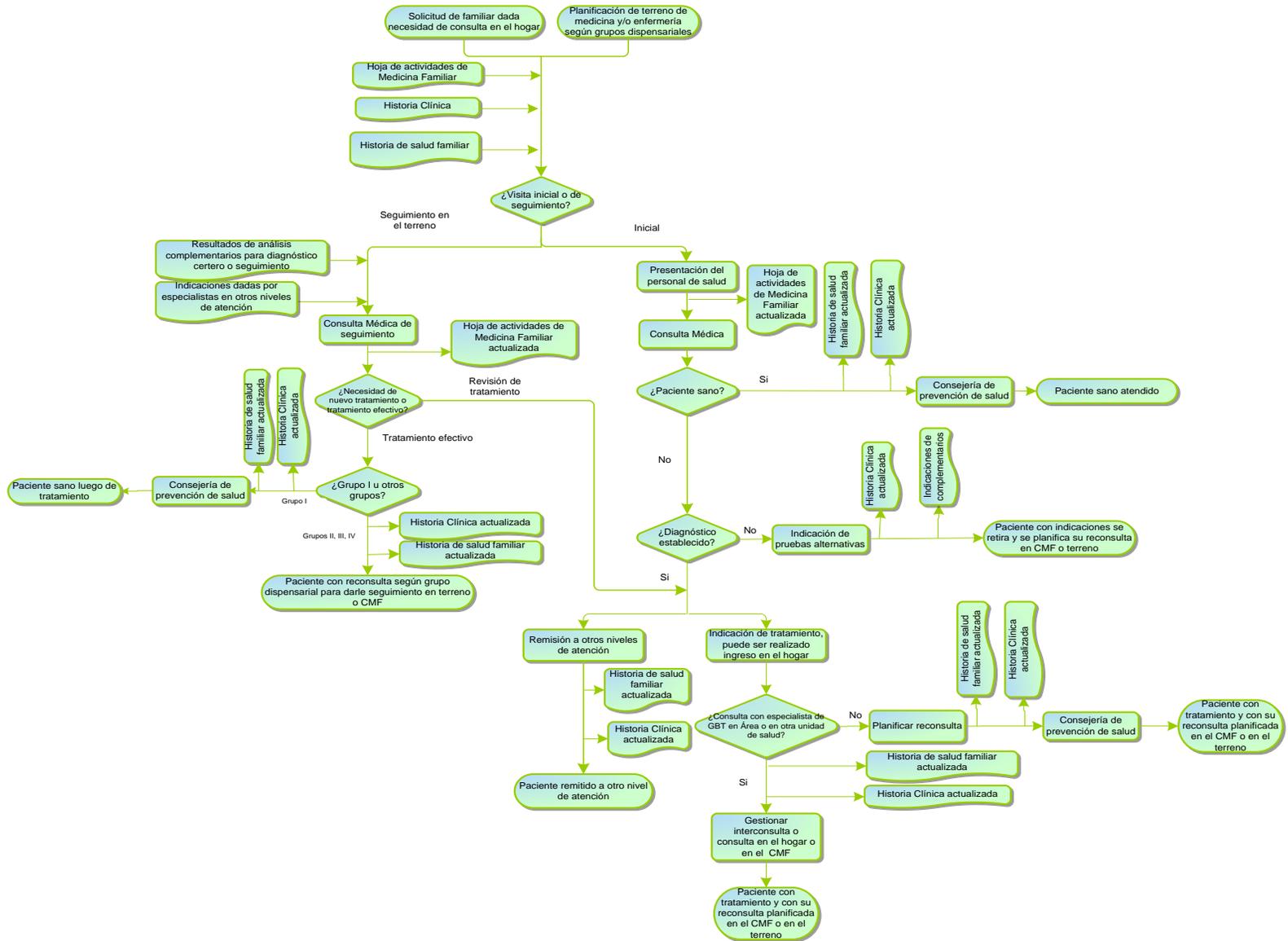
Anexo 21: Diagramas de flujo de servicios de los CMF

Fuente: Elaboración propia a partir de Surí y Puerto (2016)

Consulta en CMF



Consulta en el terreno



Anexo 22: Ficha del proceso de servicio en los CMF

Fuente: Elaboración propia

Nombre del proceso: Servicio de los Equipos Básicos de Salud en los Consultorios Médicos de la Familia

Responsable: Médico del Equipo Básico de Salud (EBS)

Misión: Contribuir al mejoramiento del estado de salud de la población mediante acciones integrales dirigidas al individuo, la familia, la comunidad y el ambiente, teniendo en cuenta los componentes, instrumentos y ejes conductores de la Atención Primaria de Salud, así como los principios de la Salud Pública y las particularidades de la Medicina de la Familia Cubana. (Objetivo general del Programa del médico y la enfermera de la familia)

En el proceso:

1. Áreas que intervienen en el proceso: Espacio físico en que desarrolla sus servicios el EBS. Corresponde acotar este apartado a las características de los CMF especificando las habitaciones o locales con que cuenta.

Además se incluyen:

- ✓ Viviendas de los pobladores e instituciones de la comunidad donde pueden efectuarse acciones en el terreno (consultas, ingreso en el hogar, actividades de prevención y promoción).
- ✓ Locales del Área de Salud a la cual pertenece el EBS y donde radica el Grupo Básico de Trabajo (GBT) e instituciones de salud en otros niveles de atención a las cuales pueden remitirse los pacientes dispensarizados.

2. Entradas del proceso

- ✓ Estudiantes
- ✓ Enfermeros
- ✓ Médicos especialistas y Residentes
- ✓ Personal de servicios (Asistente de servicios de salud)
- ✓ Pacientes
- ✓ Equipos y efectos médicos
- ✓ Medicamentos
- ✓ Material gastable
- ✓ Modelaje

- ✓ Agua
- ✓ Electricidad

3. Actividades fundamentales del proceso: Subprocesos fundamentales

- ✓ Consultas médicas que se ofrecen en los CMF.
- ✓ Consultas médicas que se ofrecen en el terreno y que pueden llegar hasta el ingreso en el hogar.
- ✓ Actividades de prevención y promoción de salud en la comunidad (hogares, instituciones que se localizan en esta).
- ✓ Formación de profesionales y técnicos de la salud.
- ✓ Control de vectores.

Las indicaciones específicas para los subprocesos fundamentales aparecen en el Programa del médico y la enfermera de la familia.

4. Salidas del proceso

- ✓ Pacientes consultados
- ✓ Estudiantes adiestrados
- ✓ Personal con habilidades desarrolladas dada la experiencia
- ✓ Residuos Orgánicos
- ✓ Residuos Materiales

5. Relación suministradores- clientes

Suministradores:

- ✓ Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos
- ✓ Departamento de Recursos Humanos del Área de Salud
- ✓ Hospital Provincial
- ✓ Hospital Pediátrico
- ✓ Comunidad
- ✓ Hogares Maternos
- ✓ Casas de Abuelos
- ✓ Hospital Psiquiátrico
- ✓ Vicedirección de Asistencia Médica
- ✓ Administración del Policlínico

Clientes:

- ✓ Hospital Provincial
- ✓ Hospital Pediátrico

- ✓ Comunidad
- ✓ Hogares Maternos
- ✓ Casas de Abuelos
- ✓ Hogares de Ancianos
- ✓ Hospital Psiquiátrico
- ✓ Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos
- ✓ Área de Salud
- ✓ Misión internacionalista
- ✓ Centro Provincial de Higiene y Epidemiología
- ✓ Empresa de Servicios Comunes

6. Recursos materiales y humanos

Materiales:

- ✓ Mobiliario clínico y no clínico
- ✓ Esfigmomanómetro
- ✓ Estetoscopio
- ✓ Cinta métrica
- ✓ Tallímetro
- ✓ Pesas de lactantes
- ✓ Termómetros
- ✓ Material gastable (material de cura, kit de prueba citológica, entre otros materiales)
- ✓ Modelaje (certificados médicos, dietas, recetas, métodos, hojas de actividades de medicina familiar, entre otros)

Capital humano:

- ✓ Médico especialista en Medicina General Integral o residente de esta especialidad
- ✓ Licenciada en Enfermería
- ✓ Operario Integral de vectores
- ✓ Personal de servicio (Asistente de servicios de salud)

7. Documentación requerida para el desarrollo del proceso de servicios

- ✓ Hoja de actividades de medicina familiar MOD.18-145-01.
- ✓ Historia clínica individual.

- ✓ Historia de salud familiar (Planificación de Acciones de Salud)
- ✓ Tarjetero de vacunación.
- ✓ Tarjetero de prueba citológica.
- ✓ Hoja de registro de actividades de enfermería (procedimientos).
- ✓ Programa del médico y la enfermera de la familia.
- ✓ Otros subprogramas de salud: atención a Infecciones de Transmisión Sexual, VIH, Tuberculosis, entre otros).
- ✓ Documentos del operario de control de vectores.
- ✓ Plan de consultas.

8. Indicadores claves de resultados del proceso

En el proceso se controlan diferentes variables relacionadas con la atención médica, las más relevantes son:

- ✓ Número de consultas, según la dispensarización.
- ✓ Número de terrenos.
- ✓ Número de ingresos en el hogar.
- ✓ Número de atenciones a familias.
- ✓ Cantidad de embarazadas no captadas precozmente (intermedia y tardía).
- ✓ Cantidad de embarazadas menores de 20 años, y de 35 y más.
- ✓ Cantidad de puérperas no captadas antes de los 6 días de parida.
- ✓ Cantidad de recién nacidos no captados antes de los 6 días de nacido.
- ✓ Cantidad de niños con bajo peso al nacer.
- ✓ Cantidad de recién nacidos con lactancia materna exclusiva (hasta 6 meses).
- ✓ Número de casos diagnosticados de enfermedades transmisibles prevenibles y no prevenibles por vacuna y control de foco.
- ✓ Cantidad de accidentes ocurridos en el hogar.
- ✓ Número de exámenes periódicos de salud.
- ✓ Número de atenciones a ancianos solos.
- ✓ Número de atenciones a discapacitados.
- ✓ Número de consultas por los especialistas básicos y no básicos.
- ✓ Número de embarazadas y recién nacidos que no se les realizan las pruebas genéticas establecidas.
- ✓ Número de personas que faltan por inmunizar ante diferentes patologías
- ✓ Número de mujeres por realizar citología vaginal (examen o reexamen).

- ✓ Número de defunciones ocurridas: fetales, niños menores de 1 año, preescolar, escolar, materna y adulto).
- ✓ Número de acciones de promoción y prevención de salud en la comunidad.
- ✓ Número de pacientes remitidos a otros niveles de atención del Sistema de Salud.

Las variables que se listan se consideran datos para la determinación de los indicadores aunque también se efectúan análisis comparativos a partir de su comportamiento en periodos anteriores para llegar a conclusiones al monitorear los servicios en los CMF y en la APS.

Los indicadores claves de resultados del proceso se muestran en la Tabla 8.1 a continuación, estos los establece el Ministerio de Salud Pública.

Tabla 8.1: Indicadores claves en el proceso

Indicadores	Cálculo	Interpretación
Cumplimiento del plan de consultas	$\frac{\text{Cantidad de consultas realizadas}}{\text{Cantidad de consultas planificadas}} * 100$	B: 100% R: Del 80 al 99% M: Menos de 80%
Cumplimiento del plan de acciones en el terreno	$\frac{\text{Cantidad de acciones realizadas}}{\text{Cantidad de acciones planificadas}} * 100$	B: 100% R: Del 80 al 99% M: Menos de 80%
Porcentaje de actualización de las Historias de Salud Familiar	$\frac{\text{Total de Historias de Salud Familiar actualizadas}}{\text{Cantidad de Historias de Salud Familiar existentes}} * 100$	B: Más del 95 % R: Del 80 al 94% M: Menos de 80%
Porcentaje de realización de la pesquisa citológica a mujeres según lo establecido	$\frac{\text{Cantidad de mujeres que se evalúan}}{\text{Cantidad de mujeres que deben ser evaluadas}} * 100$	Bien: Más del 85% Regular: Del 70 y el 84% Mal: Menos del 70%.
Porcentaje de dispensarización	$\frac{\text{Cantidad de pacientes dispensarizados}}{\text{Población total del CMF}} * 100$	B: Mayor o igual a 95 % R: Del 94 al 90 % M: Inferior a 90 %
Porcentaje de dispensarización en grupos especiales (adultos)	$\frac{\text{Cantidad de pacientes dispensarizados por grupo especial}}{\text{Población por grupos especiales en el CMF}} * 100$	B: Más del 95 % R: Del 80 al 94% M: Menos de 80%

mayores, adiciones y donantes de sangre)		
Permanencia y estabilidad del EBS	$\frac{\text{Número de jornadas laboradas en el CMF}}{\text{Número de jornadas laborables}} * 100$	B: 100% M: Menos del 100%
	$\frac{\text{Cantidad de controles realizados y CMF abiertoo EBS en el terreno}}{\text{Cantidad de controles realizados}} * 100$	B: 100% M: Menos del 100%
Porcentaje de quejas con respecto al año anterior	$\frac{\text{Número de quejas en período actual} - \text{Número de quejas en período base}}{\text{Número de quejas en período base}} * 100$	B: 0 o menos M: Mayor que 0
Porcentaje de respuesta a los planteamientos en el tiempo establecido	$\frac{\text{Cantidad de planteamientos con respuestaen tiempo}}{\text{Cantidad de planteamientos total}} * 100$	B:100% R: Del 80% al 99% M: Menos del 80%

También se controlan otros indicadores de los subprogramas de salud en los CMF que se verifican en los Balances de cada Área y en los Análisis de la Situación de Salud.

