



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

**PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD
PERCIBIDA DE SERVICIOS DE ASISTENCIA EN SALUD. CASO DE
ESTUDIO: HOSPITAL PROVINCIAL DE CIENFUEGOS**

**TESIS EN OPCIÓN AL TÍTULO ACADÉMICO DE
MÁSTER EN INGENIERÍA INDUSTRIAL
MENCIÓN CALIDAD**

Autora:

Ing. Dainelis Curbelo Martínez

Universidad “Carlos Rafael Rodríguez”, Cienfuegos, Cuba

Tutores:

MSc. Ing. Marle Pérez de Armas

Universidad “Carlos Rafael Rodríguez”, Cienfuegos, Cuba

MSc. Dra. Arelys Falcón Hernández

Hospital “Dr. Gustavo Aldereguía Lima”, Cienfuegos, Cuba

MSc. Ing. Berlan Rodríguez Pérez

Universidad “Carlos Rafael Rodríguez”, Cienfuegos, Cuba

Consultante: MSc. Lic. Elia N. Cabrera Álvarez

Universidad “Carlos Rafael Rodríguez”, Cienfuegos, Cuba

**Cienfuegos
2013**



PENSAMIENTO



“Hay una fuerza motriz más poderosa que el vapor, la
electricidad y la energía atómica:
la voluntad.”

Albert Einstein

DEDICATORIA



DEDICATORIA

A todas las personas especiales en mi vida, particularmente a una de las que más amo a pesar del paso de los años y la distancia porque ya no está; quien me disfrutaba de niña, inspiró mis primeros escritos y me conquistó con su energía a pesar de la edad; a quien tengo presente cada segundo por su legado sincero; a uno de mis adorados viejitos: mi abuelo.

AGRADECIMIENTOS



AGRADECIMIENTOS

A mis papis que son mi más grande ejemplo y a mis hermanos, a quienes adoro. A toda mi familia que cada día me da lecciones de incondicionalidad, el mayor regalo que me ha dado la vida.

A mi esposo, el hombre que amo y siempre me apoya para alcanzar mis sueños. A mis suegros que tan importante lugar ocupan en mi corazón.

A mis tutores y consultante, por su presteza a asistirme en todo momento, por brindarme la posibilidad de compartir conocimientos y por su tiempo.

A los expertos a quienes he acudido para consultar sus criterios, por su prontitud y apoyo.

A todos los trabajadores del Centro Especializado Ambulatorio y del Hospital Provincial que han estado relacionados con esta idea.

A quienes de una forma u otra han participado para el cumplimiento de los objetivos propuestos en la investigación.

Gracias

RESUMEN



RESUMEN

El trabajo que se presenta está encaminado a diseñar un procedimiento para la evaluación de la calidad percibida de servicios de asistencia en salud que oriente la mejora continua en estas organizaciones utilizando como caso de estudio el Hospital Provincial de Cienfuegos “Dr. Gustavo Aldereguía Lima”. El procedimiento que se diseña para dar cumplimiento a este objetivo cuenta con cuatro etapas y diez pasos, además se articula a partir de la aplicación de un conjunto de herramientas que se especifican y ponen en práctica para su validación en el Servicio Quirúrgico Ambulatorio del Centro Especializado Ambulatorio.

Los resultados de la implementación del procedimiento facilitan las futuras aplicaciones del mismo dado que se construye una lista de ítems a considerar al evaluar calidad percibida en otros servicios de asistencia en salud, se diseña el instrumento de evaluación para el caso del Servicio Quirúrgico Ambulatorio, se llega a determinar la satisfacción y se proponen acciones de mejora a las principales deficiencias detectadas que la condicionan.

SUMMARY



SUMMARY

The work presented is aimed to design a perceived quality evaluation procedure for health services that permits the continuous improvement in healthcare organizations such as “Dr. Gustavo Aldereguía Lima” Cienfuegos Provincial Hospital. The procedure that is designed to comply with this objective has four stages and ten steps, and it is articulated considering the application of a group of tools that are specified and implemented for its validation in the Ambulatory Surgical Service of the Specialized Ambulatory Center.

The results of the procedure implementation facilitate its future applications taking into account that it is elaborated a list of items to consider for evaluating perceived quality in health care services in general, it is designed the evaluation instrument for the Ambulatory Surgical Service case, it is determined the satisfaction and different actions are proposed to improve major deficiencies.

ÍNDICE



Índice

RESUMEN

SUMMARY

INTRODUCCIÓN 8

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO REFERENCIAL 14

1.1- Calidad de servicios y su gestión en las organizaciones 14

1.1.1- Servicios y calidad percibida de servicios. Concepciones generales 17

1.1.2- Modelos de calidad percibida de servicios 22

1.1.3- Procedimientos para la evaluación de la calidad percibida de servicios 25

1.2- Calidad de servicios y su gestión en organizaciones de asistencia en salud 27

1.2.1- Calidad percibida de servicios de asistencia en salud. Concepciones generales 31

1.2.2- Evaluación de la calidad percibida de servicios de asistencia en salud 33

1.3- Sistema de Salud en Cuba. Particularidades..... 36

1.3.1- Sistema de Salud en Cienfuegos..... 38

1.4- Conclusiones del Capítulo I 39

CAPÍTULO II: PROCEDIMIENTO PARA EVALUAR LA CALIDAD PERCIBIDA DE SERVICIOS DE ASISTENCIA EN SALUD 41

2.1- Principios del procedimiento para la evaluación de la calidad percibida de servicios de asistencia en salud 41

2.2- Procedimiento para evaluar la calidad percibida de servicios de asistencia en salud..... 43

2.3- Herramientas útiles en la aplicación del procedimiento 48

2.4- Conclusiones del Capítulo II 65

CAPÍTULO III: IMPLEMENTACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA EVALUAR LA CALIDAD PERCIBIDA DEL SERVICIO QUIRÚRGICO AMBULATORIO DEL CENTRO ESPECIALIZADO AMBULATORIO, HOSPITAL PROVINCIAL DE CIENFUEGOS 66

3.1- Etapa I: Descripción de la organización objeto de estudio y del servicio a analizar 66

3.2- Etapa II: Evaluación de la calidad percibida 74

3.3- Etapa III: Determinación de la satisfacción 85

3.4- Etapa IV: Mejora del proceso de servicio 88

3.5- Consideraciones para futuras aplicaciones del procedimiento 89

3.6- Conclusiones del Capítulo III 92

CONCLUSIONES GENERALES..... 94

RECOMENDACIONES 95

BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCION



INTRODUCCIÓN

La calidad aplicada a los procesos de servicios es un concepto intangible y abstracto, difícil de definir y evaluar (Yesilada y Direktör, 2010). En este sector en el mundo se tiene una presión creciente por demostrar que la gestión empresarial posee un enfoque al cliente y que se desarrolla la mejora continua conociendo los criterios de estos (Shahin, 2006), por tanto sus percepciones de calidad o calidad percibida se tienen en cuenta todo el tiempo y esta debe ser evaluada para orientar las acciones a emprender por las organizaciones.

Entre los servicios en los que se ha evaluado la calidad percibida se encuentran: servicios de restaurantes (Andaleeb y Conway, 2006), deportivos (Gálvez, 2011), turísticos (Valls *et al.*, 2002; Frías, 2005), bancarios, bibliotecarios, de líneas aéreas, de alojamiento, balnearios y de educación superior, además de los servicios de asistencia en salud (Díaz y Pons, 2009).

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

Por otra parte, los hospitales como instituciones de salud tratan de certificar su Sistema de Gestión de la Calidad con las ISO 9000 (Organización Internacional de Normalización, 2008), donde el enfoque al cliente es uno de los requisitos, este en salud tiene en cuenta al paciente como cliente primario cuyos criterios deben considerarse para garantizar la mejora continua de los procesos (BSi Management Systems, 2002).

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

de la salud. Garantizar la utilización eficiente de los recursos, el ahorro y la eliminación de gastos innecesarios (Comité Central del Partido, 2011).

En aras de responder a las demandas dadas por la tendencias internacionales en materia de gestión de la calidad y considerando las necesidades declaradas para Cuba desde hace varios años y con mayor fuerza en los últimos tiempos, en las instituciones de salud se reconoce la relevancia de aplicar métodos científicos en su gestión, incorporar en la planificación de las investigaciones temáticas dirigidas a la profundización de la calidad y relacionarlas con las aspiraciones futuras en los servicios hospitalarios, y promover propuestas de intercambio sobre temáticas de calidad hospitalaria que originen el desarrollo de iniciativas propias en la búsqueda y elaboración de las soluciones a los problemas identificados de la calidad hospitalaria (Ministerio de Salud Pública, 2007).

Entre las organizaciones que en el país tienen en cuenta las particularidades destacadas como motivaciones de trabajo cotidiano se encuentra el Hospital Provincial de Cienfuegos “Dr. Gustavo Aldereguía Lima” (GAL) con 34 años de servicios. Este en materia de calidad está inmerso en el desarrollo del Programa de Gestión de la Calidad Hospitalaria desde el 2007, de Programas de Seguridad del Paciente y se tiene un Programa para Evaluar la Satisfacción (Fonseca et al. 2007), entre otras prácticas que le hacen prestigioso. Anexo a este surge en el año 2009 el Centro Especializado Ambulatorio “Héroes de Playa Girón” (CEA), único de su tipo en Cuba (Falcón, 2012).

En materia de servicios de salud, si de considerar los criterios de pacientes se trata, se han desarrollado varias investigaciones, entre las de aportes novedosos se encuentran las de Mira et al. (1998), Civera (2008), Yesilada y Direktör (2010), y Romero (2011), enfocadas a análisis multicriterios al abordar la calidad percibida en servicios de asistencia en salud. La tendencia internacionalmente es determinar la calidad una vez concluido el servicio dadas variables incidentes en la percepción de los pacientes que se han identificado para ser incluidas en cuestionarios validados al efecto.

En Cuba también se han realizado estudios orientados a ello, pero la generalidad es que se aplican puntualmente, se alcanza un resultado pero luego no se sistematiza, no se vuelve la evaluación multicriterio una práctica habitual, situación que puede estar dada por la carencia de procedimientos que lo orienten, una debilidad que reconocen Díaz y Pons (2009). En concordancia con esto, en el Hospital GAL se han efectuado investigaciones que tributan a dos rutinas que se desarrollan: la vigilancia de la satisfacción mediante autoencuestas (Santos et al.,

2003; Fonseca et al., 2009) y en áreas críticas (Iraola et al., 2005; Fonseca et al., 2007; Fonseca et al., 2012), de las cuales es la primera variante la más utilizada.

Actualmente, tanto en el CEA como en el GAL se aplican cada semana las autoencuestas que consisten en una tira de papel donde los clientes (pacientes y familiares) deben escribir sus criterios del servicio recibido sin responder a formato alguno o a preguntas precisas, todo lo que le agrega un carácter más subjetivo aún. Luego esta respuesta es codificada por quienes las procesan para determinar las principales insatisfacciones en las que debe incidirse de manera concreta.

El método descrito, dada la complejidad y multidimensionalidad en la definición de la calidad percibida, no está acorde a las prácticas actuales más utilizadas en materia de su medición para servicios de atención en salud. Además, no se cuenta con un procedimiento detallado que facilite la evaluación de la calidad percibida y que oriente la toma de decisiones en función de las percepciones de los pacientes, que a su vez, tribute a la mejora continua considerando estas como una fuente de retroalimentación de la que hoy no puede prescindirse. Lo anteriormente abordado constituye la **SITUACIÓN PROBLÉMICA** de la investigación que se desarrolla.

Todo lo detallado hasta el momento hace que se declare como **PROBLEMA CIENTÍFICO**: ¿Cómo desarrollar la evaluación de la calidad percibida de servicios de asistencia en salud del Hospital Provincial de Cienfuegos “Dr. Gustavo Aldereguía Lima”?

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

Objetivo general: Diseñar un procedimiento para la evaluación de la calidad percibida de servicios de asistencia en salud que oriente la mejora continua en estas organizaciones utilizando como caso de estudio el Hospital Provincial de Cienfuegos “Dr. Gustavo Aldereguía Lima”.

Objetivos específicos:

1. Diseñar un procedimiento para la evaluación de la calidad percibida por pacientes de servicios de asistencia en salud.
2. Implementar el procedimiento en el Servicio Quirúrgico Ambulatorio del Centro Especializado Ambulatorio anexo al Hospital Provincial de Cienfuegos.
3. Proponer acciones que permitan continuar con la aplicación del procedimiento diseñado para garantizar la mejora continua.

Se considera como **HIPÓTESIS:**

El diseño de un procedimiento para la evaluación de la Calidad percibida de servicios de asistencia en salud y su aplicación en el Servicio Quirúrgico Ambulatorio del Centro Especializado Ambulatorio anexo al Hospital Provincial de Cienfuegos, permite de manera integradora identificar los criterios relevantes que poseen pacientes del mismo, determinar su satisfacción y establecer acciones orientadas a la mejora.

El **TIPO DE INVESTIGACIÓN** que se desarrolla es: descriptiva y correlacional.

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

Variable independiente: Procedimiento para la evaluación de la Calidad percibida de servicios de asistencia médica.

Conceptualización: Forma especificada para llevar a cabo una actividad o proceso (Organización Internacional de Normalización, 2000).

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

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

- Criterios relevantes de los pacientes

Conceptualización: Juicios de los pacientes sobre el servicio que reciben que condicionan su satisfacción con este. Una evaluación de la calidad desde la percepción de los evaluadores (Duque et al., 2006).

Operacionalización: Los juicios de los pacientes se conocen a partir de un instrumento multicriterio para evaluar la calidad percibida de la atención médica, del personal de enfermería, del personal de servicios y de la infraestructura, que se valida para el caso de estudio, y de análisis estadísticos que se efectúan.

- Satisfacción

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

Operacionalización: Se determina la satisfacción general a partir de los propios ítems que evalúan la calidad percibida considerando como sus componentes la satisfacción con la atención médica, de enfermería, del personal de servicios y con la infraestructura.

- Acciones orientadas a la mejora

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

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

JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación se justifica dada la necesidad de evaluar periódicamente la calidad percibida para lo que no se tiene un procedimiento documentado que oriente a la mejora continua considerando la percepción de los pacientes. A ello se suma que no se cuenta con un instrumento multicriterio para realizar dicha evaluación y la determinación de la satisfacción, destacándose la subjetividad que prima actualmente al considerar la autoencuesta como método para la vigilancia activa de esta en el Hospital Provincial de Cienfuegos. Además de lo planteado, en la identificación y proyección de adecuadas alternativas de mejora a partir del procedimiento está la garantía de elevar los niveles de satisfacción de los pacientes en diferentes servicios de salud.

Los **PRINCIPALES APORTES** de la misma son de orden metodológico, práctico y social, lo que se especifica teniendo en cuenta los resultados alcanzados.

Aporte metodológico

- Procedimiento para evaluar la calidad percibida de servicios de asistencia en salud.

Aporte práctico

- Documentación como proceso del Servicio Quirúrgico Ambulatorio acorde a los requisitos de la ISO 9001: 2008.
- Lista de ítems a considerar en la evaluación de la calidad percibida de servicios de asistencia en salud.
- Instrumento para evaluar la calidad percibida del Servicio Quirúrgico Ambulatorio del Centro Especializado Ambulatorio anexo al Hospital Provincial de Cienfuegos.

- Ecuación para la determinación de la satisfacción general que puede ser empleada en cualquier servicio si se evalúa teniendo en cuenta la incidencia en esta de la satisfacción con los médicos, enfermeros, personal de servicios e infraestructura.
- Libro de Microsoft Excel que facilita el procesamiento de la información para la toma de decisiones considerando como fuente de retroalimentación el criterio de los pacientes.
- Acciones encaminadas a la mejora del proceso de servicios en que se evalúa la calidad percibida.