Anexo 23: Cuestionario para evaluar la calidad de servicios de los Consultorios Médicos de la Familia en barrios con situación de vulnerabilidad

Fuente: Elaboración propia a partir de Surí y Puerto (2016)

Instrucciones a la población: La Dirección Provincial de Salud de Cienfuegos se orienta a mejorar la calidad de sus servicios, fundamentalmente en los Consultorios Médicos de la Familia y en los barrios con situaciones complejas. Se acude a usted para que colabore con sus criterios, recuerde que también puede contribuir a transformar su comunidad. **GRACIAS**

CARACTERIZACIÓN DEL ENCUESTADO: Marque con X donde corresponda

Indique el número de su: Consultorio No _____			
Edad (Marque con x)	Entre 19 y 29 _____ Entre 30 y 45 _____	Entre 46 y 60 _____ Entre 61 y 75 _____ Más de 75 _____	
Sexo (Marque con x)	F _____	M _____	
Nivel de escolaridad vencido (Marque con x)	Primaria _____ Secundaria _____ Pre-universitario _____	Técnico-medio _____ Universitario _____	
¿Sabe dónde está ubicado su consultorio? (Marque con x)	Si _____ No _____		
¿Con que frecuencia acude a su consultorio? (Marque con x)	Nunca _____ Una vez al mes _____ Una vez cada seis meses _____ Una vez por año _____ Otra frecuencia _____		
Conoce a su médico del consultorio (Marque con x)	Si _____ No _____		
Conoce a su enfermero del consultorio (Marque con x)	Si _____ No _____		
En su hogar reside algún: (Marque con x los casos en su hogar)	Embarazada _____ Adulto mayor _____ Recién nacido _____ Donante de sangre _____ Enfermo crónico _____ Persona con VIH _____ Paciente postrado _____ Persona que ha tenido COVID- 19 _____		
¿Esta persona/s recibe/n atención especializada? (Marque con x según su experiencia y lo marcado en la pregunta anterior)	Embarazada Si _____ En ocasiones _____ No _____ Recién nacido Si _____ En ocasiones _____ No _____ Enfermo crónico Si _____ En ocasiones _____ No _____ Paciente postrado Si _____ En ocasiones _____ No _____ Adulto mayor Si _____ En ocasiones _____ No _____ Donante de sangre Si _____ En ocasiones _____ No _____ Persona con VIH Si _____ En ocasiones _____ No _____ Persona que ha tenido COVID- 19 Si _____ En ocasiones _____ No _____		
¿Usted ha recibido visita de su médico o enfermero en el hogar? (Marque con x)	Nunca _____ Una vez al mes _____ Una vez al año _____ Una vez cada seis meses _____ Otra frecuencia _____		
¿Conoce usted los médicos especialistas que visitan o que corresponden a su consultorio?	Si, a todos _____ Sólo a algunos _____ No a ninguno _____		

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE MÉDICOS: Con cada pregunta o afirmación indique su nivel de concordancia según la experiencia vivida, marque con X en la columna correspondiente.

Preguntas	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. El proceso de atención se realiza con una adecuada privacidad.					
2. Los médicos son amables y respetuosos en el trato conmigo y mis familiares.					
3. Los médicos son comprensivos, se interesan por mis preocupaciones, malestares y estado de ánimo.					
4. Confío en los cuidados que brindan los médicos.					
5. Los médicos responden a mis preguntas, están a la escucha de mis inquietudes, dudas y reclamaciones.					
6. Los médicos se comunican con otros especialistas a los que debo recurrir para mantenerse al tanto.					
7. Los médicos se expresan de manera adecuada al intercambiar conmigo y mis familiares.					
8. Los médicos demuestran seguridad y profesionalidad al establecer sus intercambios: al emitir un diagnóstico y realizar un procedimiento.					
9. 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.					
10. Los médicos tienen una apariencia adecuada al presentarse ante mí y mis familiares.					
11. Los médicos llegan en el horario fijado para el proceso de atención médica.					
12. El tiempo de espera para la consulta es adecuado y en caso de tardar se explica la razón que lo justifica.					
13. Los médicos se encargan de intercambios necesarios con otras unidades de salud que responden a sus pacientes del área (análisis, dietas, entre otras).					
14. Los médicos se muestran preocupados por la situación existente en la comunidad.					

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE ENFERMEROS: Con cada pregunta o afirmación indique su nivel de concordancia según la experiencia vivida, marque con X en la columna correspondiente.

Preguntas	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. El personal de enfermería se expresa de manera adecuada, es amable y respetuoso al intercambiar conmigo y mis					

familiares.					
2. Los enfermeros responden a mis preguntas, están a la escucha de cualquier inquietud, duda o reclamación.					
3. Los enfermeros cumplen con lo que han establecido los especialistas demostrando sus conocimientos y habilidades profesionales.					
4. Los enfermeros tienen una apariencia adecuada.					
5. El personal de enfermería respeta la privacidad del paciente.					
6. Los enfermeros conocen mi enfermedad y los datos de mi historia clínica.					
7. Los enfermeros dedican el tiempo necesario para mi atención.					
8. El tiempo de espera es el adecuado y en caso de tardar se explica la razón que lo justifica.					
9. Los enfermeros se muestran preocupados por la situación existente en la comunidad.					
10. La relación enfermero-médico es adecuada.					

EVALUACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA: Con cada pregunta o afirmación indique su nivel de concordancia según la experiencia vivida, marque con X en el espacio indicado (espacio rayado).

- El consultorio cuenta con una pancarta informativa externa que indica el número de consultorio, área de salud, los horarios de atención y día de consulta deslizante (extendida).
 Si Con parte de esta información No
- En su consultorio se cumple con el horario de 8:00am-12:00m.
 Si En ocasiones No
- En su consultorio se cumple con el horario de 1:00pm-5:00pm.
 Si En ocasiones No
- En caso de que el médico y la enfermera no estén en este horario se precisa en una pancarta informativa de su localización.
 Si En ocasiones No
- El consultorio médico de la familia cuenta con una pancarta informativa interna dirigida a la población con el nombre y apellidos del médico y enfermera, de los doctores que ofrecen interconsulta, los horarios de consulta, los días de guardia médica, las direcciones que atiende, entre otras informaciones importantes para la comunidad.
 Si Con parte de esta información No
- El consultorio médico de la familia exhibe y entrega materiales promocionales relacionados con diferentes programas de salud (diabetes, VIH, tabaco, entre otras).
 Si En ocasiones No
- El personal de los consultorios médicos de la familia dispone de los equipos e instrumental, y otros recursos para poder atenderme.
 Si En ocasiones No

8. El consultorio tiene un ambiente agradable (adecuada iluminación natural o artificial, adecuada ventilación natural o artificial, no existe ruido).
 Totalmente de acuerdo Medianamente de acuerdo En desacuerdo
9. El consultorio mantiene una limpieza adecuada.
 Totalmente de acuerdo Medianamente de acuerdo En desacuerdo
10. El consultorio dispone de mobiliario en buen estado.
 Totalmente de acuerdo Medianamente de acuerdo En desacuerdo
11. El consultorio dispone de baño en buen estado para uso de los pacientes y familiares.
 Totalmente de acuerdo Medianamente de acuerdo En desacuerdo
12. Las consultas disponen de adecuadas condiciones de privacidad.
 Totalmente de acuerdo Medianamente de acuerdo En desacuerdo

GENERALES: Marque con X su respuesta en el espacio indicado (espacio rayado)

1. ¿Con la atención recibida en el consultorio usted se encuentra?
 Muy satisfecho Satisfecho Medianamente satisfecho Insatisfecho
 Totalmente insatisfecho
2. Si tuviese que emitir un criterio en cuanto a su satisfacción con la atención de médicos, enfermeros e infraestructura en el consultorio este es:
- Satisfacción con el médico
 Muy satisfecho Satisfecho Medianamente satisfecho Insatisfecho
 Totalmente insatisfecho
 - Satisfacción con la enfermera/o
 Muy satisfecho Satisfecho Medianamente satisfecho Insatisfecho
 Totalmente insatisfecho
 - Satisfacción con la infraestructura
 Muy satisfecho Satisfecho Medianamente satisfecho Insatisfecho
 Totalmente insatisfecho
3. Si tuviese que evaluar la calidad de la Atención Primaria de Salud en Cienfuegos, ¿cuál sería su criterio?
 Excelente Buena Regular Mala Muy mala
4. Asigne niveles de importancia para usted en cuanto a: Coloque el número en cada espacio rayado (Ordénelo de 1 a 3, siendo 1 más importante y 3 menos importante)
- Atención adecuada del médico
- Atención adecuada del enfermero
- Condiciones físicas y materiales del consultorio

SUGERENCIAS: Escriba sus sugerencias debajo en caso de que las considere oportunas.

Anexo 24: Caracterización de encuestados y análisis de variables generales en el estudio- Campo de Tiro

Fuente: Elaboración propia

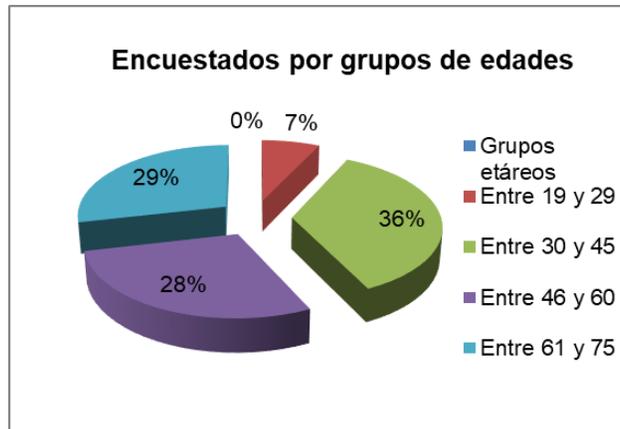


Figura 1: Encuestados por grupos de edades

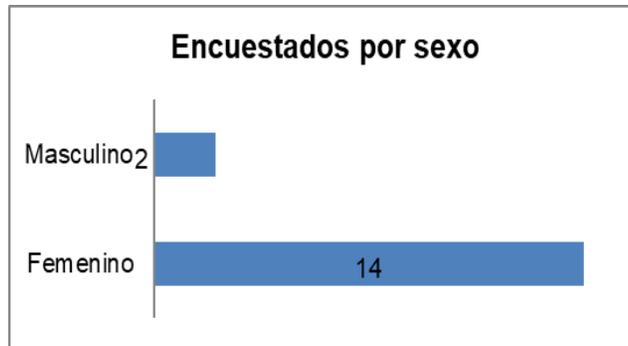


Figura 2: Encuestados según sexo

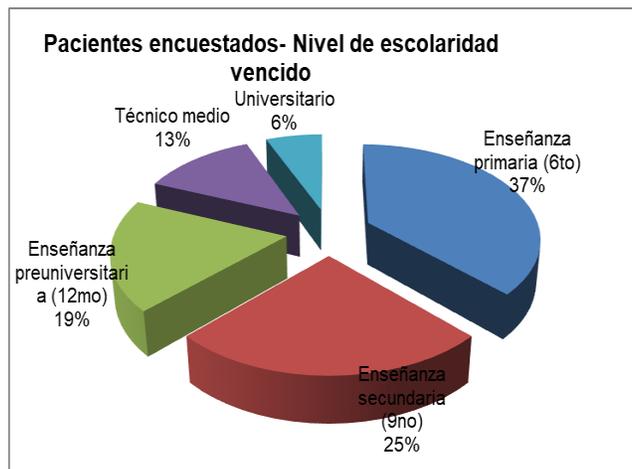


Figura 3: Encuestados según nivel de escolaridad vencido



Figura 4: Conocimiento de la población sobre ubicación del CMF

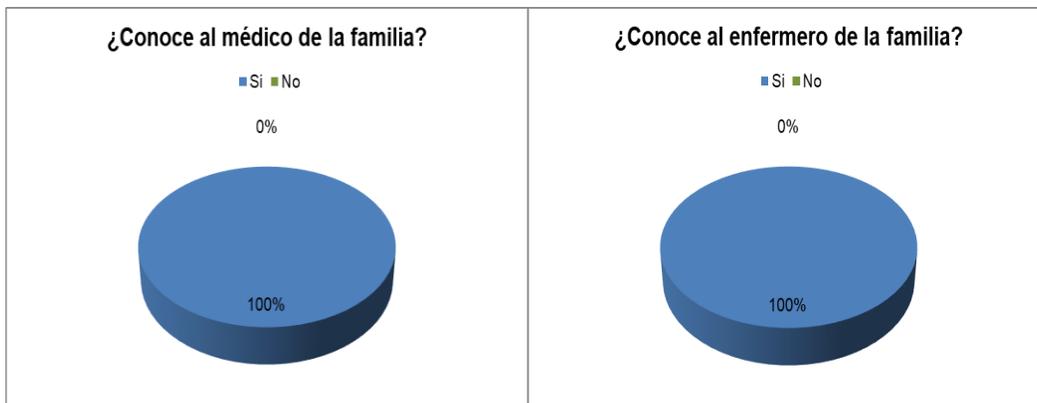


Figura 5: Conocimiento de la población sobre su EBS



Figura 6: Conocimiento de la población sobre su GBT



Figura 7: Visitas en el hogar



Figura 8: Grupos priorizados encuestados

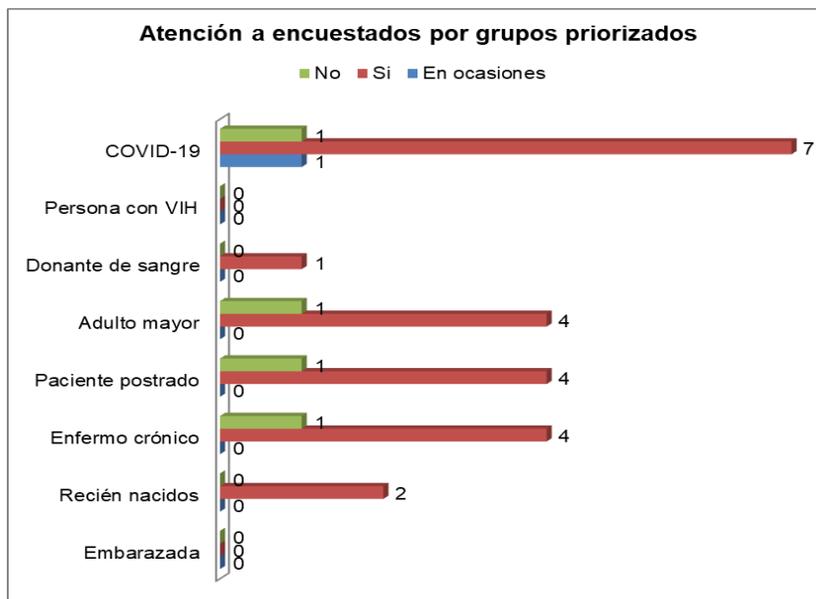


Figura 9: Atención a grupos priorizados encuestado

Anexo 25: Caracterización de encuestados y análisis de variables generales en el estudio- Llega y Pon y La Esperanza

Fuente: Elaboración propia

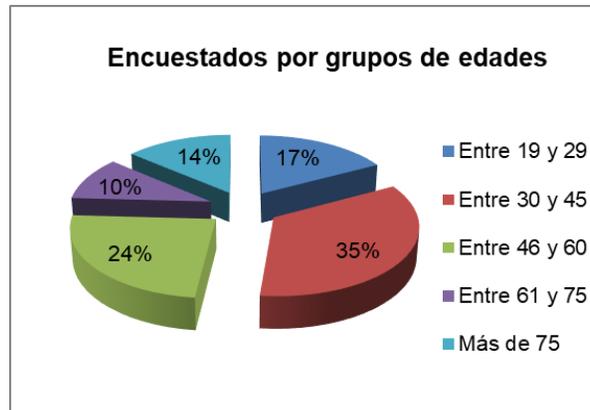


Figura 1: Encuestados por grupos de edades

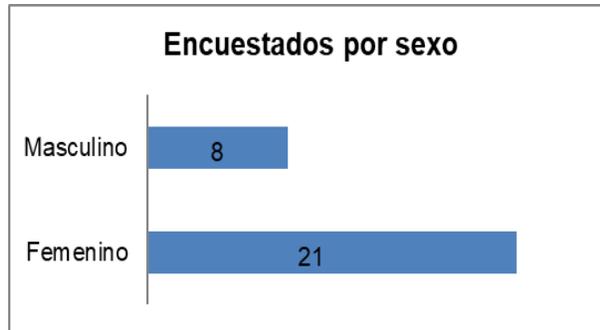


Figura 2: Encuestados según sexo

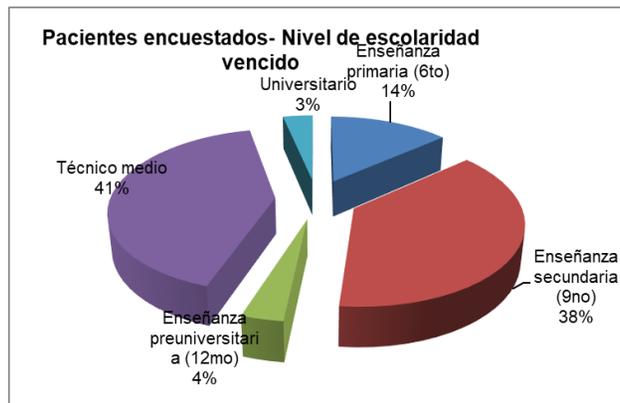


Figura 3: Encuestados según nivel de escolaridad vencido

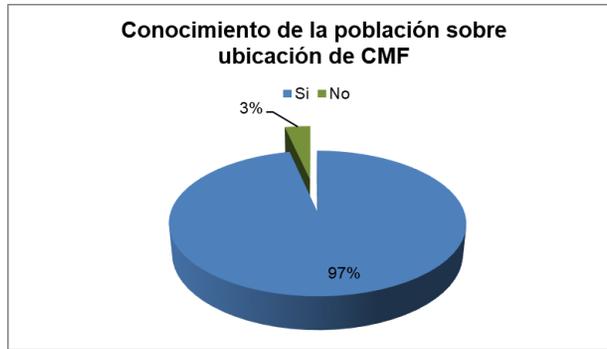


Figura 4: Conocimiento de la población sobre ubicación del CMF

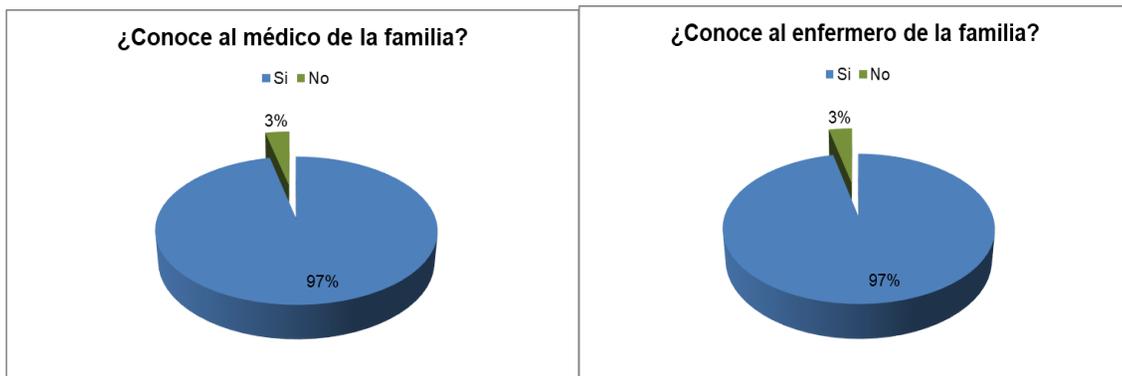


Figura 5: Conocimiento de la población sobre su EBS



Figura 6: Conocimiento de la población sobre su GBT

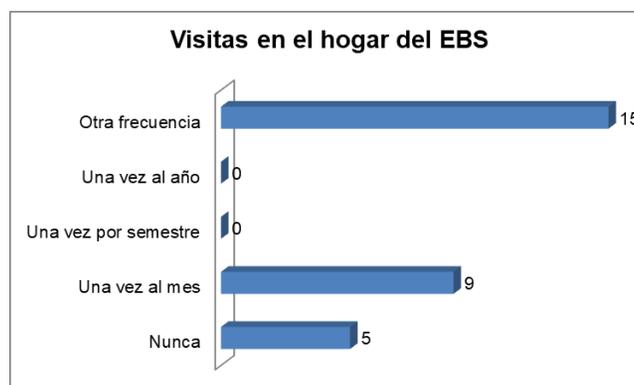


Figura 7: Visitas en el hogar

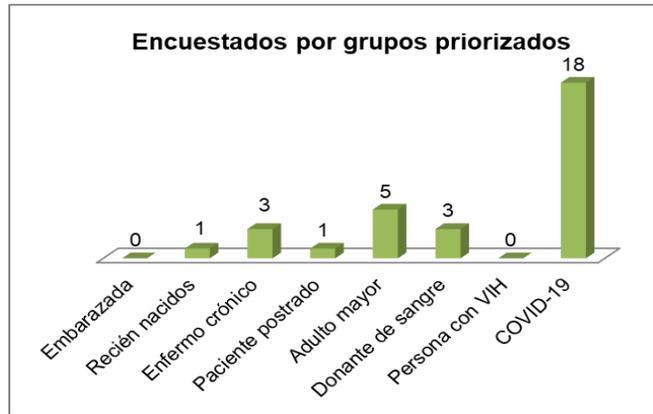


Figura 8: Grupos priorizados encuestados

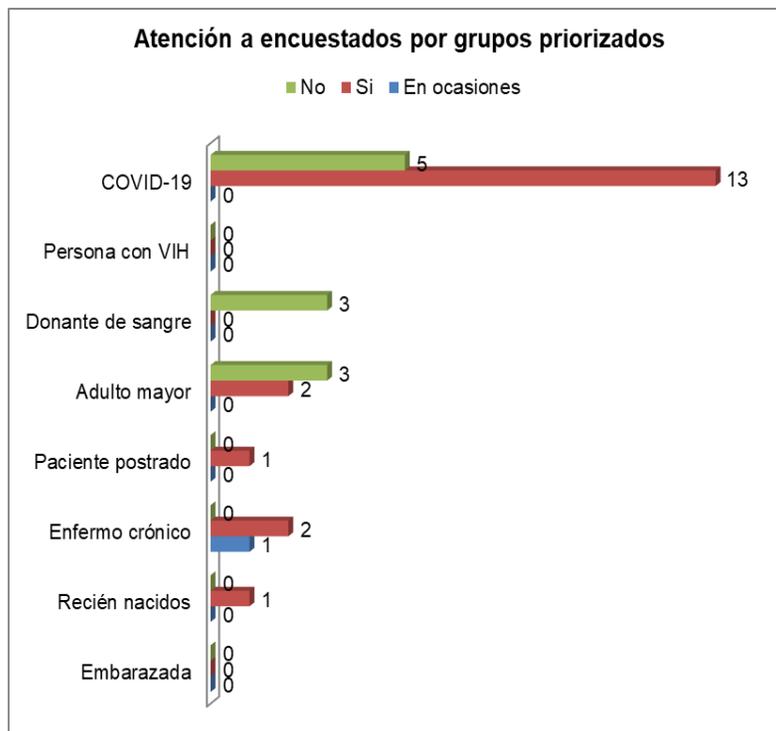


Figura 9: Atención a grupos priorizados encuestados

Anexo 26: Caracterización de encuestados y análisis de variables generales en el estudio- La Planta