Aporte social: El aporte social de esta investigación radica en la posibilidad de que cada paciente se sienta parte activa de su sistema de salud, opine libre y conscientemente del servicio que recibe teniendo en cuenta diferentes criterios, aprecie que de verdad puede incidir y se escuchan sus opiniones para mejorar la calidad de los servicios, lo que puede percibir a su regreso a la institución o por referencia de otros pacientes.

La investigación queda estructurada en:

Capítulo I: Marco Teórico Referencial

Se presenta una fundamentación teórica sobre las principales concepciones relacionadas con la calidad percibida, su modelación y evaluación en los servicios, y particularmente en servicios de salud. Además se describe el Sistema Nacional de Salud y el Sistema Provincial de Salud de Cienfuegos.

Capítulo II: Procedimiento para evaluar la Calidad percibida de servicios de asistencia en salud

En este Capítulo se presenta el procedimiento diseñado para la evaluación de la calidad percibida de servicios de asistencia en salud y se detallan herramientas que pueden ser útiles en su aplicación.

Capítulo III: Implementación del procedimiento para evaluar la calidad percibida del Servicio Quirúrgico Ambulatorio del Centro Especializado Ambulatorio, Hospital Provincial de Cienfuegos

En este Capítulo se implementa el procedimiento validado que culmina con propuestas de mejora a las deficiencias detectadas y consideraciones para futuras aplicaciones del procedimiento.

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

CAPÍTULO I



CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

Introducción

El Marco Teórico Referencial que se presenta permite el análisis de concepciones y elementos relacionados con la calidad de servicios percibida y esta en los servicios de salud, según los criterios de diferentes autores. El sustento conceptual de la investigación se desarrolla considerando el hilo conductor que se ilustra en la Figura 1.1 a continuación.

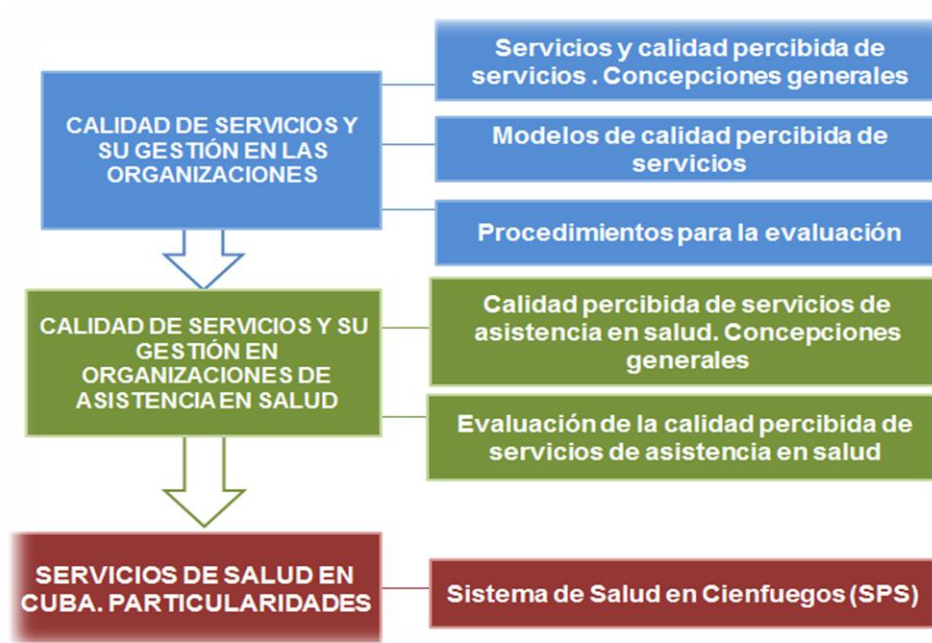


Figura 1.1: Hilo conductor de la investigación

Fuente: Elaboración propia

En los epígrafes que siguen se abordan aspectos principales relacionados con cada uno de los apartados incluidos en el hilo conductor de la investigación antes presentado.

1.1- Calidad de servicios y su gestión en las organizaciones

En la actualidad, y desde hace ya algún tiempo, en las organizaciones productivas o de servicios es común abogar por la calidad. En su tratamiento se especifica que calidad es: el grado en que un conjunto de características inherentes cumplen con los requisitos (Organización Internacional de Normalización, 2000); la satisfacción del cliente, y adecuado para el uso es una buena definición alternativa (Juran y Blanton, 2001); abarca todas las cualidades con las que cuenta un producto o un servicio para ser de utilidad a quien se sirve de

él (Cantú, 2001); es el juicio que el cliente tiene sobre un producto o servicio, el cual por lo general es la aprobación o rechazo (Gutiérrez y de la Vara, 2004).

Son estos algunos de los conceptos dados en la última década que permiten definir como determinantes de la calidad los criterios de clientes que demandan bienes y/o servicios a las organizaciones, su conformidad y satisfacción. Lo anterior no se aleja de lo planteado en épocas previas de desarrollo de la temática entre las que resaltan: era de la inspección, era del control estadístico de procesos, era del aseguramiento o enfoque del control de la calidad total, era del control de la calidad en toda la compañía o enfoque japonés de la calidad, era de la administración estratégica de la calidad o gestión de la calidad total, a las que también se suman la gestión de la calidad de servicios y el enfoque humano (Cantú, 2001; Camisón, Cruz, y González, 2007). En el Anexo 1 se hace referencia a cada una de estas etapas, su análisis permite valorar las diferencias existentes que han llegado a fomentar la mirada a la calidad descrita.

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

Muchos autores han realizado comparaciones entre los modelos de gestión de la calidad existentes, Rangel (2005) analiza, mediante una matriz de conceptos, los modelos de: Crosby (1984), Juran (1987), Deming (1989), el de la ISO 9000: 2000, el del Premio de Calidad de Malcom Baldrige, el del Premio Nacional de Calidad de la República de Cuba, Modelo Iberoamericano de Excelencia en la Gestión, el Modelo Japonés y el Modelo Xerox. En su estudio considera trece características que son: asociada la calidad al cumplimiento de requisitos, asociada la calidad a la actitud para el uso, asociada la calidad a través de caracteres; relaciona la calidad, las expectativas y las necesidades, enfocada la medición hacia los requisitos de oferta (promesas), orientada hacia la dirección y la organización, gestiona la calidad de forma global en la organización, cumple con la función de planificación, control y mejora; proceso de mejora enfocado a la educación de las personas, proceso de mejora hacia los procesos, proceso de mejora hacia los productos, utilización de herramientas en los procesos de medición y mejora, y utilización con fines de certificación (Rangel, 2005).

La comparación efectuada concluye que la mayoría de los modelos recogen entre tres y cuatro características, el Modelo de Crosby agrupa ocho, el de Juran siete de estas y el de la familia de normas ISO 9000:2000 que se ilustra en la Figura 1.2 contiene nueve, considerándose este el más completo (Rangel, 2005), criterio con que se comparte.

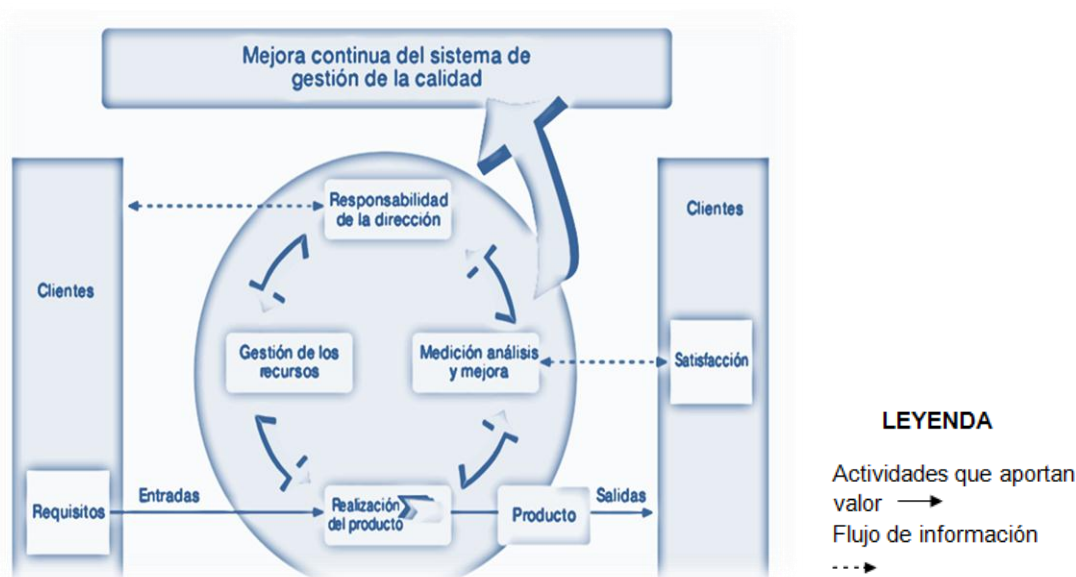


Figura 1.2: Modelo de un sistema de Gestión de la Calidad basado en procesos de la ISO 9000: 2000

Fuente: (Organización Internacional de Normalización, 2000)

El modelo de la familia de normas ISO 9000: 2000 tiene como base los procesos y juegan un papel importante las partes interesadas al declarar sus demandas y su satisfacción con lo recibido. El cumplimiento de todos los requisitos establecidos en la ISO 9001: 2008 permite certificar el Sistema de Gestión de la Calidad, lo que hoy es una meta para organizaciones en todo el mundo, tanto productoras de bienes como de servicios.

La gestión de la calidad siguiendo este modelo se realiza a partir de ocho principios con el fin de conducir a una mejora en el desempeño, estos son (Organización Internacional de Normalización, 2000):

- **Enfoque al cliente:** Las organizaciones dependen de sus clientes y por lo tanto deberían comprender las necesidades actuales y futuras de los clientes, satisfacer los requisitos de los clientes y esforzarse en exceder las expectativas de los clientes.
- **Liderazgo:** Los líderes establecen la unidad de propósito y la orientación de la organización. Ellos deberían crear y mantener un ambiente interno, en el cual el personal pueda llegar a involucrarse totalmente en el logro de los objetivos de la organización.

- **Participación del personal:** El personal, a todos los niveles, es la esencia de una organización y su total compromiso posibilita que sus habilidades sean usadas para el beneficio de la organización.
- **Enfoque basado en procesos:** Un resultado deseado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso.
- **Enfoque de sistema para la gestión:** Identificar, entender y gestionar los procesos interrelacionados como un sistema, contribuye a la eficacia y eficiencia de una organización en el logro de sus objetivos.
- **Mejora continua:** La mejora continua del desempeño global de la organización debería ser un objetivo permanente de esta. Se define como actividad recurrente para aumentar la capacidad para cumplir requisitos.
- **Enfoque basado en hechos para la toma de decisión:** Las decisiones eficaces se basan en el análisis de los datos y la información.
- **Relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor:** Una organización y sus proveedores son interdependientes, y una relación mutuamente beneficiosa aumenta la capacidad de ambos para crear valor.

El contacto con los clientes o entre estos responde al primero de los principios descritos y se logra en momentos de servicios, lo que se trata en lo adelante.

1.1.1- Servicios y calidad percibida de servicios. Concepciones generales

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

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

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

En los conceptos de servicios dados se destaca su intangibilidad, una de las características que le hacen diferente de los productos tangibles que pueden ofrecerse en las organizaciones, pero también se dan otras particularidades como: inseparabilidad o simultaneidad entre producción y consumo, y la heterogeneidad; estas son abordadas por autores como Parasuraman, Zeithaml, y Berry (1985), Grönroos (1994), Frías (2005), Civera (2008) y Gálvez (2011). Sobre el tema Grönroos (1994) enuncia las particularidades ya mencionadas y adiciona: valor esencial producido en la interacción comprador- vendedor, mayor participación del cliente, se logra una actividad o proceso, no se pueden almacenar y no hay transferencia de la propiedad.

Con estas dos últimas especificidades concuerda Gálvez (2011), quien al realizar un estudio al respecto señala que autores como Varo (1993), Martínez-Tur *et al.* (2001) y Salvador (2008), las identifican nombrándolas: caducidad o carácter perecedero y propiedad temporal e intransferible. Todo ello se resume en la Figura 1.3 y se detalla en el Anexo 2, considerando además los criterios dados por Frías (2005).



Figura 1.3: Características de los servicios

Fuente: Elaboración propia

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

La calidad de los servicios ha sido objeto de estudio de investigadores como Oliver (1977, 1980, 1981, 1985, 1988, 1989), Grönroos (1982, 1984), Lewis y Booms (1983), Holbrook y Corfman (1985), Parasuraman, Zeithaml, y Berry (1988), Bolton y Drew (1991), Denton (1991), Horovitz (1993) y, Cronin y Taylor (1993), quienes la definen como aparece en el Anexo 3.

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

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

1. Servicio esperado: Conocer lo que los clientes esperan con relación a los varios atributos del servicio es posiblemente la etapa más crítica para la prestación de servicios de alta calidad. Muchas empresas subestiman la necesidad de entender por completo las expectativas de sus clientes. A pesar de que ellas tienen un genuino interés en proveer servicios de calidad, piensan de adentro hacia fuera, en vez de un abordaje de afuera hacia dentro. Cuando esto sucede, las empresas suministran servicios que no atienden las expectativas de los clientes.
2. Factor de influencia: Varios factores están constantemente influenciando y moldeando las expectativas de los clientes en relación al servicio. Son ellos: las comunicaciones de boca a boca, las necesidades personales, las experiencias pasadas con un mismo proveedor y/o con otros proveedores (concurrentes), y las comunicaciones externas, que incluyen una variedad de mensajes directas e indirectas, emitidas por las empresas a sus clientes actuales o futuros compradores.

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

De lo tratado hasta el momento puede concluirse que si al definir calidad se esclarecía la importancia de la orientación al cliente, en la calidad de los servicios es este un participante crítico. Lo anterior se fundamenta en que el cliente es activador en materia de servicios, dada su demanda es que estos se realizan, está presente en la producción, los recibe y evalúa según criterios personales en el tiempo en que se efectúan.

Se entiende por **cliente** a una organización o persona que recibe un producto (Organización Internacional de Normalización, 2000), al que utiliza un producto o servicio. Es una parte esencial de los negocios, es un ser humano con sentimientos y emociones similares a los de quienes intercambian con él y que merece un trato respetuoso. Un cliente no es una interrupción del trabajo, es un objetivo (Sangüesa, 2006).

Los clientes, según la Organización Internacional de Normalización (2000) en su Norma ISO 9000: 2000, 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).

En ambos casos es objetivo el logro de la **satisfacción**, como se ha venido señalando, esta se define en el Anexo 4. Como se deduce de un análisis del mismo, el concepto de satisfacción se ha ido matizando a lo largo del tiempo y puede ser vista como:

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

En los últimos tiempos se hace evidente la necesidad de unicidad en su entendimiento porque ambos influyen en la satisfacción.

Civera (2008) aclara que la satisfacción y la calidad de los servicios percibida son antecedentes y consecuentes, pese a que también se visualiza la relación entre ambos en una sola dirección. La satisfacción en una transacción concreta viene determinada por la calidad de servicio percibida y a su vez, la satisfacción influye en la evaluación a largo plazo de la calidad de servicio que perciben los individuos. El nivel de satisfacción, elemento de la calidad del servicio ya mencionado, se puede definir como evaluación post-consumo y/o post-uso, susceptible de cambio en cada transacción, fuente de desarrollo y cambio de actitudes de consumo y/o uso, resultado de procesos psicosociales de carácter cognitivo y afectivo (Civera, 2008).

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

En esta investigación se considera la satisfacción directamente proporcional a la calidad que percibe el cliente: en la medida en que la calidad percibida se incrementa esta también aumentará; se entiende a la satisfacción como consecuente de la calidad percibida.

El logro de una percepción de calidad acorde a los servicios que se ofrecen y de la satisfacción de los clientes debe estar entre los principios de gestión en organizaciones de esta naturaleza. La gestión de la calidad aplicada a los servicios se ha convertido en una estrategia prioritaria y cada vez son más los que tratan de definirla y medirla para finalmente mejorarla (Grönroos, 1994). En materia de definición y evaluación de la calidad percibida se han desarrollado modelos explicativos que se presentan en el apartado siguiente.