Fuente: Elaboración propia

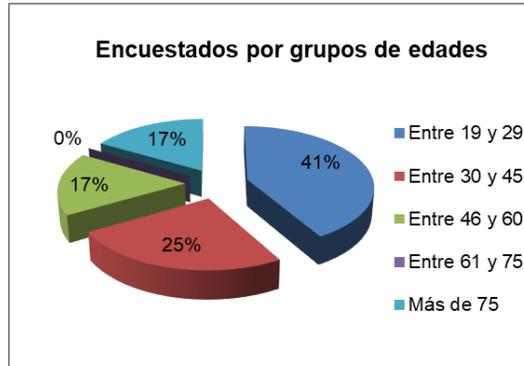


Figura 1: Encuestados por grupos de edades

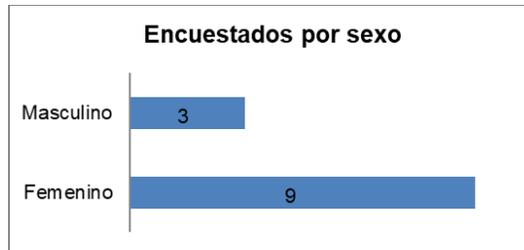


Figura 2: Encuestados según sexo

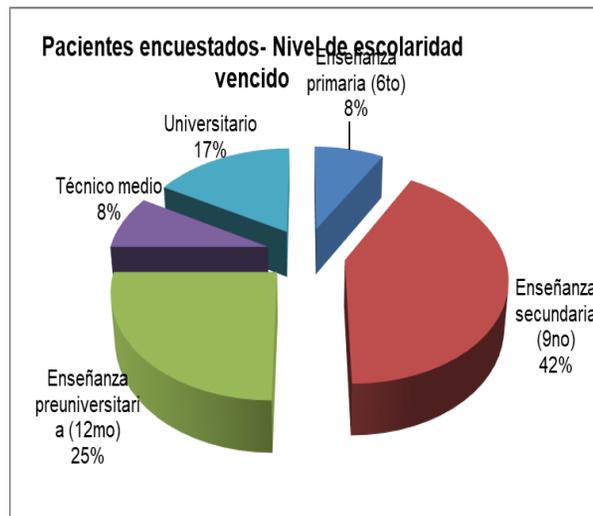


Figura 3: Encuestados según nivel de escolaridad vencido



Figura 4: Conocimiento de la población sobre ubicación del CMF

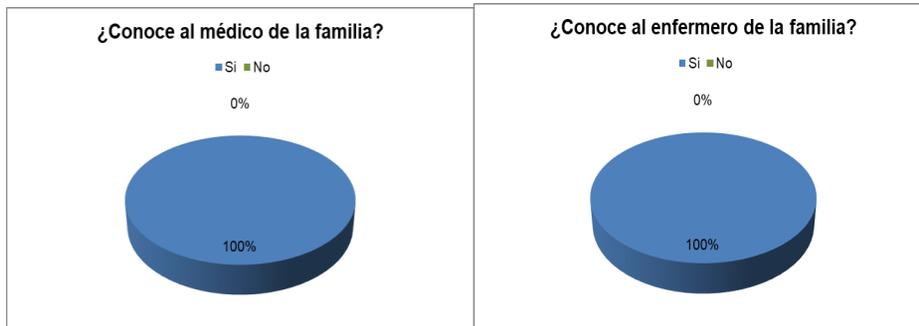


Figura 5: Conocimiento de la población sobre su EBS



Figura 6: Conocimiento de la población sobre su GBT

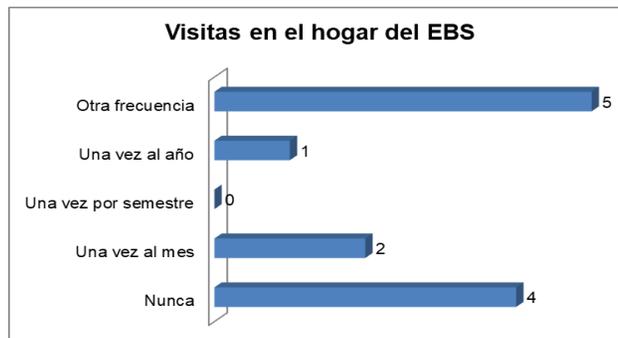


Figura 7: Visitas en el hogar

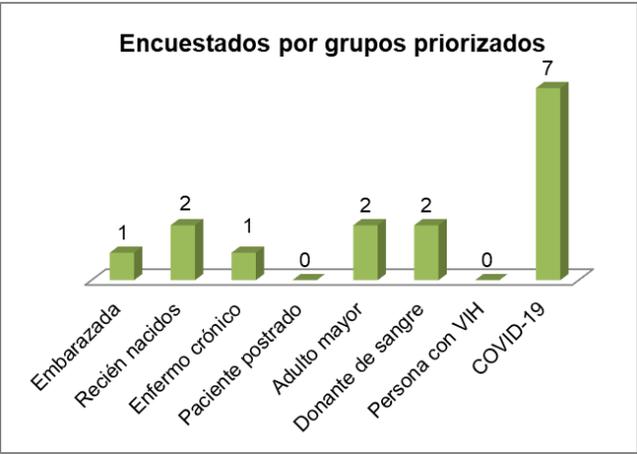


Figura 8: Grupos priorizados encuestados

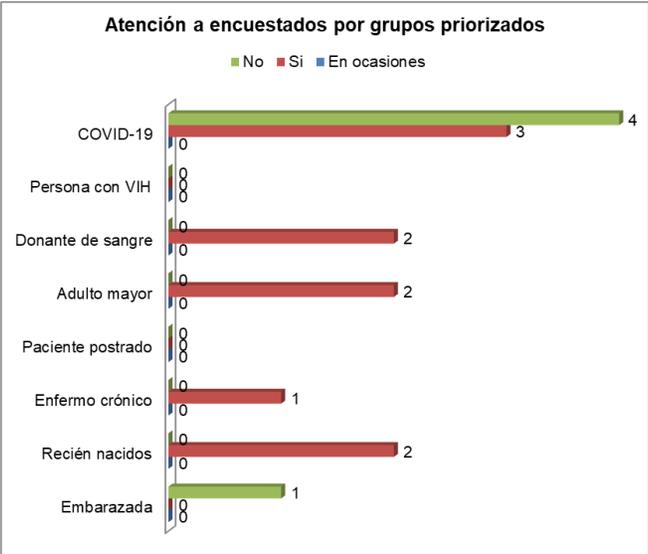


Figura 9: Atención a grupos priorizados encuestados

Anexo 27: Caracterización de encuestados y análisis de variables generales en el estudio- La Vega

Fuente: Elaboración propia

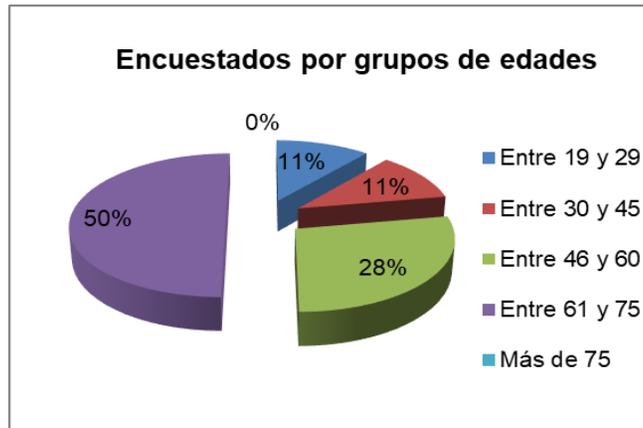


Figura 1: Encuestados por grupos de edades

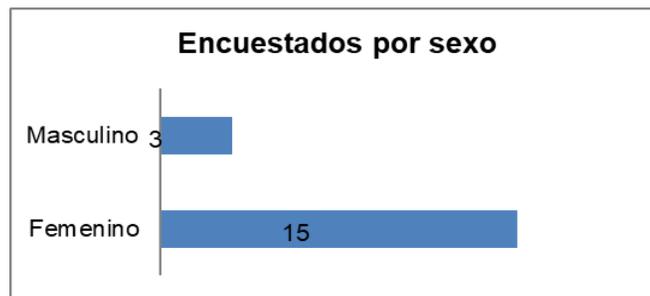


Figura 2: Encuestados según sexo

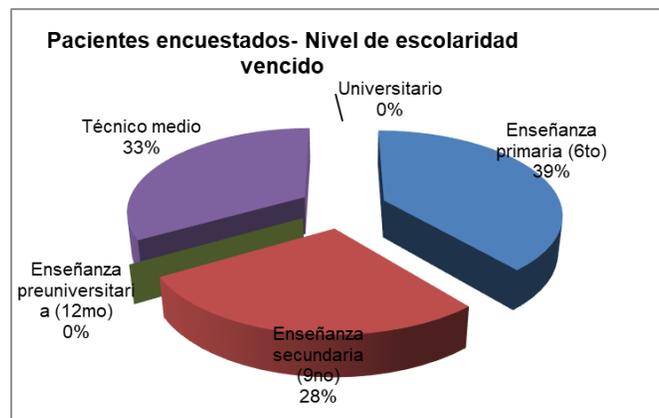


Figura 3: Encuestados según nivel de escolaridad vencido

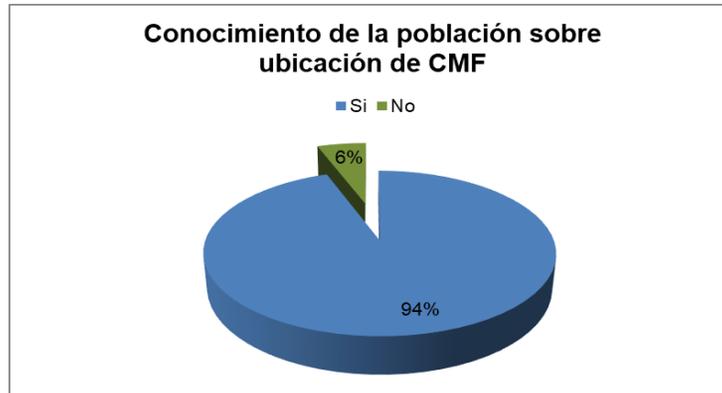


Figura 4: Conocimiento de la población sobre ubicación del CMF

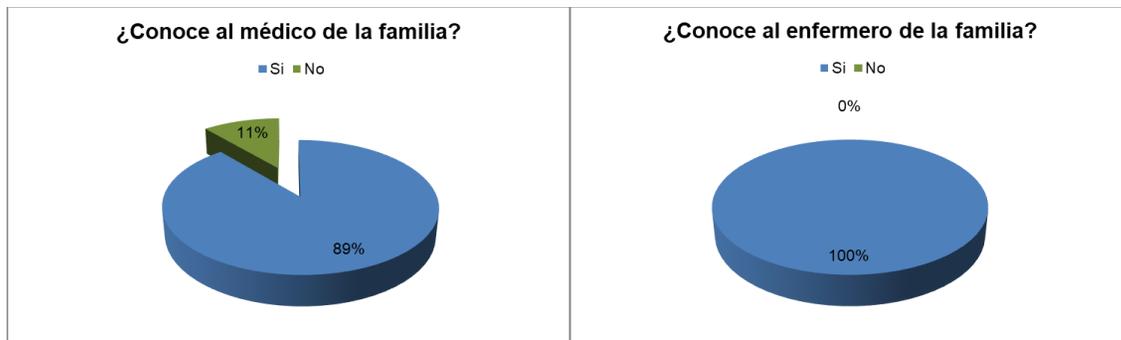


Figura 5: Conocimiento de la población sobre su EBS



Figura 6: Conocimiento de la población sobre su GBT



Figura 7: Visitas en el hogar

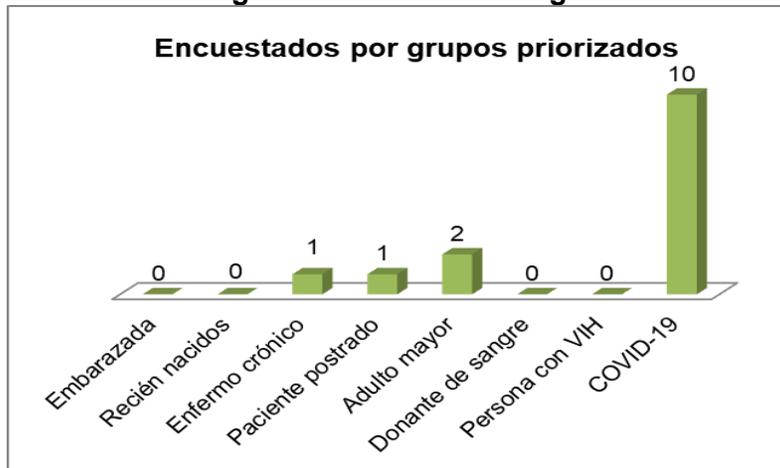


Figura 8: Grupos priorizados encuestados



Figura 9: Atención a grupos priorizados encuestados

Anexo 28: Análisis estadísticos por listas en el estudio

Fuente: Elaboración propia a partir de SPSS Versión 22

Médicos

Estadísticos

	Me 1	Me 2	Me 3	Me 4	Me 5	Me 6	Me 7	Me 8	Me 9	Me 10	Me 11	Me 12	Me 13	Me 14
N Válido	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75
Perdidos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Media	3.95	4.69	4.68	4.69	4.65	4.59	4.68	4.73	4.71	4.73	3.93	3.97	4.67	3.41
Mediana	4.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	4.00	4.00	5.00	3.00
Moda	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3
Desviación estándar	1.126	.519	.524	.519	.581	.617	.524	.502	.564	.502	1.107	1.150	.577	1.220
Varianza	1.267	.270	.275	.270	.338	.381	.275	.252	.318	.252	1.225	1.324	.333	1.489
Rango	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	4	4	2	4
Mínimo	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	1	3	1
Máximo	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5