1.1.2- Modelos de calidad percibida de servicios

Al describir la calidad del servicio percibida se han fomentado dos grandes escuelas: la Escuela Nórdica de Marketing de servicios (Tradición europea) y la Escuela Norteamericana o Instituto de Ciencias del Marketing:

- En la primera de estas se inscriben los criterios de Grönroos (1982, 1984), quien concluye que la calidad del servicio percibida es el resultado de una comparación entre el servicio percibido y el esperado, donde el cliente compara sus expectativas con su percepción del servicio recibido. La calidad del servicio percibida presenta dos dimensiones: la técnica o de resultado (lo que se da al cliente cuando el proceso productivo y las interacciones comprador-vendedor han concluido) y la funcional o relacionada con el proceso (modo en que el cliente experimenta el proceso simultáneo de producción y consumo), asociadas a la calidad técnica (qué) y la funcional (cómo). A dichas dimensiones este autor adiciona luego la imagen (Gálvez, 2011).
- En la segunda, siguiendo la idea de Grönroos (1984) se destacan los trabajos de Parasuraman et al. (1988), quienes visualizan la calidad de servicios percibida como una forma de actitud resultante del contraste entre percepciones y expectativas en relación con un determinado rango de atributos o dimensiones.

En resumen, la Escuela Norteamericana ha favorecido el desarrollo de la parte intangible del modelo Europeo, pero sin embargo ha desfavorecido la parte tangible que hace referencia a la calidad técnica (Martínez-Tur, Peiró, y Ramos, 2001). Por otro lado, las dos tradiciones tienen

un mismo punto de partida al definir la calidad del servicio como discrepancia entre expectativas y percepciones, lo que responde al paradigma de la disconformidad.

En el sector de los servicios, con un alto grado de unanimidad, la calidad viene determinada por la diferencia entre el desempeño percibido y las expectativas, se trata del denominado paradigma de la disconformidad, ya mencionado. Por otra parte se encuentra 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 los paradigmas es representativo de las Escuelas Nórdica y Norteamericana, pero el de la percepción del desempeño únicamente es considerado en esta última (Rodríguez, 2007).

En la Figura 1.4 aparecen los **modelos** que responden a cada uno de los paradigmas explicados. Se especifican estos porque son los que reiteradamente se abordan en la literatura consultada, estos se detallan en el Anexo 5.

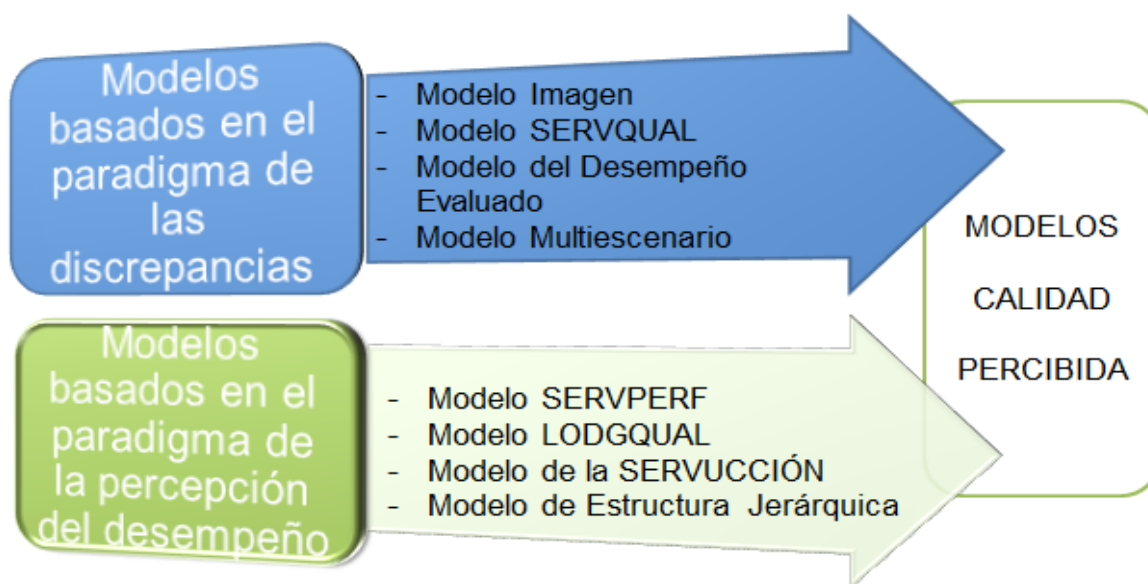


Figura 1.4: Modelos de calidad en los servicios

Fuente: Elaboración propia

Entre los modelos explicados resulta sin dudas uno de los más utilizados el SERVQUAL, afirmación que se sustenta en los criterios de diferentes autores en la última década. Entre los que ofrecen apreciaciones se encuentra Castillo (2005) quien plantea que SERVQUAL es el modelo de investigación más usado para medir la calidad en la industria de servicios y que la

diversidad de su aplicación ha permitido su revisión y validación como instrumento de medición, incorporando constantes mejoras. A ello añade Civera (2008) que es la aportación que ha suscitado más interés en la literatura en la calidad en el terciario. Particularmente, Gálvez (2011) destaca su trascendencia gracias a la adaptación en servicios de muy diversa tipología a lo que suma Romero (2011) que por su gran pragmatismo en ocasiones se asocia la calidad de servicio con este modelo sin tener en cuenta otras perspectivas.

Al respecto Díaz y Pons (2009) subrayan 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. Dichos investigadores refieren que para medir la calidad de servicio percibida hay que integrar las dos formas más utilizadas de operacionalización de esta variable: SERVPERF y SERVQUAL (Martínez, 2006; Díaz y Pons, 2009).

En el Anexo 6 se especifican las particularidades del modelo SERVQUAL y su escala de medición que se ha ido perfeccionando cada vez para brindar una evaluación de la calidad de servicios percibida más fiable y válida. Considerando la multidimensionalidad de la escala SERVQUAL, esta ha sido adaptada teniendo en cuenta las características propias de diferentes servicios, otra muestra de que su aplicación es amplia en esta industria para evaluar la calidad percibida, lo que se detalla en el Anexo 7.

Entre los autores que exponen criterios ya tratados sobre los modelos de calidad percibida se encuentran Díaz y Pons (2009) quienes para el caso de Cuba proponen un modelo propio a partir de su experiencia en diferentes servicios y de las consideraciones antes descritas sobre los modelos difundidos internacionalmente, el mismo se explica en el Anexo 8. La propuesta de estos investigadores es aplicable a cualquiera de las empresas que intenten alcanzar altos niveles de calidad y permite llegar a identificar las deficiencias incidentes en la percepción de los clientes sobre los servicios, su idea sigue los criterios de Parasuraman et al. (1985), pero para el caso cubano se consideran las deficiencias de comunicación hacia los clientes, de ejecución y de planificación.

En resumen, existen varios modelos para la evaluación de la calidad percibida de servicios, pero de estos el que posee mayor aplicación es el SERVQUAL que cuenta con una escala multidimensional que se ha utilizado como punto de partida para análisis de esta naturaleza en diferentes tipos de servicios. Dicha escala se ha puesto en práctica considerando los preceptos del paradigma de las discrepancias en que se produce y de la percepción del desempeño

(SERVPERF), aportando criterios que posibilitan a las organizaciones revisar sus prácticas en materia de servicios para alcanzar la calidad adecuada que garantice la satisfacción de los clientes. Así han sido resultado de investigaciones otros cuestionarios que intentan dar una visión general de la calidad percibida en diferentes servicios, de los revisados en la última década se encuentran: el cuestionario de Valls, Vigil, Yera, y Romero (2002) y el de Frías (2005) para servicios de hotelería y turismo; el de Gutiérrez (2006) para la calidad y satisfacción en servicios públicos; el de Civera (2008) para hospitales; el de Moreno (2010) para servicios informáticos de desarrollo de software; el de Gálvez (2011) para servicios deportivos; y el de Garrido, Shih, y Martínez- Molina (2012) para servicios de bibliotecas y archivos, por sólo mencionar algunos.

Pero lo cierto es que las organizaciones necesitan, además de una evaluación periódica o en un momento dado a través de cuestionarios, incorporar una orientación clara que permita utilizar los resultados de esta en aras de la mejora de los procesos que inciden en la percepción de los clientes. Con el objetivo anterior se encuentran en la literatura algunos procedimientos que se explican a continuación.

1.1.3- Procedimientos para la evaluación de la calidad percibida de servicios

En la revisión de la literatura realizada no se encuentran procedimientos propiamente para la medición de la calidad de servicios percibida en muchos de los trabajos que hacen referencia al tema, validados en Cuba se ha logrado consultar el de Díaz y Pons (2009) y el de Moreno (2010).

Díaz y Pons (2009) afirman que en la revisión bibliográfica que realizan no es posible encontrar trabajos que, de forma explícita, desarrollen procedimientos para la evaluación de la calidad de servicio percibida, lo que concuerda con lo afirmado por la autora de la presente. A pesar de esto, resaltan que es común determinar las dimensiones y atributos de calidad en el servicio, pero para hacerlo aplican métodos diferentes como: la revisión bibliográfica, dinámicas de grupo con los clientes, entrevistas en profundidad con los clientes, consultas a expertos o al personal de la empresa y escalas de medida (Díaz y Pons, 2009).

El procedimiento que proponen Díaz y Pons (2009) tiene un total de tres fases y ocho etapas que se presentan en el Anexo 9. Dicho procedimiento se sustenta en los principios de: mejoramiento continuo (el procedimiento contempla el regreso a etapas anteriores con el objetivo de ir mejorando diferentes aspectos que puedan presentarse con deficiencias), parsimonia (la estructuración del procedimiento, su consistencia lógica y flexibilidad, permiten

llevar a cabo un proceso complejo de forma relativamente simple), pertinencia (la posibilidad que tiene el procedimiento de ser aplicado integralmente en cualquier momento del tiempo), suficiencia (referida a la disponibilidad de toda la información (y su tratamiento) que se requiere para su aplicación en estos análisis) y generalidad (es lo suficientemente general como para ser aplicado en cualquier empresa del sector servicio). 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) presenta un procedimiento que valida en la la División Desoft Villa Clara, este consta de 5 fases y 15 etapas. Los principios que considera, además de los que tienen en cuenta Díaz y Pons (2009), son:

- Adaptabilidad: Es lo suficientemente general como para ser aplicado a todo tipo de organización cuidando que en esencia debe ser utilizado para organizaciones de servicios.
- Aprendizaje: Contempla métodos de trabajo en grupo, encuestas y métodos de expertos para la selección de criterios de decisión, de factores para evaluar estos y la determinación de sus importancias relativas. Para lograr el consenso entre los involucrados en estos procesos, se requiere de su capacitación en las técnicas a aplicar y del ejercicio del método en reiteradas ocasiones, de ser necesario. Esto último es pertinente de tratarse de organizaciones complejas.
- Flexibilidad: La posibilidad que tiene de aplicarse a otras organizaciones con características no necesariamente idénticas a la seleccionada dentro del universo investigado.
- Consistencia lógica: En función de la ejecución de sus pasos en la secuencia planteada, en correspondencia con la lógica de ejecución de este tipo de estudio.
- Perspectiva o generalidad: Dada la posibilidad de su extensión como instrumento metodológico para ejecutar este estudio de medición, mejoramiento y control de los servicios en otras organizaciones de servicios.

El procedimiento de Moreno (2010) se presenta en el Anexo 10. La evaluación de la calidad que realiza está en función de las percepciones, considera el SERVPERF para construir el SOFTPERF, a partir de los resultados propone se enfoque la mejora. El autor incluye la periodicidad del estudio, tiene en cuenta el enfoque a procesos en el mejoramiento y atribuye

importancia al control y seguimiento de la gestión de la calidad desde la percepción de los clientes.

Del análisis realizado hasta el momento resulta que se tienen cuestionarios sustentados en diferentes escalas que son fruto de distintos modelos de la calidad percibida, a partir de escuelas que se han desarrollado en el tratamiento del tema, pero se carece de procedimientos que orienten la acción de evaluación para la mejora de la calidad percibida, a lo que contribuyen los de Díaz y Pons (2009) y Moreno (2010), cada uno con sus particularidades ya abordadas.

Luego de conocer definiciones y elementos esenciales relacionados con calidad, gestión de la calidad, calidad percibida y modelos de la calidad de servicios percibida, así como procedimientos para su evaluación, se procede a abordar su entendimiento en el sector de la salud, en que se realiza la presente investigación.

1.2- Calidad de servicios y su gestión en organizaciones de asistencia en salud

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

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

En el terreno de la salud el concepto de la calidad de la asistencia sanitaria empezó a ser aplicado hacia los años cincuenta en los Estados Unidos, con la fundación de la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), el cual esbozó los planteamientos de parámetros de calidad en su publicación del año 1953 con el manual de estándares para la acreditación de hospitales (Herrera, 2007). Desde entonces el hospital se considera como el resto de las empresas, sobre lo que existe consenso prácticamente general, siendo su producto final, la mejora o recuperación de la salud.

El funcionamiento interno de un hospital presenta atributos que están muy estrechamente ligados a los de una empresa de servicios, como son: los recursos humanos, la infraestructura tecnológica (clínica), los procesos, la logística y diversos actores entre otros que interrelacionados entre si dan una respuesta de calidad ante las necesidades de atención de salud de la población, siendo esta la razón de ser de un hospital (Herrera, 2007). En los últimos años es creciente la tendencia de empresarizar los hospitales, considerándose ello como la apropiación en la gestión de los mismos de técnicas que han sido desarrolladas para elevar la eficiencia y la eficacia de las actividades (Herrera, 2007), lo que según el criterio de Villalbí, Ballestín, Casas, y Subirana (2012) tarda en servicios de salud pública.

En la actualidad, considerando lo anterior, un gran número de hospitales en el mundo se encaminan para certificar el Sistema de Gestión de la Calidad considerando el modelo de la familia de normas ISO 9000: 2000, en lo que también trabajan las organizaciones de salud cubanas. Vale resaltar que en las organizaciones de salud coexisten normas, procedimientos, manuales indicativos de prácticas médicas en materia de atención en salud para garantizar la calidad del servicio. Para el caso de las ISO 9000: 2000 se tiene un modelo adaptado para las organizaciones de salud que se presenta en la Figura 1.5.



Figura 1.5: Modelo de la ISO 9000: 2000 para el sector de la salud

Fuente: (BSi Management Systems, 2002)

Al adoptar este enfoque en la gestión de la calidad es importante dirigirse a cumplir los principios de este modelo, entre los más importantes y que se trabajan en la actualidad para el caso de los hospitales: enfoque a procesos, enfoque a clientes (pacientes) y mejora continua. En la Figura 1.6 se ha sintetizado la evolución del entendimiento de la calidad en el sector de la salud, el máximo nivel alcanzado es el relativo a la mejora continua.