El proceso de atención se realiza con una adecuada privacidad.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Totalmente en desacuerdo	3	4.0	4.0	4.0
En desacuerdo	7	9.3	9.3	13.3
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	10	13.3	13.3	26.7
De acuerdo	26	34.7	34.7	61.3
Totalmente de acuerdo	29	38.7	38.7	100.0
Total	75	100.0	100.0	

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

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Totalmente en desacuerdo	3	4.0	4.0	4.0
En desacuerdo	4	5.3	5.3	9.3
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	18	24.0	24.0	33.3
De acuerdo	20	26.7	26.7	60.0
Totalmente de acuerdo	30	40.0	40.0	100.0
Total	75	100.0	100.0	

El tiempo de espera para la consulta es adecuado y en caso de tardar se explica la razón que lo justifica.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Totalmente en desacuerdo	3	4.0	4.0	4.0
En desacuerdo	6	8.0	8.0	12.0
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	14	18.7	18.7	30.7
De acuerdo	19	25.3	25.3	56.0
Totalmente de acuerdo	33	44.0	44.0	100.0
Total	75	100.0	100.0	

En su consultorio se cumple con el horario de 1:00pm-5:00pm.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	30	40.0	40.0	40.0
	En ocasiones	24	32.0	32.0	72.0
	Si	21	28.0	28.0	100.0
	Total	75	100.0	100.0	

En caso de que el médico y la enfermera no estén en este horario se precisa en una pancarta informativa de su localización.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	7	9.3	9.3	9.3
	En ocasiones	23	30.7	30.7	40.0
	Si	45	60.0	60.0	100.0
	Total	75	100.0	100.0	

El consultorio dispone de baño para uso de los pacientes y familiares.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	En desacuerdo	18	24.0	24.0	24.0
	Medianamente de acuerdo	2	2.7	2.7	26.7
	Totalmente de acuerdo	55	73.3	73.3	100.0
	Total	75	100.0	100.0	

Anexo 30: Análisis estadísticos por listas en el estudio (Llega y Pon y la Esperanza)

Fuente: Elaboración propia a partir de SPSS Versión 22

Médicos

	Estadísticos													
	Me 1	Me 2	Me 3	Me 4	Me 5	Me 6	Me 7	Me 8	Me 9	Me 10	Me 11	Me 12	Me 13	Me 14
N Válido	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29
Perdidos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Media	4.03	4.66	4.62	4.69	4.59	4.45	4.66	4.69	4.66	4.69	3.69	3.69	4.62	3.48
Mediana	4.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	4.00	4.00	5.00	4.00
Moda	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5	4
Desviación estándar	1.180	.484	.494	.471	.568	.686	.484	.471	.553	.471	1.105	1.228	.622	1.353
Varianza	1.392	.234	.244	.222	.323	.470	.234	.222	.305	.222	1.222	1.507	.387	1.830
Rango	4	1	1	1	2	2	1	1	2	1	4	4	2	4
Mínimo	1	4	4	4	3	3	4	4	3	4	1	1	3	1
Máximo	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5

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

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	2	6.9	6.9	6.9
	En desacuerdo	2	6.9	6.9	13.8
	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	5	17.2	17.2	31.0
	De acuerdo	14	48.3	48.3	79.3
	Totalmente de acuerdo	6	20.7	20.7	100.0
	Total	29	100.0	100.0	

El tiempo de espera para la consulta es adecuado y en caso de tardar se explica la razón que lo justifica.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	2	6.9	6.9	6.9
	En desacuerdo	4	13.8	13.8	20.7
	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	3	10.3	10.3	31.0
	De acuerdo	12	41.4	41.4	72.4
	Totalmente de acuerdo	8	27.6	27.6	100.0
	Total	29	100.0	100.0	

Los médicos se muestran preocupados por la situación existente en la comunidad.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	3	10.3	10.3	10.3
	En desacuerdo	5	17.2	17.2	27.6
	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	4	13.8	13.8	41.4
	De acuerdo	9	31.0	31.0	72.4
	Totalmente de acuerdo	8	27.6	27.6	100.0
	Total	29	100.0	100.0	

Enfermeros

Estadísticos

	Enf 1	Enf 2	Enf 3	Enf 4	Enf 5	Enf 6	Enf 7	Enf 8	Enf 9	Enf 10
N Válido	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29
Perdidos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Media	4.72	4.69	4.76	4.76	4.38	4.69	4.55	3.93	4.07	4.76
Mediana	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	4.00	4.00	5.00
Moda	5	5	5	5	5	5	5	4 ^a	5	5
Desviación estándar	.455	.471	.435	.435	.820	.541	.632	1.033	1.100	.435
Varianza	.207	.222	.190	.190	.672	.293	.399	1.067	1.209	.190
Rango	1	1	1	1	3	2	2	4	4	1
Mínimo	4	4	4	4	2	3	3	1	1	4
Máximo	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5

El tiempo de espera para la atención de enfermería es adecuado y en caso de tardar se explica la razón que lo justifica.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Totalmente en desacuerdo	1	3.4	3.4	3.4
En desacuerdo	1	3.4	3.4	6.9
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	7	24.1	24.1	31.0
De acuerdo	10	34.5	34.5	65.5
Totalmente de acuerdo	10	34.5	34.5	100.0
Total	29	100.0	100.0	

Infraestructura

Estadísticos

	Inf 1	Inf 2	Inf 3	Inf 4	Inf 5	Inf 6	Inf 7	Inf 8	Inf 9	Inf 10	Inf 11	Inf 12
N Válido	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29
Perdidos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Media	2.90	2.76	2.00	2.45	2.93	2.93	2.72	2.86	2.97	2.83	3.00	2.69
Mediana	3.00	3.00	2.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00
Moda	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Desviación estándar	.310	.435	.756	.632	.258	.258	.528	.351	.186	.384	.000	.541
Varianza	.096	.190	.571	.399	.067	.067	.278	.123	.034	.148	.000	.293
Rango	1	1	2	2	1	1	2	1	1	1	0	2
Mínimo	2	2	1	1	2	2	1	2	2	2	3	1
Máximo	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3

En su consultorio se cumple con el horario de 1:00pm-5:00pm.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido No	8	27.6	27.6	27.6
En ocasiones	13	44.8	44.8	72.4
Si	8	27.6	27.6	100.0
Total	29	100.0	100.0	

En caso de que el médico y la enfermera no estén en este horario se precisa en una pancarta informativa de su localización.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido No	2	6.9	6.9	6.9
En ocasiones	12	41.4	41.4	48.3
Si	15	51.7	51.7	100.0
Total	29	100.0	100.0	

Anexo 31: Análisis estadísticos por listas en el estudio (La Plata)

Fuente: Elaboración propia a partir de SPSS Versión 22

Médicos

		Estadísticos													
		Me 1	Me 2	Me 3	Me 4	Me 5	Me 6	Me 7	Me 8	Me 9	Me 10	Me 11	Me 12	Me 13	Me 14
N	Válido	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
	Perdidos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Media	3.58	4.58	4.58	4.50	4.50	4.50	4.50	4.75	4.67	4.75	2.92	3.00	4.58	2.58
	Mediana	4.00	5.00	5.00	4.50	5.00	4.50	4.50	5.00	5.00	5.00	3.00	3.00	5.00	3.00
	Moda	4	5	5	4 ^a	5	4 ^a	4 ^a	5	5	5	3	3	5	3
	Desviación estándar	1.240	.515	.515	.522	.674	.522	.522	.452	.651	.452	.996	1.044	.515	1.240
	Varianza	1.538	.265	.265	.273	.455	.273	.273	.205	.424	.205	.992	1.091	.265	1.538
	Rango	3	1	1	1	2	1	1	1	2	1	4	4	1	3
	Mínimo	2	4	4	4	3	4	4	4	3	4	1	1	4	1
	Máximo	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4

El proceso de atención se realiza con una adecuada privacidad.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	En desacuerdo	4	33.3	33.3	33.3
	De acuerdo	5	41.7	41.7	75.0
	Totalmente de acuerdo	3	25.0	25.0	100.0
	Total	12	100.0	100.0	

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

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	1	8.3	8.3	8.3
	En desacuerdo	2	16.7	16.7	25.0
	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	7	58.3	58.3	83.3
	De acuerdo	1	8.3	8.3	91.7
	Totalmente de acuerdo	1	8.3	8.3	100.0
	Total	12	100.0	100.0	

El tiempo de espera para la consulta es adecuado y en caso de tardar se explica la razón que lo justifica.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	1	8.3	8.3	8.3
	En desacuerdo	2	16.7	16.7	25.0
	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	6	50.0	50.0	75.0
	De acuerdo	2	16.7	16.7	91.7
	Totalmente de acuerdo	1	8.3	8.3	100.0
	Total	12	100.0	100.0	

Los médicos se muestran preocupados por la situación existente en la comunidad.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	4	33.3	33.3	33.3
	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	5	41.7	41.7	75.0
	De acuerdo	3	25.0	25.0	100.0
	Total	12	100.0	100.0	

Enfermeros

Estadísticos

		Enf 1	Enf 2	Enf 3	Enf 4	Enf 5	Enf 6	Enf 7	Enf 8	Enf 9	Enf 10
N	Válido	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
	Perdidos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Media	4.75	4.67	4.67	4.75	3.67	4.75	4.67	3.00	2.92	4.92
	Mediana	5.00	5.00	5.00	5.00	4.00	5.00	5.00	3.00	3.00	5.00
	Moda	5	5	5	5	5	5	5	3	3	5
	Desviación estándar	.452	.492	.492	.452	1.371	.452	.492	1.044	.793	.289
	Varianza	.205	.242	.242	.205	1.879	.205	.242	1.091	.629	.083
	Rango	1	1	1	1	3	1	1	4	2	1
	Mínimo	4	4	4	4	2	4	4	1	2	4
	Máximo	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5

El personal de enfermería respeta la privacidad del paciente.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	En desacuerdo	4	33.3	33.3	33.3
	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	1	8.3	8.3	41.7
	De acuerdo	2	16.7	16.7	58.3
	Totalmente de acuerdo	5	41.7	41.7	100.0
	Total	12	100.0	100.0	

El tiempo de espera para la atención de enfermería es adecuado y en caso de tardar se explica la razón que lo justifica.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	1	8.3	8.3	8.3
	En desacuerdo	2	16.7	16.7	25.0
	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	6	50.0	50.0	75.0
	De acuerdo	2	16.7	16.7	91.7
	Totalmente de acuerdo	1	8.3	8.3	100.0
	Total	12	100.0	100.0	

Los enfermeros se muestran preocupados por la situación existente en la comunidad.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
--	--	------------	------------	-------------------	----------------------

Válido	En desacuerdo	4	33.3	33.3	33.3
	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	5	41.7	41.7	75.0
	De acuerdo	3	25.0	25.0	100.0
	Total	12	100.0	100.0	