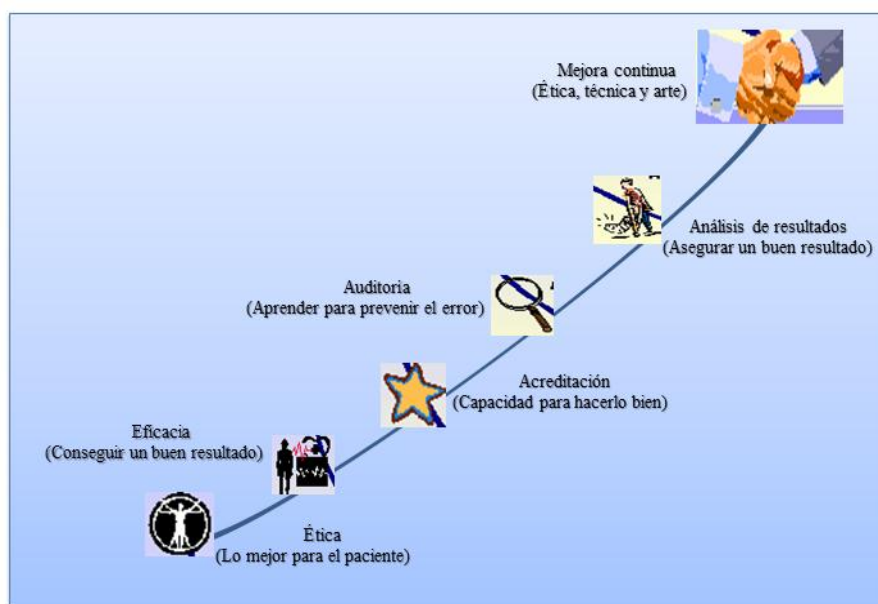


Figura 1.6: Evolución del concepto de calidad asistencial

Fuente: Elaboración propia

La mejora continua de los procesos se garantiza si se realiza un adecuado control y medición de los resultados de estos. González *et al.* (2010) afirman que en el caso de los servicios de salud a pesar del desarrollo que muestra el concepto de calidad a través varias décadas, la mensuración de esta sigue siendo un problema científico a resolver, a lo que se agrega que si se trata de calidad percibida la complejidad aumenta por la propia naturaleza de esta dimensión.

Los autores consideran que la premisa anterior está determinada por las características propias de los servicios. En este contexto a las mismas se suman que: el servicio no se puede preparar previamente, el servicio debe estar asegurado en cuanto a lo que requiere en todo momento, el servicio no puede prescindir de la integración humana y mientras menos contactos se tengan con el cliente, dada la calidad lograda en este, mayor satisfacción se alcanzará.

En la literatura al analizar definiciones de **calidad en la asistencia sanitaria** tienen un fuerte impacto las aportaciones de Donabedian (1980) quien la conceptualiza como aquella que se

espera maximice una medida comprensible del bienestar del paciente después de tener en cuenta el balance de las ganancias y las pérdidas esperadas que concurren en el proceso de atención en todas sus partes. Por su parte, Varo (1994) al hablar de calidad se refiere a la capacidad que, con distinto grado, puede tener una organización o un acto concreto de asistencia sanitaria para satisfacer las necesidades de los consumidores de salud. Mientras Ramos (2004) considera que existe calidad de la atención de salud, cuando los resultados o efectos de este proceso satisfacen a los requisitos de los pacientes (usuarios, clientes), de los trabajadores y, además se cumplen las normas, procedimientos y reglamentos institucionales y del sistema.

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

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

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

Relacionado con ello, Aranaz (1994) precisa que la calidad asistencial es definida por la comunidad científica, por el profesional, el paciente y la sociedad, y los objetivos que considera aparecen en la Figura 1.7.

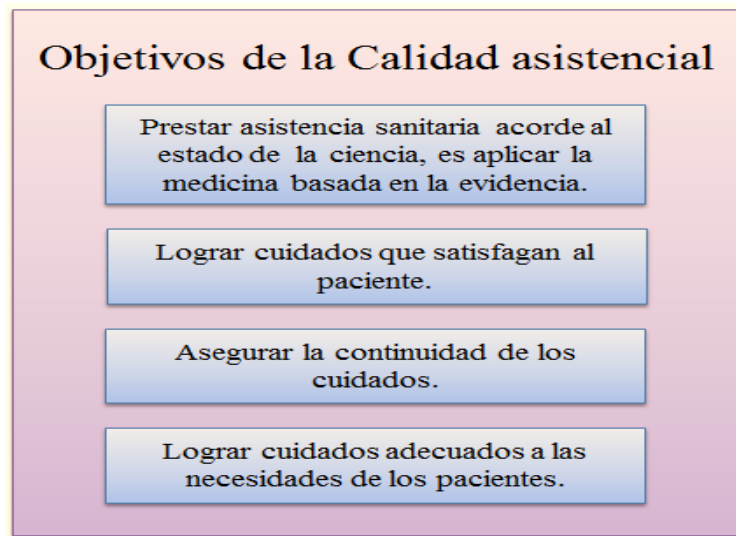


Figura 1.7: Objetivos de la calidad asistencial

Fuente: Elaboración propia

Vale destacar que en lo adelante se hace referencia solamente a la calidad percibida que guarda relación con cada uno de los objetivos propuestos, directamente con la satisfacción del paciente y atención a sus necesidades. Es dicha dimensión a la que se dirige el desarrollo de la presente investigación dada la relevancia del tratamiento del tema. Por tanto, a la definición de la calidad percibida en salud y su evaluación, uno de los principales elementos que inciden en la gestión de la calidad de servicios, se dedican los epígrafes a continuación.

1.2.1- Calidad percibida de servicios de asistencia en salud. Concepciones generales

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.

La óptica del paciente o modo de entender la calidad desde su punto de vista está consolidándose actualmente como un factor esencial. Teniendo en cuenta ello se asiste a un cambio de actitud fundamental en los sistemas sanitarios de manera que el paciente pase a ser el centro de la atención y se considera que la calidad sólo mejorará cuando los procesos estén diseñados sobre la premisa de satisfacer sus necesidades y expectativas (Mira y Aranaz, 2000). En concordancia con lo anterior, Correia y Miranda (2010) afirman que ningún estudio de calidad será completo si no se analizan las diferencias entre las expectativas de los ciudadanos y la percepción real del servicio.

Con estos últimos criterios se concuerda totalmente, lo cierto es que si al hablar de calidad el cliente es el principal evaluador y el deseo mayor es cumplir con sus demandas al traducirlo en salud es necesario considerar a los pacientes de los servicios de cualquier especialidad como tal. Además de los pacientes, según el Instituto Argentino de Normalización (IRAM, 2003), también pueden señalarse como clientes:

- Los familiares del paciente.
- Organizaciones que contratan la provisión de servicios de salud (Ejemplos: Obras sociales, compañías de seguros, aseguradoras de riesgo de trabajo).
- Otro profesional de la salud (Ejemplo: Médico derivante o de cabecera).
- La comunidad o una parte de ella.

En materia de percepción de calidad la identificación de los requisitos de los clientes no es sencilla, no sólo por la diversidad de clientes que puede tener una organización de salud, sino también por la complejidad del servicio en sí, donde se pone en juego algo tan valioso como la propia salud del cliente/paciente. Teniendo en cuenta lo anterior, en el sector de la salud debe quedar clara la diferencia entre necesidades básicas por las que acudir y extras que también inciden en la satisfacción, al respecto abordan Phillips, Carson, y Roe (1998) haciendo referencia a Tenner y De Toro (1992), quienes dividen las necesidades y las asocian con las expectativas de la forma que aparece en la Figura 1.8.

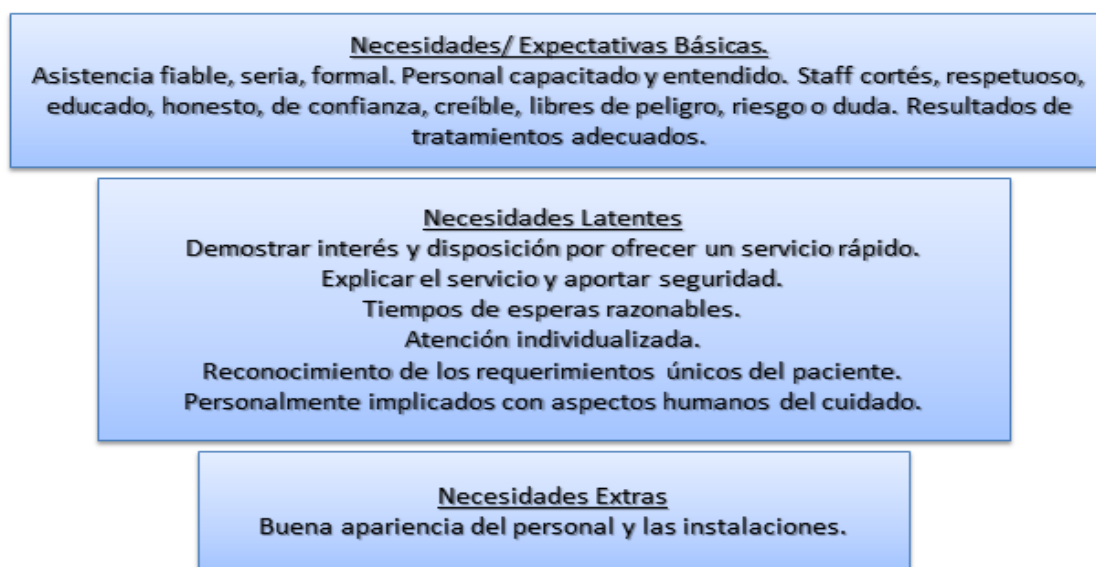


Figura 1.8: Niveles en las necesidades/expectativas de los pacientes

Fuente: (Phillips et al., 1998)

Se especifica en esta figura que, como mínimo, los pacientes esperan fiabilidad, competencia, cortesía, credibilidad, seguridad y respuesta positiva a los tratamientos. Cumplir con estas expectativas evita el descontento o la no satisfacción del paciente, pero el logro de las mismas no provoca totalmente la satisfacción pues estos aspectos del servicio son considerados parte integral del mismo (Phillips et al., 1998). Por tanto, es también necesario satisfacer las necesidades latentes y las extras en que se incluyen elementos como los que se especifican, es importante resaltar que estos dos últimos niveles no deben ser descuidados.

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

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

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

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

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

El cuestionario se envía por correo en el período de posthospitalización a 1424 pacientes de los que responden 470. Al realizar el análisis factorial llegan a definir dos factores que nombran: calidad subjetiva y objetiva, estos incluyen los ítems que se muestran en la Tabla 1.1 a continuación.

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

Fuente: (Mira et al., 1998)

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

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

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

- El primero (CSQ-8) se basa en 8 preguntas que deben responder los pacientes al final de su estadía en el hospital sobre la base de una escala análogo-visual. Cada pregunta se evalúa entre 0 y 4 puntos y la satisfacción está directamente relacionada con el número de puntos, de modo que la suma de lugar a una variable semicuantitativa que toma valores entre 8 y 32 puntos.
- El segundo (BSI) ha sido concebido para servicios psiquiátricos, está formado por 32 preguntas que versan sobre la capacidad para realizar determinadas actividades. Para cada pregunta el paciente deberá contestar con una de 5 posibilidades que van desde “ninguna dificultad” (0 puntos) hasta “con dificultad extrema” (4 puntos).
- El tercero (SF-36) es similar al anterior pero está concebido para servicios generales (no psiquiátricos). Tanto el BSI como el SF-36 deben ser contestados por el paciente al ingreso y al egreso de manera que se pueda evaluar el cambio (supuestamente mejoría) como una diferencia en el estado de salud percibido por el paciente.

Jiménez (2004) precisa que continúan desarrollándose programas e instrumentos que tienen como objetivo evaluar el desempeño de servicios, hospitales u otras instituciones de los sistemas de salud a partir de la opinión y satisfacción de los pacientes. Entre los que menciona este autor: Salomon et al. (1999) describen la construcción de una escala para medir la opinión de pacientes hospitalizados sobre la calidad de la atención que reciben; Nathorst-Böös et al. (2001) proponen dos modelos para evaluar la satisfacción de los pacientes que llaman “Calidad desde la perspectiva del paciente” y “Calidad, satisfacción, desempeño”; además, Hendriks et al. (2002) evalúan la validez y confiabilidad de un instrumento llamado “Cuestionario de satisfacción de la atención hospitalaria” (Jiménez, 2004).

Por su parte, Civera (2008) realiza observaciones sobre la calidad y la satisfacción en el ámbito hospitalario, el estudio es validado considerando los criterios de 399 pacientes de servicios de hospitalización y consulta externa de oftalmología y traumatología de tres tipos de hospitales en Valencia, España: Hospital de Sagunto, Hospital 9 de Octubre y el Hospital de La Ribera; el primero de estos público, el segundo privado y el tercero que combina ambas pues es público pero lo gestiona una empresa privada. El cuestionario que desarrolla surge de la investigación cualitativa con especialistas y de la revisión de la literatura, el mismo está compuesto por 12 dimensiones, cada una de estas con variables para su evaluación en una escala de Likert de cinco puntos, a las que acompañan tres ítems más: satisfacción con el tratamiento de médicos, personal de enfermería y global.

Luego del análisis de dimensionalidad, fiabilidad y validez, las dimensiones resultantes del estudio son: profesionalidad del personal, confianza que inspira el personal del hospital, empatía, capacidad de respuesta, conocimiento del paciente, trato recibido, información que da el personal del hospital, equipamiento disponible del hospital, coordinación del personal del hospital, dedicación del personal, comodidad de las salas de espera y consultas, e instalaciones del interior del servicio, sus ítems se muestran en el Anexo 11. Concluye Civera (2008) con la determinación de las condicionantes de la satisfacción, toda su investigación se centra en determinar diferencias entre los tres hospitales y también entre las labores de médicos y personal de enfermería, ello permite enfocar la atención a debilidades identificadas.

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

De manera general, en el sector de la salud se emplean para la medición de la calidad percibida cuestionarios creados sobre la base de los modelos ya presentados. Se hace referencia a estos trabajos no sólo por ser de aplicación sino por los aportes que muestran posibilidades de generalización en las actividades en que han sido validados. Los modelos más empleados son el SERVQUAL y el SERVPERF también en este sector, al considerar las diferencias entre expectativas y percepciones, y la percepción después de recibido el servicio, respectivamente.

En el sector de la salud se concuerda con que se carece de procedimientos que enlacen la evaluación de la calidad percibida con la mejora continua y el resto de los procesos que se realizan en las organizaciones de esta naturaleza.

1.3- Sistema de Salud en Cuba. Particularidades

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

Cienfuegos, 2012):

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

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

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

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

Nótese que la satisfacción de la población con los servicios tiene una importancia destacada para el MINSAP desde sus principios y proyección, por tanto en cada uno de los niveles del SNS debe gestionarse la calidad del servicio que se brinda para la orientación a la excelencia traducida en niveles de calidad superiores, un camino emprendido por las organizaciones en

este sector para lo que corresponde a las instituciones hospitalarias realizar investigaciones que complementen la información disponible relacionada con las desviaciones identificadas y que producen resultados no deseados en la calidad de los servicios.

El SNS, considerando la descentralización ejecutiva que le caracteriza, se estructura en tres niveles administrativos, en correspondencia con la división política del país, y tres niveles de atención, lo que se describe en el Anexo 12. La provincia de Cienfuegos con su Dirección Provincial se inserta en el nivel secundario y también es esta encargada del nivel primario, algunas generalidades del Sistema Provincial de Salud se presentan en lo adelante.

1.3.1- Sistema de Salud en Cienfuegos

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

Tabla 1.2: Estructura física del SPS

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

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

En estas instituciones laboran un total de 16 489 trabajadores, distribuidos por funciones como se muestra en la Figura 1.9, además de 1 606 cumpliendo misión internacionalista en 33 países. Se da la correlación de 198 habitantes por médico y 128 habitantes por enfermera, considerando una población de 407 457 habitantes, dato del cierre del 2010. De estos se tienen 18 Doctores en Ciencias, 253 Especialistas de Segundo grado y 1 065 Máster en Ciencias (Dirección Provincial de Salud, 2012).

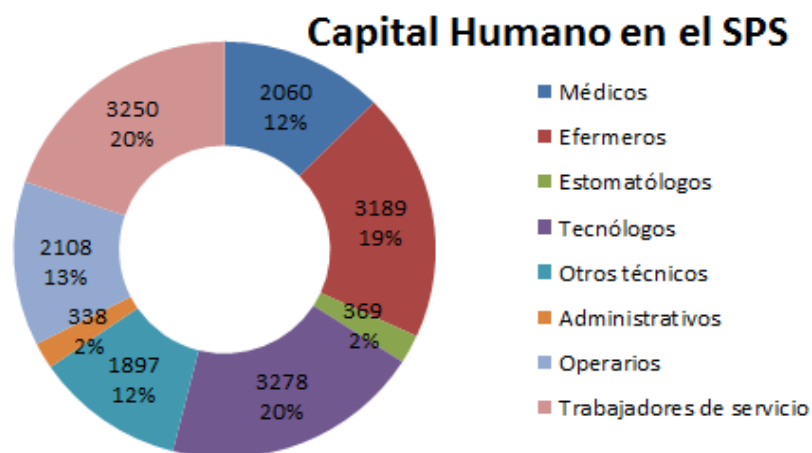


Figura 1.9: Capital Humano por funciones en el SPS

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

En cuanto a la calidad percibida y como resultado la satisfacción, la Dirección Provincial de Salud (DPS) monitorea las quejas y reclamaciones de los clientes (pacientes, familiares, otros servicios de salud) a través de su Oficina de Atención a la Población (OAP) que se encuentra habilitada en las diferentes instituciones de salud. La satisfacción se evalúa utilizando entrevistas y cuestionarios que se aplican en el nivel secundario a partir de los cuales se infieren criterios indicativos del estado de la misma. A dichas formas de evaluar la satisfacción que en la actualidad se emplean se hace alusión en el epígrafe 3.1 para el caso del Hospital Provincial Dr. Gustavo Aldereguía Lima y del Centro Especializado Ambulatorio como antecedentes del estudio que se desarrolla.

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

1.4- Conclusiones del Capítulo I

Al término de este Capítulo se concluye que:

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

- 2- En la calidad de los servicios la percepción de los clientes es definitoria dadas las características de los mismos y para explicarla se han desarrollado diferentes modelos acotados a dos paradigmas: el de las discrepancias y el de la percepción del desempeño, entre los más aplicados se encuentra el SERVQUAL. Los preceptos de dicho modelo se han utilizado como referentes para el desarrollo de instrumentos de evaluación de la calidad percibida en diferentes sectores considerando sus especificidades, entre estos el sector de la salud.
- 3- En la literatura consultada se evidencia la carencia de procedimientos que orienten la evaluación de la calidad percibida como parte de las prácticas cotidianas por la mejora continua en las organizaciones, una de las prioridades que en las instituciones de la salud en Cuba se tiene presente dada su relación con la satisfacción de la población, para lo que se identifica la necesidad de aplicar métodos científicos.

CAPÍTULO II



CAPÍTULO II: PROCEDIMIENTO PARA EVALUAR LA CALIDAD PERCIBIDA DE SERVICIOS DE ASISTENCIA EN SALUD

Introducción

En el Capítulo I se establecía la carencia de procedimientos para la evaluación de la calidad percibida como una conclusión importante sustentada en la revisión de la literatura. En este Capítulo, como una contribución al respecto, se presenta un procedimiento orientador para la evaluación de la calidad percibida, así como se precisan posibles herramientas a utilizar en su aplicación.

2.1- Principios del procedimiento para la evaluación de la calidad percibida de servicios de asistencia en salud

En materia de calidad un **procedimiento** es entendido como: forma especificada para llevar a cabo una actividad o un proceso (Organización Internacional de Normalización, 2000).

El procedimiento que se detalla en el apartado siguiente ha sido elaborado considerando la teoría abordada en el Capítulo I y la definición anterior. Fundamentalmente este se estructura de forma que facilita el cumplimiento de requisitos establecidos por la Organización Internacional de Normalización (2008) en la ISO 9001: 2008 y para ello se tienen en cuenta criterios contenidos al respecto para la salud que especifica el Instituto Argentino de Normalización (IRAM, 2003).

El procedimiento que se diseña toma como base los 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 PHVA de Deming para el mejoramiento (Beltrán, Carmona, Carrasco, Rivas, y Tejedor, 2003). Además, el instrumento que se diseña como parte del procedimiento está concebido para ser aplicado a clientes (pacientes y familiares) de servicios de asistencia médica para definir dimensiones acordes a las características propias de estos en Cuba, resultantes de los análisis estadísticos para llegar luego a la estimación de la satisfacción.

Todo lo anterior fundamenta como principios del procedimiento los que se especifican a continuación.

- **Enfoque a procesos:** Las 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.

Además de estos se consideran como principios del procedimiento los que también declaran Díaz y Pons (2009) y Moreno (2010) que para la presente investigación se definen como:

- 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.

En la Figura 2.1 se compendian los principios tratados, cada uno de estos, y sobre todo su definición, hacen que el procedimiento que se especifica en esta investigación tenga características particulares en comparación con los otros dos ya analizados.



Figura 2.1: Principios del procedimiento de evaluación de la calidad percibida

Fuente: Elaboración propia

En el apartado que sigue se explica el procedimiento de evaluación de la calidad percibida que al aplicarse, tal cual se propone, garantiza el cumplimiento de los principios tratados en organizaciones de servicios de asistencia en salud.

2.2- Procedimiento para evaluar la calidad percibida de servicios de asistencia en salud

El procedimiento para evaluar la calidad percibida de servicios de asistencia en salud que se presenta en esta investigación se articula con una secuencia de cuatro etapas y diez pasos que se ilustran en la Figura 2.2.

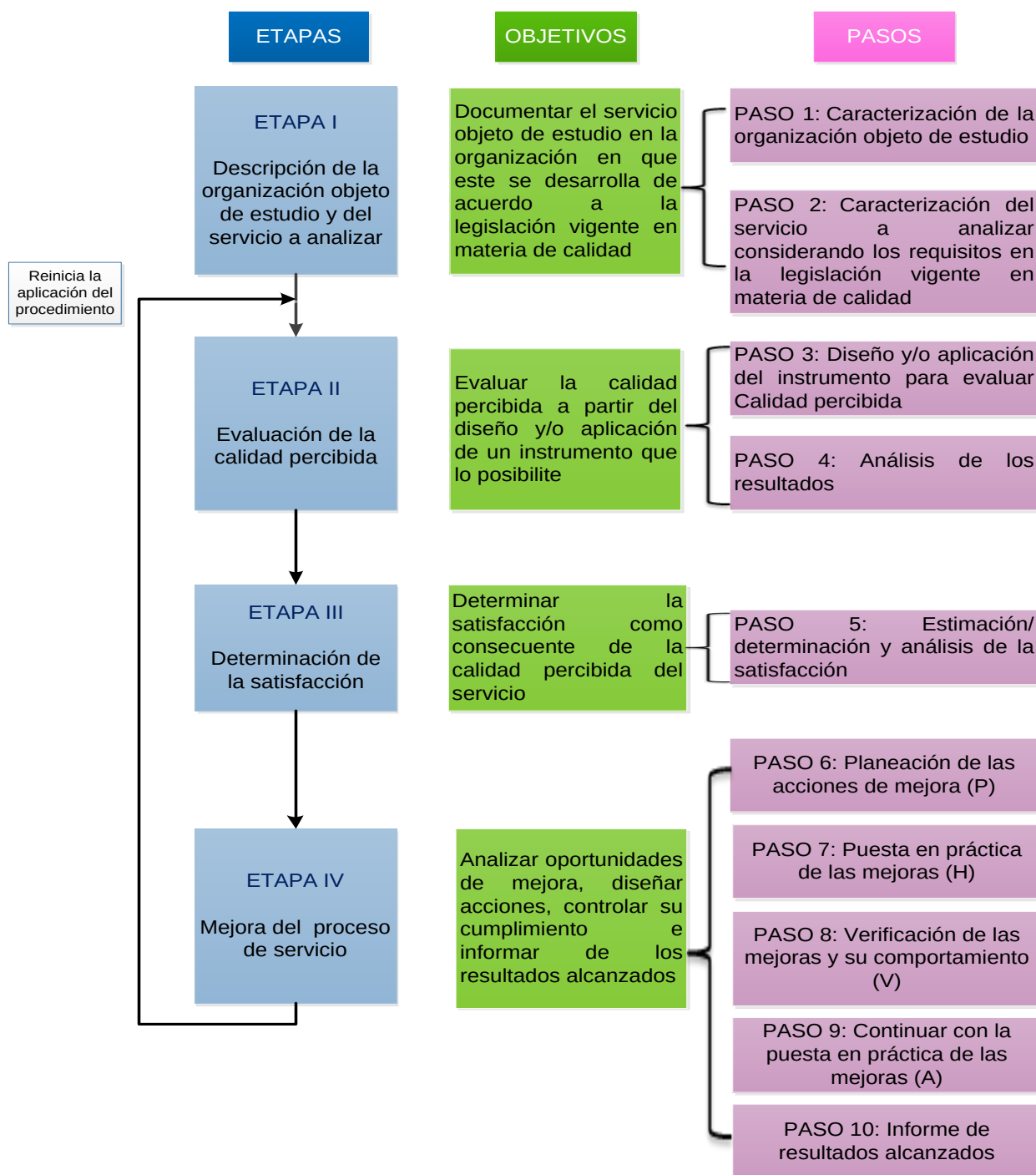


Figura 2.2: Procedimiento para evaluar la calidad percibida de servicios de salud

Fuente: Elaboración propia

Cada una de estas etapas tiene objetivos bien marcados que en la figura anterior se especifican y estos logran cumplirse si se aplican análisis o herramientas como las que aparecen en la Tabla 2.1 para cada uno de los pasos en el procedimiento.

Tabla 2.1: Pasos y herramientas por etapas del procedimiento para evaluar la calidad percibida del servicio

Fuente: Elaboración propia

Pasos	Posibles herramientas
PASO 1: Caracterización de la organización objeto de estudio.	- Revisión y análisis de documentos. - Entrevista. - Mapa de procesos.
PASO 2: Caracterización del servicio en que se efectuará la evaluación considerando los requisitos en la legislación vigente en materia de calidad.	- Revisión y análisis de documentos. - Entrevista. - Observación directa. - Ficha de procesos. - Diagrama de flujo. - Diagrama SIPOC.
PASO 3 Primera evaluación: Aplicación del procedimiento de Curbelo (2010) para el diseño de instrumentos de medición. Evaluaciones periódicas: Aplicación del instrumento para evaluar calidad percibida.	- Revisión de la literatura. - Entrevista. - Metodología Delphi. - Cuestionario. - Análisis de fiabilidad. - Análisis de validez. - Cuestionario.
PASO 4: Análisis de los resultados.	- Estadística descriptiva.
PASO 5 Primera evaluación: Estimación y análisis de la satisfacción. Evaluaciones periódicas: Determinación y análisis de la satisfacción.	- Análisis discriminante. - Análisis de correlación. - Estadística descriptiva. - Estadística descriptiva.

PASO 6: Planeación de las acciones de mejora en función de los resultados alcanzados (P).	- Tormenta de ideas. - Entrevista. - Diagrama causa- efecto. - Diagrama de Pareto. - Selección ponderada. - Técnica 5W y 2H (Plan de mejora).
PASO 7: Puesta en práctica de las mejoras propuestas (H).	- Observación directa. - Técnica 5 W y 2 H (Plan de control).
PASO 8: Verificación de las mejoras y su comportamiento (V).	- Entrevista. - Cuestionario. - Estadística descriptiva.
PASO 9: Continuar con la puesta en práctica de las mejoras si son estas adecuadas y brindan los resultados deseados para el servicio (A).	- Técnica 5 W y 2 H (Plan de control).
PASO 10: Informe de resultados alcanzados.	- Estadística descriptiva.

En cuanto al procedimiento pueden establecerse como **precisiones generales**:

- 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 para cada servicio en particular.
- 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.

Dada la relevancia que posee en la aplicación del procedimiento el diseño del instrumento de evaluación de la calidad percibida (paso 3), se explica la propuesta de Curbelo (2010) que lo orienta en el Anexo 14 y se presenta en la Figura 2.3, donde además se incluyen las herramientas que facilitan su aplicación (Curbelo, Pérez, y Varela, 2011). Dicho procedimiento tiene un total de VII etapas y 16 pasos que parten de la revisión de la literatura para la identificación de características a evaluar, la consulta sobre estas a los expertos, el diseño del instrumento, el estudio de sus propiedades métricas y el análisis de los resultados, donde termina este. El mismo garantiza que el paso 3, a partir de la primera evaluación, aporte resultados fiables y válidos que orienten a la organización en las acciones a emprender en relación con mejorar la calidad percibida e incrementar la satisfacción de los pacientes con los servicios que reciben de las organizaciones de salud.

La aplicación del procedimiento para la evaluación de la calidad percibida requiere del empleo de herramientas y la realización de análisis que permiten pasar de una etapa a otra, como se especifica en la Tabla 2.1. Todas las que se incluyen como posibles alternativas de utilidad se explican en el apartado que sigue.

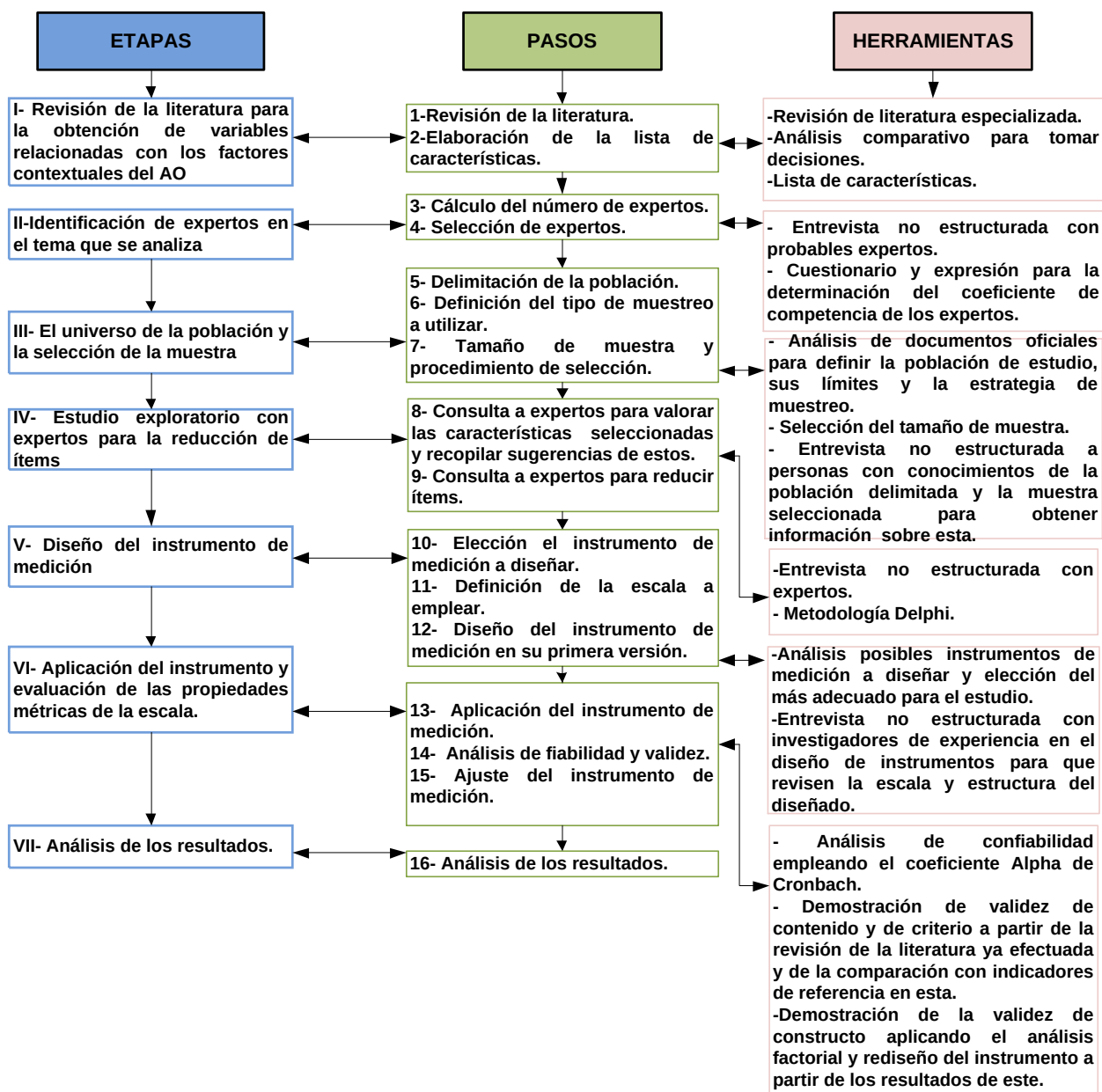


Figura 2.3: Procedimiento metodológico para el diseño de instrumentos de medición (Paso 3)

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

2.3- Herramientas útiles en la aplicación del procedimiento

Las herramientas que se proponen resultan entre las más conocidas porque han sido empleadas en diferentes estudios relacionados con procesos, tanto productivos como de servicios, pero a estas pueden sumarse otras propias en el análisis de las problemáticas que se detecten y para la proyección de acciones de mejora. Inicialmente se considera oportuno

agruparlas para un mejor entendimiento considerando que son: herramientas para la documentación de procesos, herramientas para la captación de información y trabajo en grupo, herramientas para el trabajo con expertos, herramientas de análisis de información y de priorización, análisis estadísticos, y herramientas de planificación; lo que se muestra en la Tabla 2.2.