Infraestructura

Estadísticos

	Inf 1	Inf 2	Inf 3	Inf 4	Inf 5	Inf 6	Inf 7	Inf 8	Inf 9	Inf 10	Inf 11	Inf 12
N Válido	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
Perdidos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Media	3.00	1.92	1.67	1.75	2.92	3.00	2.67	2.58	2.83	2.83	2.83	2.58
Mediana	3.00	2.00	1.50	2.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00
Moda	3	2	1	1 ^a	3	3	3	3	3	3	3	3
Desviación estándar	.000	.793	.778	.754	.289	.000	.651	.515	.389	.389	.389	.669
Varianza	.000	.629	.606	.568	.083	.000	.424	.265	.152	.152	.152	.447
Rango	0	2	2	2	1	0	2	1	1	1	1	2
Mínimo	3	1	1	1	2	3	1	2	2	2	2	1
Máximo	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3

En su consultorio se cumple con el horario de 8:00am-12:00m.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido No	4	33.3	33.3	33.3
En ocasiones	5	41.7	41.7	75.0
Si	3	25.0	25.0	100.0
Total	12	100.0	100.0	

En su consultorio se cumple con el horario de 1:00pm-5:00pm.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido No	6	50.0	50.0	50.0
En ocasiones	4	33.3	33.3	83.3
Si	2	16.7	16.7	100.0
Total	12	100.0	100.0	

En caso de que el médico y la enfermera no estén en este horario se precisa en una pancarta informativa de su localización.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido No	5	41.7	41.7	41.7
En ocasiones	5	41.7	41.7	83.3
Si	2	16.7	16.7	100.0
Total	12	100.0	100.0	

Los enfermeros se muestran preocupados por la situación existente en la comunidad.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	1	5.6	5.6	5.6
	En desacuerdo	2	11.1	11.1	16.7
	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	9	50.0	50.0	66.7
	De acuerdo	2	11.1	11.1	77.8
	Totalmente de acuerdo	4	22.2	22.2	100.0
	Total	18	100.0	100.0	

Infraestructura

Estadísticos

		Inf 1	Inf 2	Inf 3	Inf 4	Inf 5	Inf 6	Inf 7	Inf 8	Inf 9	Inf 10	Inf 11	Inf 12
N	Válido	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18
	Perdidos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Media	3.00	2.78	1.11	2.72	3.00	3.00	2.83	2.94	2.94	3.00	1.00	2.39
	Mediana	3.00	3.00	1.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	1.00	2.00
	Moda	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	1	2
	Desviación estándar	.000	.428	.323	.461	.000	.000	.383	.236	.236	.000	.000	.502
	Varianza	.000	.183	.105	.212	.000	.000	.147	.056	.056	.000	.000	.252
	Rango	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1
	Mínimo	3	2	1	2	3	3	2	2	2	3	1	2
	Máximo	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	1	3

En su consultorio se cumple con el horario de 1:00pm-5:00pm.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	16	88.9	88.9	88.9
	En ocasiones	2	11.1	11.1	100.0
	Total	18	100.0	100.0	

El consultorio dispone de baño para uso de los pacientes y familiares.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	En desacuerdo	18	100.0	100.0	100.0

Las consultas disponen de adecuadas condiciones de privacidad.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Medianamente de acuerdo	11	61.1	61.1	61.1
	Totalmente de acuerdo	7	38.9	38.9	100.0
	Total	18	100.0	100.0	

Anexo 33: Análisis estadísticos sección generales

Fuente: Elaboración propia a partir de SPSS Versión 22

Estadísticos

	¿Con la atención recibida en el consultorio usted se encuentra?	Satisfacción con el médico	Satisfacción con el enfermero	Satisfacción con la infraestructura	Si tuviese que evaluar la calidad de la Atención Primaria de Salud en Cienfuegos, ¿cuál sería su criterio?	Atención del médico	Atención del enfermero	Condiciones físicas y materiales del consultorio
N Válido	75	75	75	75	75	75	75	75
Perdidos	0	0	0	0	0	0	0	0
Media	4.24	4.27	4.36	3.91	3.72	2.60	1.97	1.43
Mediana	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	3.00	2.00	1.00
Moda	4	4	4	4	4	3	2	1
Desviación estándar	.612	.577	.536	.989	.781	.658	.464	.825
Varianza	.374	.333	.288	.978	.610	.432	.215	.680
Rango	2	2	2	4	4	2	2	2
Mínimo	3	3	3	1	1	1	1	1
Máximo	5	5	5	5	5	3	3	3

¿Con la atención recibida en el consultorio usted se encuentra?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Medianamente satisfecho	7	9.3	9.3	9.3
	Satisfecho	43	57.3	57.3	66.7
	Muy satisfecho	25	33.3	33.3	100.0
	Total	75	100.0	100.0	

Satisfacción con el médico

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Medianamente satisfecho	5	6.7	6.7	6.7
	Satisfecho	45	60.0	60.0	66.7
	Muy satisfecho	25	33.3	33.3	100.0
	Total	75	100.0	100.0	

Satisfacción con el enfermero

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Medianamente satisfecho	2	2.7	2.7	2.7
	Satisfecho	44	58.7	58.7	61.3
	Muy satisfecho	29	38.7	38.7	100.0
	Total	75	100.0	100.0	

Satisfacción con la infraestructura

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente insatisfecho	3	4.0	4.0	4.0
	Insatisfecho	4	5.3	5.3	9.3
	Medianamente satisfecho	10	13.3	13.3	22.7
	Satisfecho	38	50.7	50.7	73.3
	Muy satisfecho	20	26.7	26.7	100.0
	Total	75	100.0	100.0	

Si tuviese que evaluar la calidad de la Atención Primaria de Salud en Cienfuegos, ¿cuál sería su criterio?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Muy mala	1	1.3	1.3	1.3
	Mala	3	4.0	4.0	5.3
	Regular	21	28.0	28.0	33.3
	Buena	41	54.7	54.7	88.0
	Excelente	9	12.0	12.0	100.0
	Total	75	100.0	100.0	

Atención del médico

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Menos importante	7	9.3	9.3	9.3
	Medianamente importante	16	21.3	21.3	30.7
	Más importante	52	69.3	69.3	100.0
	Total	75	100.0	100.0	

Atención del enfermero

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Menos importante	9	12.0	12.0	12.0
	Medianamente importante	59	78.7	78.7	90.7
	Más importante	7	9.3	9.3	100.0
	Total	75	100.0	100.0	

Condiciones físicas y materiales del consultorio

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Menos importante	59	78.7	78.7	78.7
	Más importante	16	21.3	21.3	100.0
	Total	75	100.0	100.0	

Anexo 34: Análisis estadísticos sección generales (Campo de Tiro)

Fuente: Elaboración propia a partir de SPSS Versión 22

	¿Con la atención recibida en el consultorio usted se encuentra?	Satisfacción con el médico	Satisfacción con el enfermero	Satisfacción con la infraestructura	Si tuviese que evaluar la calidad de la Atención Primaria de Salud en Cienfuegos, ¿cuál sería su criterio?
N Válido	16	16	16	16	16
Perdidos	0	0	0	0	0
Media	4.63	4.56	4.63	4.56	3.88
Mediana	5.00	5.00	5.00	5.00	4.00
Moda	5	5	5	5	4
Desviación estándar	.500	.512	.500	.512	.885
Varianza	.250	.263	.250	.263	.783
Rango	1	1	1	1	3
Mínimo	4	4	4	4	2
Máximo	5	5	5	5	5

¿Con la atención recibida en el consultorio usted se encuentra?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Satisfecho	6	37.5	37.5	37.5
Muy satisfecho	10	62.5	62.5	100.0
Total	16	100.0	100.0	

Satisfacción con el médico

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Satisfecho	7	43.8	43.8	43.8
Muy satisfecho	9	56.3	56.3	100.0
Total	16	100.0	100.0	

Satisfacción con el enfermero

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Satisfecho	6	37.5	37.5	37.5
Muy satisfecho	10	62.5	62.5	100.0
Total	16	100.0	100.0	

Satisfacción con la infraestructura

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Satisfecho	7	43.8	43.8	43.8
Muy satisfecho	9	56.3	56.3	100.0
Total	16	100.0	100.0	

Anexo 35: Análisis estadísticos sección generales (Llega y Pon y la Esperanza)

Fuente: Elaboración propia a partir de SPSS Versión 22

	¿Con la atención recibida en el consultorio usted se encuentra?	Satisfacción con el médico	Satisfacción con el enfermero	Satisfacción con la infraestructura	Si tuviese que evaluar la calidad de la Atención Primaria de Salud en Cienfuegos, ¿cuál sería su criterio?
N Válido	29	29	29	29	29
Perdidos	0	0	0	0	0
Media	4.34	4.34	4.45	4.17	3.86
Mediana	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00
Moda	4	4	4	4	4
Desviación estándar	.553	.553	.506	.602	.789
Varianza	.305	.305	.256	.362	.623
Rango	2	2	1	2	4
Mínimo	3	3	4	3	1
Máximo	5	5	5	5	5

¿Con la atención recibida en el consultorio usted se encuentra?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Medianamente satisfecho	1	3.4	3.4	3.4
Satisfecho	17	58.6	58.6	62.1
Muy satisfecho	11	37.9	37.9	100.0
Total	29	100.0	100.0	

Satisfacción con el médico

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Medianamente satisfecho	1	3.4	3.4	3.4
Satisfecho	17	58.6	58.6	62.1
Muy satisfecho	11	37.9	37.9	100.0
Total	29	100.0	100.0	

Satisfacción con el enfermero

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Satisfecho	16	55.2	55.2	55.2
Muy satisfecho	13	44.8	44.8	100.0
Total	29	100.0	100.0	

Satisfacción con la infraestructura

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Medianamente satisfecho	3	10.3	10.3	10.3
Satisfecho	18	62.1	62.1	72.4
Muy satisfecho	8	27.6	27.6	100.0
Total	29	100.0	100.0	

Anexo 36: Análisis estadísticos sección generales (La Planta)

Fuente: Elaboración propia a partir de SPSS Versión 22

	¿Con la atención recibida en el consultorio usted se encuentra?	Satisfacción con el médico	Satisfacción con el enfermero	Satisfacción con la infraestructura	Si tuviese que evaluar la calidad de la Atención Primaria de Salud en Cienfuegos, ¿cuál sería su criterio?
N	Válido	12	12	12	12
	Perdidos	0	0	0	0
	Media	3.92	4.08	4.08	3.83
	Mediana	4.00	4.00	4.00	4.00
	Moda	4	4	4	4
	Desviación estándar	.793	.669	.669	1.115
	Varianza	.629	.447	.447	1.242
	Rango	2	2	2	4
	Mínimo	3	3	3	1
	Máximo	5	5	5	5

¿Con la atención recibida en el consultorio usted se encuentra?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Medianamente satisfecho	4	33.3	33.3	33.3
Satisfecho	5	41.7	41.7	75.0
Muy satisfecho	3	25.0	25.0	100.0
Total	12	100.0	100.0	

Satisfacción con el médico

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Medianamente satisfecho	2	16.7	16.7	16.7
Satisfecho	7	58.3	58.3	75.0
Muy satisfecho	3	25.0	25.0	100.0
Total	12	100.0	100.0	

Satisfacción con el enfermero

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Medianamente satisfecho	2	16.7	16.7	16.7
Satisfecho	7	58.3	58.3	75.0
Muy satisfecho	3	25.0	25.0	100.0
Total	12	100.0	100.0	

Satisfacción con la infraestructura

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Totalmente insatisfecho	1	8.3	8.3	8.3
Medianamente satisfecho	2	16.7	16.7	25.0
Satisfecho	6	50.0	50.0	75.0
Muy satisfecho	3	25.0	25.0	100.0
Total	12	100.0	100.0	

Anexo 37: Análisis estadísticos sección generales (La Vega)

Fuente: Elaboración propia a partir de SPSS Versión 22

	¿Con la atención recibida en el consultorio usted se encuentra?	Satisfacción con el médico	Satisfacción con el enfermero	Satisfacción con la infraestructura	Si tuviese que evaluar la calidad de la Atención Primaria de Salud en Cienfuegos, ¿cuál sería su criterio?
N	Válido	18	18	18	18
	Perdidos	0	0	0	0
Media		3.94	4.00	4.17	2.94
Mediana		4.00	4.00	4.00	3.00
Moda		4	4	4	4
Desviación estándar		.416	.485	.383	1.056
Varianza		.173	.235	.147	1.114
Rango		2	2	1	3
Mínimo		3	3	4	1
Máximo		5	5	5	4

¿Con la atención recibida en el consultorio usted se encuentra?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Medianamente satisfecho	2	11.1	11.1	11.1
Satisfecho	15	83.3	83.3	94.4
Muy satisfecho	1	5.6	5.6	100.0
Total	18	100.0	100.0	

Satisfacción con el médico

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Medianamente satisfecho	2	11.1	11.1	11.1
Satisfecho	14	77.8	77.8	88.9
Muy satisfecho	2	11.1	11.1	100.0
Total	18	100.0	100.0	

Satisfacción con el enfermero

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Satisfecho	15	83.3	83.3	83.3
Muy satisfecho	3	16.7	16.7	100.0
Total	18	100.0	100.0	

Satisfacción con la infraestructura

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Totalmente insatisfecho	2	11.1	11.1	11.1
Insatisfecho	4	22.2	22.2	33.3
Medianamente satisfecho	5	27.8	27.8	61.1
Satisfecho	7	38.9	38.9	100.0
Total	18	100.0	100.0	

Anexo 38: Sugerencias de los participantes en la investigación

Fuente: Elaboración propia

Campo de Tiro y Llega y Pon y La Esperanza

- 1-Proporcionar al médico todo lo necesario para tratar a sus pacientes y familiares.
- 2-No cambiar a los médicos en tan poco tiempo.