Tabla 2.2: Herramientas útiles en la aplicación del procedimiento

Fuente: Elaboración propia

Herramientas	
Herramientas para la documentación de procesos	- Mapa de procesos. - Ficha de procesos. - Diagrama de flujo. - Diagrama SIPOC.
Herramientas para la captación de información y trabajo en grupo	- Revisión y análisis de documentos. - Entrevista. - Observación directa. - Cuestionario. - Tormenta de ideas.
Herramientas para el trabajo con expertos	- Metodología Delphi.
Análisis estadísticos	- Análisis de fiabilidad. - Análisis de validez. - Estadística descriptiva. - Análisis discriminante. - Análisis de correlación.
Herramientas de análisis de información y de priorización, solución de problemas en equipo	- Diagrama causa- efecto. - Diagrama de Pareto. - Selección ponderada. - Matriz causa-efecto.
Herramientas de planificación	- Técnica 5W y 2H.

En lo adelante se explican estas en el mismo orden en que aparecen reflejadas en la Tabla anterior.

▪ 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 2.4.



Figura 2.4: 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 2.5, 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.

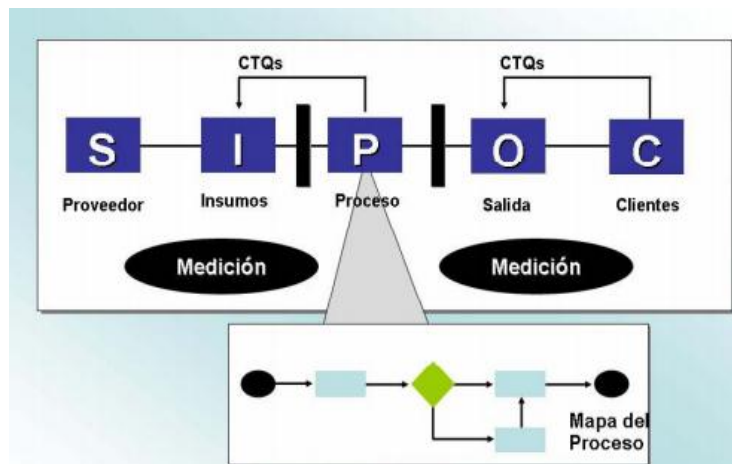


Figura 2.5: Mapa de proceso (SIPOC)

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 2.6.

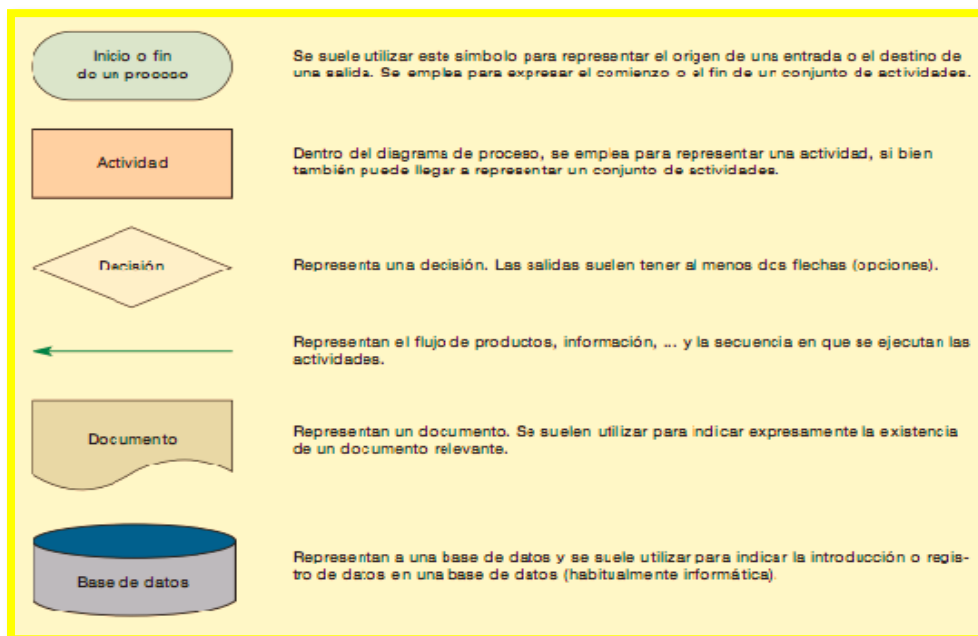


Figura 2.6: Símbolos más empleados en la representación de diagramas de flujo

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 et al., 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).

Entre los métodos para su realización se encuentran los que aparecen en la Tabla 2.3 (Colectivo de autores, 2005).

Tabla 2.3: Métodos para la realización de la tormenta de ideas

Fuente: Elaboración propia

Variantes	¿Cómo se utiliza?
NO ESTRUCTURADA (Flujo libre o rueda libre)	1. Escoger a alguien para que sea el facilitador y apunte las ideas, de lo contrario el mismo profesor. 2. Escribir en la pizarra una frase que represente el problema y el asunto de discusión. 3. Escribir cada idea que sea aportada en el menor número de palabras posible. Verificar con la persona que hizo la contribución cuando se esté repitiendo la idea. No interpretar o cambiar las ideas. 4. Llegar a conclusiones.
ESTRUCTURADA (En círculo, mediante ROUND-ROBIN)	La diferencia consiste en que cada miembro del equipo presenta sus ideas en un formato ordenado, Ej. de izquierda a derecha. No hay problema si un miembro del equipo cede su turno si no tiene una idea en ese instante.
SILENCIOSA (lluvia de ideas escritas, tira de papel)	Los participantes piensan las ideas pero registran en papel sus ideas en silencio.

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. Todo lo que se explica en los Anexos 15 y 16.
- 3- Preparación de los cuestionarios o encuestas: Se preparan las encuestas para hacerlas llegar a los expertos y someterlas a su criterio.
- 4- Procesamiento y análisis de la información: En este paso se define si existe concordancia entre los expertos o no mediante una prueba de hipótesis donde:

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

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

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

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

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

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

Chi – Cuadrado tabulado se localiza en la tabla estadística que se corresponde con tal distribución para $k - 1$ grados de libertad y un nivel de significación prefijada, generalmente, $\alpha = 0,05$ ó $\alpha = 0,01$.

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

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

▪ **Análisis de fiabilidad**

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

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

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

De los procedimientos antes resumidos uno de los que más se emplea es el Alfa de Cronbach, recomendándose generalmente para que una escala sea confiable que tome valores mayores que 0,7.

El análisis de confiabilidad, a partir de cómo se comporta esta si se elimina alguna de las variables o ítems, permite definir cuáles son las menos significativas en el estudio que se realiza.

- **Análisis de validez**

Demostración de la validez de contenido

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

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

Demostración de la validez de criterio

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

Demostración de la validez de constructo

La validez de constructo se suele determinar mediante un procedimiento denominado análisis factorial, según Hernández et al. (1998) y Frías (2005), por sólo mencionar dos de los autores que lo consideran. Este posibilita agrupar las variables, de acuerdo a sus relaciones, en un conjunto de factores representativos.

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

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

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

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

Al realizar un análisis factorial debe tenerse en cuenta, considerando los criterios de Hair et al. (1999), los elementos siguientes:

1- La comprobación de los supuestos de este:

- Tamaño muestral: Debe ser 100 o más grande, por lo general el mínimo es tener por lo menos un número de observaciones cinco veces mayor que el número de variables a ser analizadas, siendo el tamaño aceptable un ratio de diez a uno.
- Medida de suficiencia de muestreo (MSA): Una medida para cuantificar el grado de intercorrelaciones entre las variables y la conveniencia del análisis factorial. Este índice se extiende de 0 a 1, llegando a 1 cuando cada variable es perfectamente predicha sin error por las otras variables. La medida puede ser interpretada con las siguientes directrices: 0,80 o superior, sobresaliente; 0,70 o superior, regular; 0,60 o superior, mediocre; 0,50 o superior, despreciable; por debajo de 0,50, inaceptable. Se deben examinar primero los valores MSA para cada variable y excluir aquellos que caen en la gama de inaceptables
- Prueba de esfericidad de Bartlett: Es una estadística que se utiliza para estudiar la presencia de correlaciones entre las variables, contrastándose dos hipótesis:

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

H₁: Existe correlación entre las variables.

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

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

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

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

En este sentido existen varios criterios:

- Criterio de raíz latente (con base en valores específicos): Sólo se consideran los factores que tienen raíces latentes o autovalores mayores que uno, es decir que explican al menos una variable. Los factores con autovalores menores que uno no son significativos y por tanto se desestiman a la hora de incorporarlos en la interpretación. El uso del autovalor para establecer un corte es más fiable cuando el número de variables está entre 20 y 50.
- Criterio a priori: El investigador establece el número de factores.
- Criterio de porcentaje de varianza: Se basa en obtener un porcentaje acumulado especificado de la varianza total extraída. Tal porcentaje depende del tipo de investigación que se realiza pero, generalmente, se establece un porcentaje de varianza explicada mayor o igual que el 60%.

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

3- Método de rotación de factores

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

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

La elección del método depende del criterio del investigador.

4- Criterio para la significación de las cargas factoriales

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

Generalmente se evidencia en la literatura la utilización de cargas superiores a 0,5 pero Hair et al. (1999) detallan la relación entre tamaño muestral y significatividad de las cargas tal cual se muestra en la Tabla 2.4.

Tabla 2.4: Directrices para la identificación de cargas factoriales mínimas significativas basadas en el tamaño muestral

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

Carga Factorial	Tamaño muestral necesario para la significación
0,30	350
0,35	250
0,40	200
0,45	150
0,50	120
0,55	100
0,60	85
0,65	70
0,70	60
0,75	50

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

▪ **Estadística descriptiva**

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

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

▪ **Análisis discriminante**

El análisis discriminante es una técnica estadística multivariante cuya finalidad es analizar si existen diferencias significativas entre grupos de objetos respecto a un conjunto de variables

medidas sobre los mismos para, en el caso de que existan, explicar en qué sentido se dan y proporcionar procedimientos de clasificación sistemática de nuevas observaciones de origen desconocido en uno de los grupos analizados (Hair et al. 1999; Salvador, 2000).

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

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

▪ **Análisis de correlación**

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

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

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

▪ **Diagrama causa- efecto**

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

Este es un método gráfico que relaciona un problema o efecto con los factores o causas que lo generan. La importancia de este diagrama radica en que obliga a contemplar todas las causas que pueden afectar el problema bajo análisis y de esta forma se evita el error de buscar

directamente las soluciones sin cuestionar a fondo cuáles son las verdaderas razones (Gutiérrez y de la Vara, 2004).

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

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

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

▪ **Diagrama de Pareto**

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

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

▪ **Selección ponderada**

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

- 1- Listar el conjunto de factores sobre el que ha de tomarse la decisión.
- 2- Identificar el criterio de priorización, criterio básico que los participantes deben utilizar para evaluar cada factor.

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

▪ **Técnica 5W y 2H**

Esta técnica es la que se utiliza al diseñar planes de mejora y planes de control, la misma a partir de la respuesta a 7 interrogantes, permite organizar el trabajo a realizar luego de una evaluación del proceso. En la Tabla 2.5 se presentan dichas interrogantes.

Tabla 2.5: Resumen de la técnica 5W y 2H

Fuente: (Covas, 2009)

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

Luego de conocer el procedimiento y herramientas útiles para su puesta en práctica se procede a aplicar este en el Capítulo que sigue en una organización que brinda servicios de asistencia médica en el territorio de Cienfuegos.

2.4- Conclusiones del Capítulo II

Al finalizar este Capítulo puede concluirse que:

- 1- El procedimiento que se propone para la evaluación de la calidad percibida, posee entre sus principios los que orientan a la organización a la mejora continua, a enfocarse a procesos y a clientes, como relevantes en la normativa existente en materia de calidad tanto para la producción como para los servicios. Este se ha estructurado en IV etapas y 10 pasos.
- 2- En el diseño del instrumento de evaluación de la calidad percibida se propone la aplicación del procedimiento metodológico de Curbelo (2010), conformado por VII etapas y 16 pasos, este integra esencialmente las diferentes propuestas que al respecto se han consultado.
- 3- Las herramientas y análisis propuestos son de reconocida utilidad para efectuar cualquier tipo de investigación científica y en materia de calidad, sin que sean las únicas posibles a emplear, estos quedan detallados como una vía para garantizar la aplicabilidad del procedimiento.

CAPÍTULO III



CAPÍTULO III: IMPLEMENTACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA EVALUAR LA CALIDAD PERCIBIDA DEL SERVICIO QUIRÚRGICO AMBULATORIO DEL CENTRO ESPECIALIZADO AMBULATORIO, HOSPITAL PROVINCIAL DE CIENFUEGOS

Introducción

Considerando todo lo abordado en los Capítulos I y II, se aplica en el presente el procedimiento diseñado para evaluar la calidad percibida del Servicio Quirúrgico Ambulatorio del Centro Especializado Ambulatorio (CEA) anexo al Hospital Provincial Dr. Gustavo Aldereguía Lima de Cienfuegos, experiencia única de su tipo en el país, por lo que resulta aún más relevante la investigación que se desarrolla. Este Capítulo se estructura considerando cada una de las etapas del procedimiento para un correcto entendimiento de las mismas.

3.1- Etapa I: Descripción de la organización objeto de estudio y del servicio a analizar

PASO 1: Caracterización de la organización objeto de estudio

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

Por otra parte, en el año 2000 se cierra totalmente, por un grave deterioro, el inmueble que ocupaba el Hospital Materno de Cienfuegos, antiguo Hospital Civil y en funcionamiento desde 1958, centro que llegó a tener 350 camas dedicadas a la atención ginecobstétrica y neonatal. Los servicios que brindaba este lugar pasar a realizarse en el Hospital GAL (Falcón, 2012).

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

Todo lo anterior hace que en ocasión del 25 aniversario del Hospital GAL se presente al Comandante en Jefe la idea de recuperar el inmueble cerrado con el objetivo de hacer un Centro Especializado Ambulatorio que permitiría ampliar y diversificar las prestaciones del Hospital General. El Comandante en Jefe aprueba e indica la recuperación del antiguo Hospital Materno el 24 de marzo del 2004 y de manera paralela el mantenimiento capital del inmueble principal del Hospital GAL y su modernización tecnológica.

El Centro Especializado Ambulatorio “Héroes de Playa Girón” (CEA) anexo al Hospital General Universitario GAL, se inaugura en el 2009. En el mapa de procesos del Hospital GAL que se muestra en el Anexo 17 se evidencia que en el CEA se desarrollan procesos claves de la organización.