La Planta

- 1-Carencia de asientos para esperar consulta.
- 2- Facilitar a pacientes postrados todos los medicamentos necesarios y hacerle llegar las recetas de los mismos para no tener que hacer cola.
- 3- Separar el consultorio 20 del 21 para así tener el espacio necesario para las consultas.
- 4-Los aparatos de aerosoles están rotos y hay que trasladarse hasta el policlínico.
- 5-Asignar mayor número de médicos para la consulta.
- 6-Garantizar siempre a pacientes crónicos los medicamentos según su historia clínica, dependiendo de la necesidad de cada uno.
- 7-Carencia de instrumentos de trabajo, por ejemplo, guantes y aparatos de tomar presión.
- 8-Proporcionar a médicos y enfermeros los instrumentos necesarios para examinar a los pacientes.
- 9-Que el médico permanezca por más tiempo en el consultorio y no lo cambien.

La Vega

- 1-Realizar visitas al hogar.
- 2-Acercar el consultorio a la comunidad.
- 3-Agrandar el consultorio.
- 4- Hacer un baño.

Anexo 39: Análisis de la fiabilidad

Fuente: Elaboración propia a partir de SPSS Versión 22

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	75	100.0
	Excluido ^a	0	.0
	Total	75	100.0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.905	36

Anexo 40: Cuestionario a aplicar a personal de la salud que labora en CMF de zonas de mayor complejidad

Instrucciones: La Dirección Provincial de Salud de Cienfuegos se orienta a mejorar la calidad de sus servicios, fundamentalmente en los Consultorios Médicos de la Familia y en los barrios con situaciones complejas.

A usted como médico/enfermero que labora en CMF se le solicita información sobre el trabajo cotidiano y condiciones en los mismos.

CARACTERIZACIÓN DEL ENCUESTADO: Marque con X donde corresponda

Indique el número de su: Consultorio No _____		
Edad (Marque con x)	Entre 19 y 29 _____ Entre 30 y 45 _____	Entre 46 y 60 _____ Entre 61 y 75 _____ Más de 75 _____
Sexo (Marque con x)	F _____	M _____
Nivel de escolaridad vencido (Marque con x)	Técnico-medio _____ Universitario _____	
Especialidad	_____ Médico _____ Enfermero	
Años de experiencia	_____ Menos de 1 _____ Entre 1 y 3 _____ Entre 4 y 7 _____ Entre 8 y 10 _____ Más de 10	
Años de trabajo en el CMF actual	_____ Menos de 1 _____ Entre 1 y 3 _____ Entre 4 y 7 _____ Entre 8 y 10 _____ Más de 10	

CALIDAD DE ATENCIÓN- MÉDICOS: Con cada pregunta o afirmación indique su nivel de concordancia según la experiencia vivida, marque con X en la columna correspondiente.

Preguntas	Nunca	Casi nunca	En ocasiones	Casi siempre	Siempre
15. El proceso de atención se realiza con una adecuada privacidad.					
16. Llego en el horario fijado para el proceso de atención médica.					
17. El tiempo de espera para la consulta es adecuado y en caso de tardarme se explica la razón que lo justifica.					
18. Me preocupo por la situación existente en la comunidad.					

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN- ENFERMEROS: Con cada pregunta o afirmación indique su nivel de concordancia según la experiencia vivida, marque con X en la columna correspondiente.

Preguntas	Nunca	Casi nunca	En ocasiones	Casi siempre	Siempre
11. Considero que la privacidad del paciente debe respetarse.					
12. El tiempo de espera es el adecuado y en caso de tardar explico la razón que lo					

justifica.					
13. Me preocupo por la situación existente en la comunidad.					

EVALUACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA: Para su respuesta marque con X en el espacio indicado (espacio rayado) de acuerdo a su trabajo cotidiano y la situación del CMF en que labora.

1. Visita usted periódicamente a los pacientes en la comunidad ___Si ___En ocasiones ___No
2. Le da un seguimiento especial a los pacientes en grupos priorizados y a los que han padecido la COVID-19 ___Si ___En ocasiones ___No
3. En su consultorio se cumple con el horario de 8:00am-12:00m. ___Si ___En ocasiones ___No
4. En su consultorio se cumple con el horario de 1:00pm-5:00pm. ___Si ___En ocasiones ___No
5. En caso de que no estén en este horario se precisa en una pancarta informativa de su localización. ___Si ___En ocasiones ___No
6. El personal de los consultorios médicos de la familia dispone de los equipos e instrumental, y otros recursos para la atención. ___Si ___En ocasiones ___No
7. El consultorio tiene un ambiente agradable (adecuada iluminación natural o artificial, adecuada ventilación natural o artificial, no existe ruido). ___ Totalmente de acuerdo ___ Medianamente de acuerdo ___ En desacuerdo
8. El consultorio mantiene una limpieza adecuada. ___ Totalmente de acuerdo ___ Medianamente de acuerdo ___ En desacuerdo
9. El consultorio dispone de mobiliario en buen estado. ___ Totalmente de acuerdo ___ Medianamente de acuerdo ___ En desacuerdo
10. El consultorio dispone de baño en buen estado para uso de los pacientes y familiares. ___ Totalmente de acuerdo ___ Medianamente de acuerdo ___ En desacuerdo
11. Las consultas disponen de adecuadas condiciones de privacidad. ___ Totalmente de acuerdo ___ Medianamente de acuerdo ___ En desacuerdo

GENERALES: Marque con X su respuesta en el espacio indicado (espacio rayado)

1. ¿Con qué frecuencia intercambia con otros actores que intervienen en la transformación del barrio o participa de estas acciones?
 ___Una vez a la semana ___Cada dos meses
 ___Quincenal ___Cada tres meses
 ___Mensual ___Nunca
 ___Otra frecuencia
2. Si tuviese que evaluar la calidad de la Atención Primaria de Salud en Cienfuegos, ¿cuál sería su criterio?
 ___Excelente ___ Buena ___Regular ___ Mala ___Muy mala
3. Sugerencias: A su juicio cuáles son los factores que afectan el desarrollo de su trabajo cotidiano en los que puede mejorarse para elevar la calidad de los servicios y de vida en la comunidad.

Anexo 41: Análisis de los resultados de frecuencia de marcado del cuestionario aplicado al personal de salud.

Fuente: Elaboración propia

Edad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Entre 19 y 29	3	50.0	50.0	50.0
	Entre 30 y 45	1	16.7	16.7	66.7
	Entre 46 y 60	2	33.3	33.3	100.0
	Total	6	100.0	100.0	

Sexo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Femenino	5	83.3	83.3	83.3
	Masculino	1	16.7	16.7	100.0
	Total	6	100.0	100.0	

Nivel de escolaridad vencido

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Técnico medio	1	16.7	16.7	16.7
	Universitario	5	83.3	83.3	100.0
	Total	6	100.0	100.0	

Especialidad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Médico	3	50.0	50.0	50.0
	Enfermero	3	50.0	50.0	100.0
	Total	6	100.0	100.0	

Años de experiencia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Entre 1 y 3	2	33.3	33.3	33.3
	Entre 4 y 7	1	16.7	16.7	50.0
	Más de 10	3	50.0	50.0	100.0
	Total	6	100.0	100.0	

Años de trabajo en el CMF actual

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Menos de 1	2	33.3	33.3	33.3
	Entre 1 y 3	1	16.7	16.7	50.0
	Más de 10	3	50.0	50.0	100.0
	Total	6	100.0	100.0	

El proceso de atención se realiza con una adecuada privacidad.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No es médico	3	50.0	50.0	50.0
	En ocasiones	2	33.3	33.3	83.3
	Casi siempre	1	16.7	16.7	100.0
	Total	6	100.0	100.0	

Llego en el horario fijado para el proceso de atención médica.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No es médico	3	50.0	50.0	50.0
	Casi siempre	2	33.3	33.3	83.3
	Siempre	1	16.7	16.7	100.0
	Total	6	100.0	100.0	

El tiempo de espera para la consulta es adecuado y en caso de tardarme se explica la razón que lo justifica.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No es médico	3	50.0	50.0	50.0
	Casi siempre	2	33.3	33.3	83.3
	Siempre	1	16.7	16.7	100.0
	Total	6	100.0	100.0	

Me preocupo por la situación existente en la comunidad.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No es médico	3	50.0	50.0	50.0
	Casi siempre	1	16.7	16.7	66.7
	Siempre	2	33.3	33.3	100.0
	Total	6	100.0	100.0	

Considero que la privacidad del paciente debe respetarse.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No es enfermero	3	50.0	50.0	50.0
	Siempre	3	50.0	50.0	100.0
	Total	6	100.0	100.0	

El tiempo de espera es el adecuado y en caso de tardar explico la razón que lo justifica.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No es enfermero	3	50.0	50.0	50.0
	Siempre	3	50.0	50.0	100.0
	Total	6	100.0	100.0	

Me preocupo por la situación existente en la comunidad.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No es enfermero	3	50.0	50.0	50.0

Siempre	3	50.0	50.0	100.0
Total	6	100.0	100.0	

Visita usted periódicamente a los pacientes en la comunidad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Si	6	100.0	100.0	100.0

Le da un seguimiento especial a los pacientes en grupos priorizados y a los que han padecido la COVID-19

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido En ocasiones	1	16.7	16.7	16.7
Si	5	83.3	83.3	100.0
Total	6	100.0	100.0	

En su consultorio se cumple con el horario de 8:00am-12:00m.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Si	6	100.0	100.0	100.0

En su consultorio se cumple con el horario de 1:00pm-5:00pm.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Si	6	100.0	100.0	100.0

En caso de que no estén en este horario se precisa en una pancarta informativa de su localización.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Si	6	100.0	100.0	100.0

El personal de los consultorios médicos de la familia dispone de los equipos e instrumental, y otros recursos para la atención.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido No	2	33.3	33.3	33.3
En ocasiones	3	50.0	50.0	83.3
Si	1	16.7	16.7	100.0
Total	6	100.0	100.0	

El consultorio tiene un ambiente agradable (adecuada iluminación natural o artificial, adecuada ventilación natural o artificial, no existe ruido).