El centro a tono con su importancia por ser único de su tipo en el país, su relevancia para la población y la satisfacción de sus demandas en materia de servicios de salud en su planeación estratégica tiene declaradas como:

- Misión: El Centro Especializado Ambulatorio “Héroes de Playa Girón” es un centro anexo al Hospital General Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima" de Cienfuegos cuya misión principal es la cirugía ambulatoria y que además ofrece otras prestaciones como son los servicios de diálisis, hemodiálisis, quimioterapia y rehabilitación de pacientes con enfermedades subagudas, donde se integran armónicamente la asistencia médica, la educación continuada y la investigación científica en un ambiente de compromiso, solidaridad y pleno respeto para pacientes y trabajadores.
- Visión: Somos un centro de Excelencia en el país, considerado altamente productivo, que brinda atenciones quirúrgicas, servicios de diálisis, hemodiálisis, quimioterapia y rehabilitación de alta calidad, realizando las prestaciones necesarias que requiere la población, optimizando los recursos disponibles y con capital humano competente que lo garantiza.

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

El CEA desde su apertura ha ido incrementando los servicios que brinda de acuerdo a su capacidad instalada de nueve salones, a la vez que brinda un servicio de Consulta Externa donde priman las consultas pre y postoperatorias de las diferentes especialidades quirúrgicas.

Los procesos que se desarrollan actualmente se muestran en el mapa del Anexo 18 que se construye utilizando como herramientas la entrevista y la revisión de documentos.

En estos momentos la representatividad de los servicios quirúrgicos que brinda el CEA en relación con los que brinda el GAL es alta, afirmación que se sustenta en los resultados que muestra la Figura 3.1 al cierre del 2012 para algunas de las especialidades.

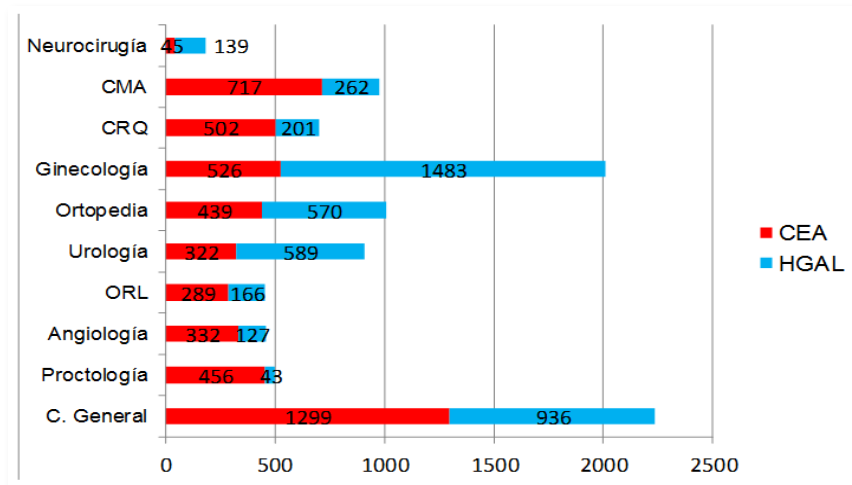


Figura 3.1: Pacientes atendidos en Servicio Quirúrgico del CEA-GAL 2012

Fuente: (Falcón, 2012)

En la Figura 3.2 se presenta la cantidad de pacientes por servicios que ofrece el CEA desde su apertura, como en esta se visualiza se han ido incorporando servicios en el tiempo.

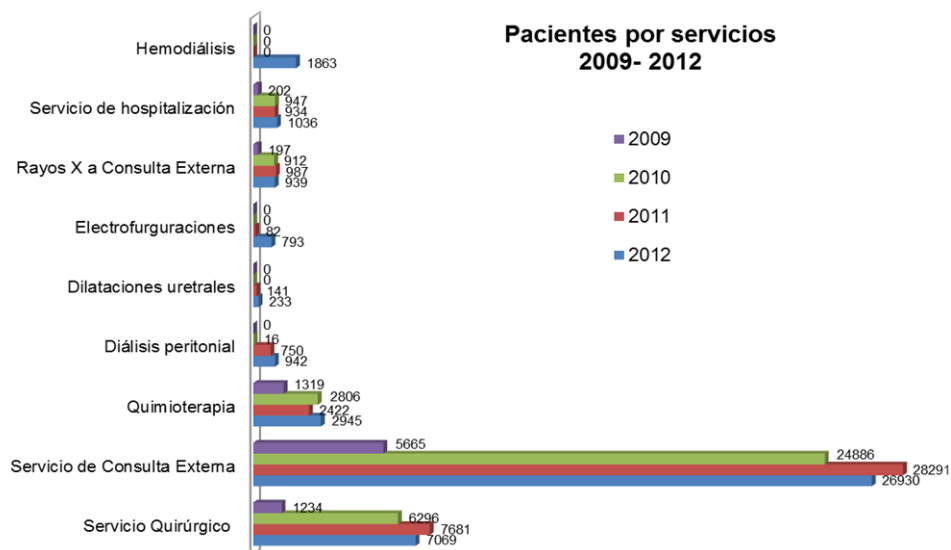


Figura 3.2: Pacientes por servicios que ofrece el CEA 2009-2012

Fuente: Elaboración propia

Para el año 2012 aparece esta información porcentualmente en la Figura 3.3 a continuación.

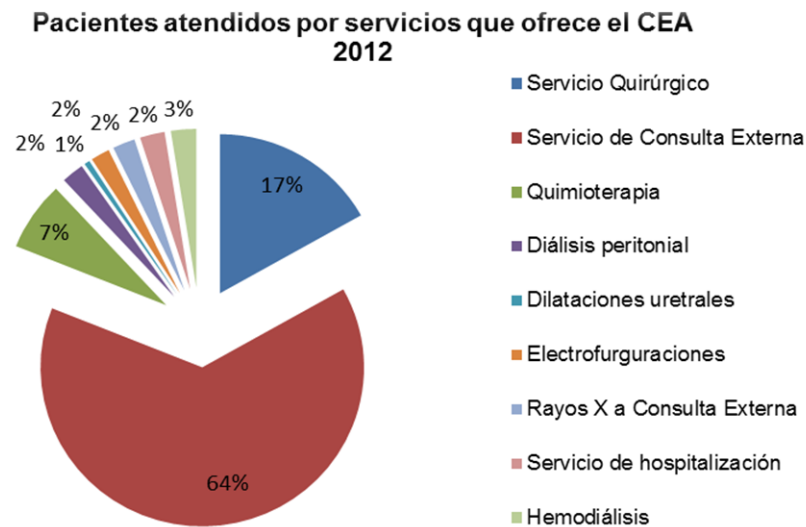


Figura 3.3: Pacientes atendidos por servicios en el CEA 2012

Fuente: Elaboración propia

Como se deriva de los gráficos anteriores el servicio al que acude un mayor número de pacientes es el de Consulta Externa, seguido del Quirúrgico y de la Quimioterapia. Nótese que para el Servicio Quirúrgico se tienen dos variantes: ambulatorio y de corta estadía. En la Figura 3.4 se ilustra la cantidad de pacientes operados en general y por cada una de estas.

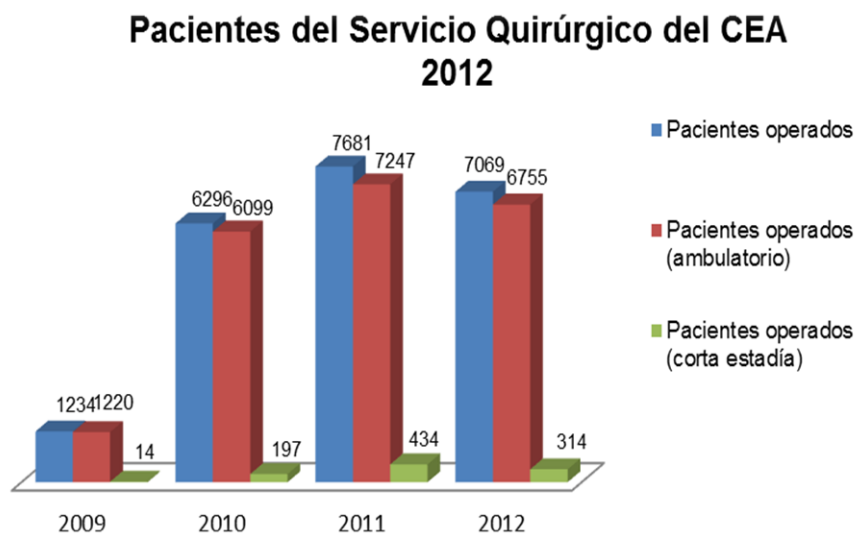


Figura 3.4: Pacientes atendidos Servicio Quirúrgico del CEA 2012

Fuente: Elaboración propia

De los servicios se decide estudiar el Servicio Quirúrgico Ambulatorio (SQA) por ser el que mayor representatividad tiene en el Servicio Quirúrgico, directamente relacionado con la misión del centro y los objetivos desde su creación.

Antes de caracterizar el servicio objeto de estudio se recurre a un análisis de antecedentes en la evaluación de la satisfacción en el Hospital GAL y en el CEA, este es la base, junto a lo analizado en el Capítulo I de lo que se desarrolla en las etapas que siguen.

Antecedentes en la evaluación de la satisfacción

Hospital “Dr. Gustavo Aldereguía Lima” (GAL)

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

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

Dicha Oficina de Atención a la Población cuenta con su Manual de Organización y Procedimientos donde se especifica la existencia de una plaza de enfermera encuestadora que luego es reducida y cuya responsabilidad de realizar encuestas sistemáticamente en diferentes áreas del Hospital es asumida por funcionarios de la misma y enfermeros que laboran en los diferentes servicios de la institución. En este documento se establecen las rutinas que aparecen en el Anexo 19 para la vigilancia de la satisfacción, estas deben ser seguidas tal cual se

exponen y son: vigilancia de la satisfacción mediante autoencuestas y vigilancia de la satisfacción en áreas críticas (Fonseca, 2007).

Considerando las rutinas, la vigilancia de la satisfacción mediante autoencuestas tiene como antesala en la última década el trabajo realizado por Santos, Ordúñez, Bécquer, y Rocha (2003) quienes proponen un Sistema de Vigilancia de la Satisfacción para determinar la calidad percibida de pacientes, acompañantes y usuarios de los servicios del hospital que consiste en la evaluación de la satisfacción mediante una encuesta que tiene como pregunta capital: ¿Cuál es su opinión de la atención que le han brindado en el Hospital GAL?, esta se codifica en muy bien, bien, regular, mal y muy mal. La misma se acompaña de los criterios de los pacientes que inciden en su evaluación y así se conocen las principales insatisfacciones. Vale destacar que también la autoencuesta se aplica con la variante de que los pacientes aporten sus criterios del servicio sin que aparezca pregunta alguna, ello implica que luego la codificación de las respuestas para la satisfacción sea más subjetiva aún.

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

En la actualidad en el Hospital GAL se aplican semanalmente encuestas a los pacientes de diferentes servicios, las autoencuestas son utilizadas como vía de monitoreo permanente y de acuerdo a sus resultados se establecen acciones encaminadas al tratamiento de las insatisfacciones. En el Anexo 20 aparecen los resultados de la evaluación de la satisfacción en el Hospital GAL durante el 2012 donde más del 85% de los pacientes ha evaluado de muy bien (MB) y bien (B).

Otra variante de rutina es la vigilancia de la satisfacción en áreas críticas que si se realiza mediante encuestas con diferentes ítems elaboradas en la organización. Como antecedente al respecto se tiene el estudio para pacientes atendidos en el servicio de urgencias médicas y posteriormente hospitalizados que efectúan Iraola et al. (2004) llegando a reflexiones a partir de los resultados alcanzados de manera descriptiva. Así mismo la investigación de Iraola et al.

(2005) quienes utilizando como método el informe de usuarios construyen un cuestionario que está en función de las obligaciones de los puestos de trabajo que participan en el proceso de atención evaluando la adherencia a las mismas, todas las respuestas se codifican utilizando una escala dicotómica (Si/No), esta modalidad permite conocer datos objetivos sobre el servicio recibido. Ambas encuestas se muestran en el Anexo 21.

En el Hospital GAL se han efectuado además estudios de expectativas para diferentes servicios, entre estos el de urgencias, con el objetivo de identificar las expectativas más frecuentes de los pacientes y cuál es su valor, utilizando como técnica el cuestionario que se presenta en el Anexo 22 (Fonseca, Sardiñas, Lorenzo, Alejo, y Alfonso, 2007). En este trabajo se identifican brechas entre lo que el paciente espera y recibe pero no se llega a definir un indicador de calidad percibida.

Ya en los últimos años, considerando los avances de los programas de seguridad del paciente y esta propiamente como un indicador de calidad en servicios de atención en salud, se ha diseñado una encuesta para verificar el cumplimiento del Programa de Derechos del Paciente. Fonseca, Arias, y Barletta (2012) realizan el análisis periódico del mismo, ello también tributa a la satisfacción, se supone que si se cumplen sus derechos la satisfacción se incremente lo que no llega a corroborarse. Esta encuesta se muestra en el Anexo 23.

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

Además de lo anterior, se carece de investigaciones que logren establecer una medida de la satisfacción considerando su relación con dichos elementos, vistos como ítems agrupados en factores en la literatura consultada; a la vez que instituciones como el Hospital GAL, objeto de estudio, no cuenta con procedimientos que faciliten el desarrollo de la evaluación de la calidad percibida y la estimación de la satisfacción a partir de esta, lo que coincide plenamente con los planteamientos al respecto realizados en el Capítulo I.

Centro Especializado Ambulatorio “Héroes de Playa Girón” (CEA)

El CEA como centro adjunto al Hospital GAL asume los principios del Programa de Gestión de la Calidad Hospitalaria, existe una preocupación constante por la satisfacción de los pacientes.

En el CEA el monitoreo de la satisfacción se realiza empleando únicamente como vía las autoencuestas abiertas totalmente. Este es efectuado por enfermeras y los resultados son procesados por la directora del centro encargada de socializarlos con la Oficina de Atención a la Población del Hospital GAL para que sea incluido en las informaciones que se entregan a la Dirección Provincial de Salud. Las insatisfacciones recibidas luego se traducen para cada proceso y se utiliza ello como criterio en el indicador *estado de opinión de pacientes y familiares* que llevan (Molina, 2012).

La evaluación de la satisfacción se realiza para cada uno de los procesos operativos del CEA, o sea para los servicios Quirúrgico (SQA), de Hospitalización y Consulta Externa. Particularmente para el caso del SQA, los resultados al final de septiembre del 2012, último registro actualizado, son los que se muestran en el Anexo 24.

Según el anexo el 100% de los pacientes encuestados está muy satisfecho y de las insatisfacciones que se presentan Todo ello con las acotaciones antes realizadas como carencias metodológicas antes efectuadas.

PASO 2: Caracterización del servicio en que se efectuará la evaluación considerando los requisitos en la legislación vigente en materia de calidad

La Cirugía Ambulatoria (CA) se define como: Cirugía que se practica sin ingresar al paciente, dándole el alta pocas horas después de realizar el procedimiento, independientemente de que la intervención sea de cirugía mayor o menor. La de corta estadía es la que requiere que el paciente pase 24 horas en el hospital. (Masiá, 2004)

En el CEA el SQA al inicio de esta investigación no se encontraba registrado como proceso tal cual lo requiere la ISO 9001: 2008 (Organización Internacional de Normalización, 2008), si cuentan entre su documentación con una Guía de Organización y Procedimientos, que refleja información útil al caracterizarlo.

La utilización de herramientas como la entrevista, la revisión de documentos y la observación directa se elabora el diagrama de flujo, el diagrama SIPOC y la ficha para el SQA, todo lo que se presenta en los Anexos del 25 al 27, respectivamente.

Durante el año 2012 en el CEA fueron operados pacientes de 11 especialidades: Dermatología, Angiología, Otorrinolaringología, Ortopedia, Cirugía reconstructiva, Neurocirugía, Proctología, Urología, Ginecología, Estomatología y Cirugía general, siendo esta última la que más pacientes recibe.