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Medianamente de acuerdo	2	33.3	33.3	33.3
Totalmente de acuerdo	4	66.7	66.7	100.0
Total	6	100.0	100.0	

El consultorio mantiene una limpieza adecuada.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente de acuerdo	6	100.0	100.0	100.0

El consultorio dispone de mobiliario en buen estado.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Medianamente de acuerdo	2	33.3	33.3	33.3
	Totalmente de acuerdo	4	66.7	66.7	100.0
	Total	6	100.0	100.0	

El consultorio dispone de baño en buen estado para uso de los pacientes y familiares.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	En desacuerdo	2	33.3	33.3	33.3
	Totalmente de acuerdo	4	66.7	66.7	100.0
	Total	6	100.0	100.0	

Las consultas disponen de adecuadas condiciones de privacidad.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Medianamente de acuerdo	2	33.3	33.3	33.3
	Totalmente de acuerdo	4	66.7	66.7	100.0
	Total	6	100.0	100.0	

Evaluación de la APS Cienfuegos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Regular	2	33.3	33.3	33.3
	Buena	4	66.7	66.7	100.0
	Total	6	100.0	100.0	

Anexo 42: Análisis de causas raíces a los problemas detectados en las zonas de mayor complejidad

Fuente: Elaboración propia

Tabla 1: Análisis de causas raíces a problemas detectados en cuanto a la caracterización del encuestado

Problemáticas detectadas	¿Por qué?	¿Por qué?	¿Por qué?	¿Por qué?	¿Por qué?	Barrios	Mejora que se proyecta
Falta de conocimiento de la población de los miembros del EBS	Falta de intercambios	No se realiza el terreno	Indisciplina	Falta de control administrativo		La Vega	2,3 y 5
			No se conocen o aprovechan las vías para el intercambio con la comunidad	Deficiente intercambio con organizaciones de masas y la administración pública		Llega y Pon y La Esperanza	
	Fluctuación de personal	Cumplimiento de misiones internacionalistas	Errores en la organización del trabajo con los médicos de reserva				
	Rotaciones de los residentes en formación						
		Certificados, licencias u otros motivos personales					
Falta de	Falta de intercambios	No se realiza el terreno	Indisciplina	Falta de control administrativo		Todos los barrios con situación de	2,3 y 5

conocimiento de la población de los miembros del GBT			No se conocen o aprovechan las vías para el intercambio con la comunidad	Deficiente intercambio con organizaciones de masas y la administración pública		vulnerabilidad
	Fluctuación de personal	Cumplimiento de misiones internacionalistas	Errores en la organización del trabajo con los médicos de reserva			
		Rotaciones de los residentes en formación				
		Certificados, licencias u otros motivos personales				
	Inestabilidad en fechas de interconsultas	Errores en la planificación del trabajo				
		Indisciplinas	Falta de control administrativo			
No se realizan visitas en el hogar (terreno)	Indisciplinas	Falta de control administrativo				3,4 y 6
	Desactualización de la dispensarización	No se realiza terreno teniendo en cuenta los grupos	No se efectúa el pesquaje activo a la población de			

		dispensariales y la planificación de este	manera adecuada				
	Incumplimiento de los horarios de trabajo establecidos	Indisciplina	Falta de control administrativo				
No se realiza la atención a grupos priorizados (embarazadas, recién nacidos, enfermos crónicos, pacientes postrados, adulto mayor, donante de sangre y paciente con VIH) de forma periódica	Indisciplinas	Falta de control administrativo					3,4 y 6
	Desactualización de la dispensarización	No se realiza terreno teniendo en cuenta los grupos dispensariales y la planificación de este	No se efectúa el pesquaje activo a la población de manera adecuada				
	No se efectúan suficientes acciones de promoción y prevención de salud en el terreno (instituciones de la comunidad, hogares)	No se planifican acciones	Indisciplina	Falta de control administrativo			
		Las acciones que se planifican no se cumplen	Falta de recursos	Falta de control administrativo y gestión			
			Indisciplina	Falta de control administrativo			

Tabla 2: Análisis de causas raíces a problemas detectados en cuanto a la atención de médicos y enfermeros

Problemáticas detectadas	¿Por qué?	¿Por qué?	¿Por qué?	¿Por qué?	¿Por qué?	Barrio	Mejora que responde al problema
El proceso de atención no se realiza con una adecuada privacidad	Los locales no tienen adecuadas condiciones					La Vega (Médicos)	7, 8 y 10
	El personal de salud que labora no toma todas las precauciones para que haya más privacidad en la consulta y en determinados procedimientos.	El proceso comunicativo no es adecuado	Falta de capacitación en cuanto a comunicación y calidad de los servicios			La Planta (Médicos y Enfermeros)	
Los médicos no llegan en el horario fijado para el proceso de atención	El médico no se encuentra en la consulta y el paciente debe esperar	Indisciplina	Solución de problemas de servicio (guardia médica)	Errores en la organización del trabajo		Llega y Pon y La Esperanza	2
			Solución de problemas personales	Falta de control administrativo			3

médica		Cumplimiento de otras labores	Errores en la planificación del trabajo				2
El tiempo de espera para la consulta no es adecuado y en caso de tardar no se explica la razón que lo justifica.	Los pacientes y familiares no comprenden la complejidad de algunos procederes que deben ejecutar los médicos y enfermeros que demandan mayor tiempo	El proceso comunicativo no es adecuado	Falta de capacitación en cuanto a comunicación y calidad de los servicios			Llega y Pon y La Esperanza (Médicos y Enfermeros)	7 y 8
	Los médicos tardan en la realización de procederes que no son complejos	Deficiente preparación del personal de salud que es joven y con poco tiempo en los CMF	Los CMF son un espacio para la formación de especialistas en MGI (residentes)			La Planta (Médicos y Enfermeros)	7 y 8
		Indisciplina	Falta de control administrativo				3
	Desconocimiento de problemas de salud de la población que se atiende para el caso de los médicos	Fluctuación laboral	Cumplimiento de misiones internacionalistas	Errores en la organización del trabajo con los médicos de reserva			
Rotaciones de los residentes en formación							
Certificados, licencias u otros							

			motivos personales				
Los médicos no se preocupan por la situación existente en la comunidad y en menor medida reconocen los pacientes que sucede lo mismo con los enfermeros	Carecen de intercambios con otros actores de gobierno responsables de la transformación	No se cumple lo que se ha establecido en materia de involucrar actores en la transformación del barrio	Falta de control administrativo			Llega y Pon y La Esperanza (Médicos)	1, 5 y 6
		Fluctúa el personal con frecuencia y no llega a identificar con su población en el caso de los médicos	Cumplimiento de misiones internacionalistas			La Planta (Médicos y Enfermeros)	
			Rotaciones de los residentes en formación			La Vega (Médicos y Enfermeros)	
			Certificados, licencias u otros motivos personales				2

Tabla 3: Análisis de causas raíces a problemas detectados en cuanto a la infraestructura

Problemáticas detectadas	¿Por qué?	¿Por qué?	¿Por qué?	¿Por qué?	¿Por qué?	Barrio	Mejora que responde al problema
En los consultorios no se cumple con los horarios, fundamentalmente con el horario de 1:00pm-5:00pm	Ausencia del EBS	Terreno	Cumplimiento del programa	Errores en la planificación del trabajo		Llega y Pon y La Esperanza solo para Médicos	2,3 y 7
		Indisciplina	Falta de control administrativo			La Planta La Vega	3
En caso de que el médico y la enfermera no estén en el horario fijado no se precisa en una pancarta informativa de su localización	Incumplimiento del Programa del médico y la enfermera de la familia	Indisciplina	Falta de control administrativo			Llega y Pon y La Esperanza La Planta	3

Los consultorios no disponen de baño en buen estado para uso de los pacientes y familiares.	El consultorio no dispone de baño	Estructura de la edificación donde radica el CMF	Se requiere de inversiones para mejorar los locales			La Vega	9 y 10
Las consultas no disponen de adecuadas condiciones de privacidad	Estructura de la edificación donde radica el CMF	Se requiere de inversiones para mejorar los locales				La Vega	9 y 10

Anexo 43: Plan de mejoras a las deficiencias detectadas en los CMF de zonas de mayor complejidad

Fuente: Elaboración propia

	¿Qué?	¿Quién?	¿Cómo?	¿Por qué?	¿Dónde?	¿Cuándo?
1	Incluir al personal de EBS a encuentros con actores de la comunidad que laboran en su transformación, involucrarlos en los planes de acciones de otros sectores que se diseñen	Coordinador político Dirección Municipal de Salud-Asamblea Municipal	Invitando al médico y enfermera a encuentros, reuniones, talleres u otras acciones que se efectúen para involucrar aún más considerando que el personal ha fluctuado y que los servicios de salud son altamente demandados	Porque las personas opinan que no visualizan su preocupación en los asuntos y transformación de la comunidad	Campo de Tiro Llega y Pon y La Esperanza La Planta La Vega	Enero – Marzo 2023
2	Revisar la organización del trabajo para médicos y enfermeros	Vicedirección de Asistencia Médica del Policlínico	Realizando un análisis de la carga de trabajo de los médicos y enfermeros por mes y reajustar su distribución acorde con la reserva médica disponible en el Policlínico	Porque la población no conoce a su EBS ni a los especialistas que le corresponden dada inestabilidad en el personal. Además, por cuestiones organizativas se retrasa el servicio y en	Llega y Pon y La Esperanza La Planta La Vega	Mensualmente a partir de enero 2023

				ocasiones se incumple con los horarios		
3	Implementar un plan de observación cotidiano correctivo de normas de comportamiento y tratamiento a pacientes, permanencia para médicos y enfermeros, trabajo en el terreno con grupos priorizados, y las actividades de promoción y prevención.	Dirección de Salud Lajas Vicedirección de Asistencia Médica del Policlínico Jefes de GBT	A partir de visitas cotidianas programadas y no programadas a los servicios del CMF y entrevistas a pacientes. 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 existen errores en la comunicación, se incumplen los horarios de servicios de los CMF, es inadecuado el trabajo en el terreno y la atención a grupos priorizados.	Llega y Pon y La Esperanza La Planta La Vega	Mensualmente a partir de enero 2023
4	Garantizar la adecuada dispensarización de la población a partir de una revisión y actualización de la existente.	Miembros del EBS	Realizando adecuadamente las acciones en el terreno	Porque no es correcta la atención a grupos priorizados ni el trabajo en el terreno desde la perspectiva	Llega y Pon y La Esperanza La Planta	Enero – Febrero 2023

				de los pacientes	La Vega	
5	Coordinar participación en las Asambleas de Rendición de Cuentas del actual Período de mandato para intercambiar con la población.	Miembros del EBS Designados para atender barrios con situación de vulnerabilidad	Intercambiando con el Presidente del Consejo Popular	Porque el intercambio con las organizaciones de masas y la administración pública es muy deficiente	Llega y Pon y La Esperanza La Planta La Vega	A partir de enero 2023
6	Diseñar acciones de promoción y prevención de salud para intercambiar con diferentes grupos priorizados y verificar el cumplimiento de estas.	Miembros del EBS y GBT	Diseñando acciones a realizarse en el terreno Elaborando un plan anual de acciones de promoción y prevención de salud, además de un plan de control del mismo	Porque el trabajo con los grupos priorizados es deficiente, así como otras labores en el terreno. Revisar las acciones incluidas en el plan del año 2022 para no reiterar estas en cuanto a la manera en que se realizan y posibles temáticas a abordar.	Llega y Pon y La Esperanza La Planta La Vega	A partir de enero 2023

7	Organizar y realizar acciones de capacitación con los médicos y enfermeros en los CMF en cuanto a diferentes temas como: Programa del médico y enfermera de la familia, y calidad de servicios, comunicación	Dirección de Recursos Humanos del Policlínico Departamento Docente- Metodológico del Policlínico	Realizar levantamiento de necesidades de capacitación sobre los temas mencionados con el capital humano Coordinar con especialistas en los temas a incluirse en sesiones de capacitación de la Dirección Provincial de Salud u otras instituciones Controlar la realización de las acciones previstas	Porque se requiere erradicar barreras comunicativas que afectan las percepciones de los pacientes en cuanto al servicio que se presta en los CMF	Llega y Pon y La Esperanza La Planta	A partir de febrero de 2023 en función de lo aprobado en el Plan de capacitación
8	Establecer planes de control y verificación de participación en las acciones de capacitación que se organicen en el Policlínico	Dirección de Recursos Humanos del Policlínico Departamento Docente- Metodológico del Policlínico	A partir de un plan de control a las actividades de capacitación que se planifiquen en el Policlínico	Porque es importante verificar el cumplimiento de las acciones de capacitación y la asistencia de los médicos y enfermeros que las requieren	Llega y Pon y La Esperanza La Planta	A partir de febrero de 2023 en función de lo aprobado en el Plan de capacitación

9	Elaborar el plan de mantenimiento de los locales y mobiliarios	Administrador del Policlínico Departamento de Economía del Policlínico	Estableciendo acciones de mantenimiento que se ajusten a las condiciones de los locales y mobiliario y a las prioridades del Policlínico	Porque no se cuenta con un plan de mantenimiento planificado que garantice satisfacer las demandas en cuanto a ello de los CMF o no se cumple el mismo	La Vega	Enero de 2023
10	Concertar proyectos inversionistas para los locales de los CMF	Administrador del Policlínico Departamento de Economía del Policlínico Dirección Municipal de Salud	Realizando análisis económicos y establecimiento de prioridades del área para la inclusión en el Plan de la Economía del año	Porque los locales en que radican los CMF no disponen de adecuadas condiciones estructurales	La Vega	A partir de enero de 2023