Los meses de mayor afluencia de pacientes al servicio fueron Mayo, Junio y Noviembre. Un análisis al respecto se muestra en la Figura 3.5. Como puede observarse en la misma los meses de menor número de pacientes atendidos fueron Agosto, Diciembre y Enero, estos se ven afectados porque se produce un paro quirúrgico en los dos primeros, y en el último no se trabaja durante los días que inician el año.

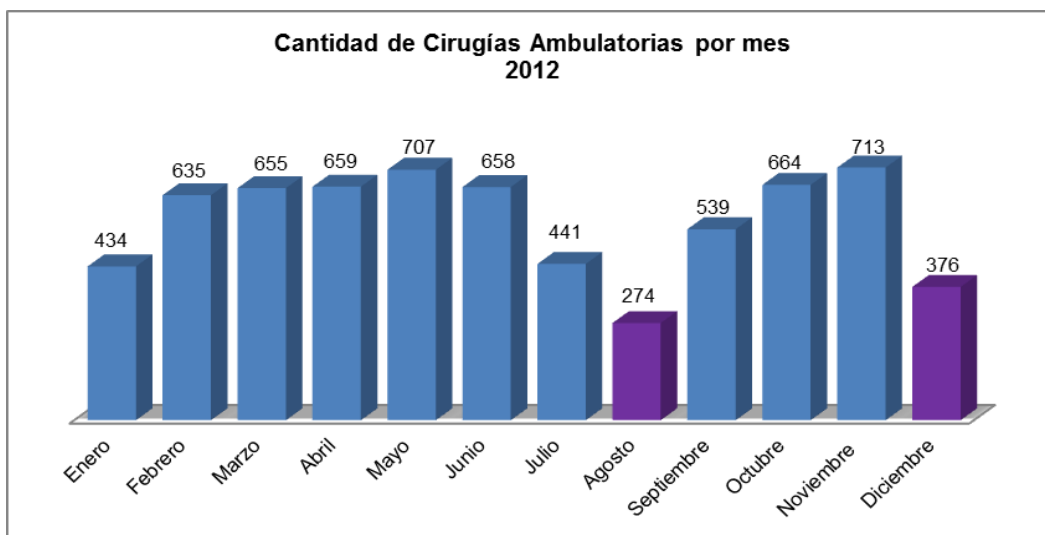


Figura 3.5: Cantidad de Cirugías Ambulatorias por mes en el 2012

Fuente: Elaboración propia

3.2- Etapa II: Evaluación de la calidad percibida

PASO 3: Diseño del instrumento para evaluar calidad percibida

En el diseño del instrumento para evaluar calidad percibida se aplica el procedimiento de (Curbelo, 2010) que se explica en el Anexo 14 y se representa en la Figura 2.3 del Capítulo II. Seguidamente se desarrollan cada una de sus etapas.

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

Luego de la revisión de la literatura que se realiza en el Capítulo I, se elabora una lista que incluye 100 ítems que son concentrados en 4 posibles grupos de análisis para médicos, enfermeros y personal de apoyo, a lo que se suma la infraestructura. Lo anterior se especifica en la Tabla 3.1 y se presenta en el Anexo 28.

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

Fuente: Elaboración propia

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

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

El número de expertos calculados es 9, a partir de la Ecuación 1 del Anexo 15, considerándose $p=0.01$, un nivel de confianza del 99% por lo que $k=6,6564$ y una precisión del 9%.

Inicialmente se acude a los posibles expertos a considerar a partir de una entrevista con la directora del Centro con dos décadas de experiencia en el sector. Luego se aplica el cuestionario que aparece en el Anexo 16 y se determina el coeficiente de competencia tal cual se explica en el Anexo 15. Los expertos localizados y su coeficiente de competencia aparecen en el Anexo 29.

Nótese que de estos expertos todos poseen un alto nivel de competencia, 6 son Máster en Ciencias, 2 son Doctores en Ciencias y sólo una no tiene grado científico pero tiene experiencia en la labor, sobre todo en el proceso de servicios en que se pretende evaluar la calidad percibida.

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

Para el estudio que se realiza se define como **población**: Cantidad de pacientes operados en el Servicio Quirúrgico Ambulatorio del CEA de Cienfuegos en el año 2012, último registro con que se cuenta.

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

Se calcula el **tamaño de muestra** utilizando la Ecuación 1 del Anexo 14 y considerando que la población es 6755, p y q son el 50% respectivamente, un error permisible (B) del 10%, y un nivel de confianza del 95% por lo que z es 1.96. Se obtiene un tamaño muestral de 95 pacientes.

Etapas IV: Estudio exploratorio con expertos

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

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

- Adecuado el enfoque de recopilar criterios por separado para médicos, enfermeros y personal de apoyo, para lo que sugieren ubicar *de servicio* e infraestructura. Además especifican que la medición directamente con los pacientes también debe realizarse siguiendo esta idea. Por tanto el instrumento que se diseña debe estar conformado por cuatro listas dedicadas a estos por separado.
- Correcta posible agrupación de ítems en las posibles dimensiones.
- Los expertos realizan sugerencias en cuanto al enfoque dado a algunas afirmaciones de las contenidas en las listas de acuerdo a las dimensiones propuestas:

Preparación del Capital Humano:

- En el ítem: Los médicos solucionan los problemas por los que he acudido a su atención, los expertos recomiendan ubicar: Los médicos se preocupan por tratar de solucionar los problemas por los que he acudido a su atención.

- Para el ítem: Los médicos demuestran seguridad al establecer sus intercambios: al emitir un diagnóstico y realizar un procedimiento, los expertos recomiendan: Los médicos demuestran su conocimiento de mi enfermedad al intercambiar conmigo con seguridad y cuidado.
- En el ítem: El personal de enfermería realiza su trabajo de manera consciente, se recomienda: El personal de enfermería demuestra sus conocimientos y habilidades en la realización de su trabajo con disposición.
- Para el ítem: Los enfermeros conocen mi historia clínica, se recomienda: Los enfermeros conocen mi enfermedad y los datos de mi historia clínica.
- En relación con la privacidad del paciente, elemento que en todo proceso de asistencia debe ser respetado, los expertos recomiendan que pase de Actitud del Capital Humano a esta dimensión.

Actitud del Capital Humano:

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

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

Infraestructura:

- En cuanto a la accesibilidad del servicio, esta no debe incluirse pues en el caso del Sistema Nacional de Salud es este un principio rector en cualquiera de los niveles, lo que se explica en el epígrafe 1.3 del Capítulo I.

- En su mayoría consideran que no debe incluirse el estado de los equipos e instrumental, este sólo lo conocen los pacientes si es que obstruye la realización de los procedimientos médicos, pero si se buscan alternativas no necesariamente tienen que saberlo, para el caso en estudio el enfoque debe ser orientado a que el estado de los equipos e instrumental no limita la realización del servicio.
- En cuanto al estado de los locales a los que se accede, hay elementos que pueden valorarse a partir de la inspección entonces debe variarse la forma en que se presenta la información haciendo preguntas más generales y dejando a marcar los elementos no adecuados según la percepción de los pacientes.
- Además se analiza como una sugerencia reiterada la inclusión en infraestructura del avituallamiento de vestuario para la realización de operaciones y estancia en el hospital.
- En relación a la interrogante de satisfacción de expectativas, los expertos sugieren no incluirla de esta forma sino como una evaluación de la satisfacción para médicos, enfermeros, personal de servicios e infraestructura.

Luego de ajustados los ítems en función de las entrevistas efectuadas se realiza la consulta para valorar la concordancia entre los criterios de los expertos y reducir ítems. La consulta tal cual se efectúa aparece en el Anexo 30 con un total de 65 ítems. Los resultados de esta consulta a expertos se procesan con el paquete estadístico SPSS Versión 19. Para valorar si existe comunidad de criterios entre los expertos se realiza la prueba no paramétrica W de Kendall, siendo las hipótesis a contrastar:

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

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

A partir del Anexo 31, considerando un 5% de significación, se puede concluir que el juicio de los expertos es consistente y que existe comunidad de preferencia entre estos. Se procede entonces a realizar un análisis descriptivo de los resultados considerando los rangos promedio, la mediana y la frecuencia de marcado para suprimir ítems, así se eliminan 8 que se especifican en el mismo anexo.

Tomando como referencia todo lo anterior resultan 57 características, tal cual se describe resumidamente en la Tabla 3.2 y en el Anexo 32, cuya nomenclatura para el análisis se especifica. Esta lista puede servir como punto de partida para cualquier tipo de servicio de atención en salud en que se pretenda evaluar la calidad percibida, lo que resulta un aporte de la investigación que se desarrolla.

Tabla 3.2: Cantidad de ítems en la lista de características luego de la consulta a expertos

Fuente: Elaboración propia

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

Vale destacar que los ítems dedicados a la alimentación (3) todos los expertos los consideran correctos pero concretamente para el caso que se estudia, se corrobora con los expertos que laboran en salud, no debe incluirse por tratarse de cirugía ambulatoria.

Etapas V: Diseño del instrumento de medición

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

El cuestionario se presenta en el Anexo 33, el mismo tiene tres apartados acompañados de las instrucciones para responderlo: datos generales, evaluación de la calidad de atención y sugerencias.

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

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

En cuanto a la aplicación del instrumento diseñado la muestra de 95 pacientes se caracteriza en el Anexo 34. Nótese a partir del mismo que la mayoría de los pacientes encuestados son hombres, predominan los encuestados a partir de 31 años de edad, con bajo nivel de formación y destaca la cirugía general como especialidad en que han sido atendidos.

En la evaluación de las propiedades métricas y ajuste del instrumento de medición se tienen en cuenta:

- Análisis de fiabilidad: Se utiliza el Alpha de Cronbach que debe ser mayor que 0.7 para considerarse aceptable.
- Demostración de la validez de constructo: Se realiza mediante un análisis factorial de componentes principales y rotación Varimax, el mismo tiene fin exploratorio-confirmatorio porque inicialmente se explora la cantidad de factores de agrupación y luego se realiza en análisis donde se prefija la cantidad de factores aprobados por los expertos antes. Es importante resaltar que se tienen en cuenta como variables significativas las que carguen en más de 0.55 a un factor, dado el tamaño muestral (a partir de la Tabla 2.4).

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

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

- Demostración de validez de contenido: La validez de contenido queda demostrada en la etapa IV del procedimiento para el diseño de instrumentos de medición en que se realiza la consulta a expertos siguiendo la metodología Delphi.
- Demostración de la validez de criterio: La validez de criterio se demuestra en el epígrafe 3.3 en que se determina la satisfacción, lo que realmente se realiza actualmente en el CEA para el SQA sin el enfoque multicriterio por que se aboga en esta investigación.

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

Médicos

En el Anexo 35 se presentan los estadísticos descriptivos para la lista dedicada a la calidad percibida de atención de los médicos. Una revisión de estos orienta a que la variable en que se localizan mayores dificultades es: los médicos llegan en el horario fijado para el proceso de atención.

En la Tabla 3.3 se compendian los resultados alcanzados a partir de análisis realizados considerando el Alpha de Cronbach como medida de la fiabilidad y los supuestos fundamentales del análisis factorial antes explicados.

Tabla 3.3: Propiedades métricas del instrumento para médicos

Fuente: Elaboración propia

Criterios/ Corridas del factorial	Inicial	1	2	3
Alpha de Cronbach	0.833	0.765	0.757	0.751
Tamaño muestral	95	95	95	95
Cantidad de variables	19	15	14	13
Variables a excluir- Criterio de exclusión	M1,M2,M15,M17- Cargas inferiores que 0.55	M13-Carga inferior que 0.55	M4-Carga inferior que 0.55	-
Cantidad de factores- Por ciento de varianza explicada	5-63.5%	5-68.14%	4 (Prefijado por tener factores con una sola variable)- 62.35%	4- 65.55%
Determinante	0.000	0.004	0.007	0.009
KMO	0.781	0.780	0.779	0.780
Significación asintótica de la prueba de Esfericidad de Bartlett	0.000	0.000	0.000	0.000

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

La significación asintótica menor que 0.05 indica que existen correlaciones entre las variables (H_1 de la prueba de hipótesis), los MSA llegan a ser todos mayores que 0.5 al igual que las

comunalidades. Se cumplen por tanto los supuestos del factorial y se presentan las variables que serán incluidas en el instrumento ajustado, junto a los resultados de la última corrida, en el Anexo 36. Se corrobora la existencia de los factores explicativos antes sometidos al criterio de los expertos aunque existen en su concepción algunas variaciones que no se consideran significativas, propias de la eliminación de ítems ejecutada. También aparece la nomenclatura de las variables para futuros análisis.

Enfermeros

En Anexo 37 se muestran los estadísticos descriptivos para el personal de enfermería, todas las variables tienen igual mediana, la de mayor rango es: los enfermeros se expresan de manera adecuada (E2).

En la Tabla 3.4 se resumen los resultados de los análisis de fiabilidad y del factorial para el personal de enfermería y en el Anexo 38 se muestran estos detalladamente para la última corrida.

Tabla 3.4: Propiedades métricas del instrumento para enfermeros

Fuente: Elaboración propia

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

Nótese que en el procesamiento inicial el determinante de la matriz de correlaciones es 0 por lo que en este caso se realiza un análisis de correlaciones considerando el coeficiente Rho de Spearman y el de Pearson. A partir de dicho análisis se decide eliminar el ítem: los enfermeros son amables en el trato conmigo y mis familiares (E6), variable con mayor número de

correlaciones no significativas, lo que se especifica al inicio del mismo Anexo 38. Luego de ello se verifica una alta fiabilidad, el cumplimiento de los supuestos del factorial y se especifican las variables a ser incluidas en el instrumento ajustado que posee validez de constructo.

Personal de servicios

Para el caso de la lista dedicada al personal de servicios, en el Anexo 39 aparece el análisis descriptivo. En este se evidencia que el rango es alto para la mayoría de las variables y la única variable con mediana 4 es: el personal de apoyo se expresa de manera adecuada (P7). En la Tabla 3.5 se muestran los resultados de los análisis de fiabilidad y del factorial.

Tabla 3.5: Propiedades métricas del instrumento para personal de servicios

Fuente: Elaboración propia

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

Se cumplen evidentemente todos los supuestos del factorial y la fiabilidad es adecuada, todo lo que se presenta detalladamente en el Anexo 40, aunque se han agrupado las variables fundamentalmente en dos factores, lo que se considera lógico por ser pocas en comparación con la cantidad en el resto de las listas.

Infraestructura

En el Anexo 41 se realiza el análisis descriptivo para el caso de la lista de infraestructura. Se concluye, teniendo en cuenta este, que la variable con menor mediana es: los locales de espera en el hospital tienen adecuadas condiciones, con la que un 32.6% de los pacientes encuestados aseguran estar en desacuerdo. En la Tabla 3.6 se muestran los análisis de fiabilidad y el factorial.

Para el caso de infraestructura la confiabilidad es regular y esta sólo aumenta significativamente si se elimina la variable: los locales de espera tienen condiciones adecuadas. No obstante, se decide no suprimir ninguna de las variables porque no pueden ser medidas por otras en el

estudio y sólo con su inclusión en el instrumento se garantiza el monitoreo para la mejora. En el Anexo 42 aparecen los resultados del análisis de fiabilidad y de la última corrida del factorial.

Tabla 3.6: Propiedades métricas del instrumento para infraestructura

Fuente: Elaboración propia

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

Los análisis efectuados para cada una de las listas permiten afirmar que el instrumento posee fiabilidad y validez de contenido y de constructo. Este en sus próximas aplicaciones, para el caso particular del SQA, tiene la forma que se presenta en el Anexo 43, finalmente con un total de 43 variables.

PASO 4: Análisis de los resultados

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

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

Las principales sugerencias recopiladas se orientan a mantener la situación actual y el resto se relaciona con los planteamientos anteriores. Este paso se corresponde con la Etapa VII del procedimiento de diseño cuya aplicación en el mismo culmina.

3.3- Etapa III: Determinación de la satisfacción

La determinación de la satisfacción es esencial en este estudio pues el objetivo es definir cuál es la mejor vía para desarrollarla, considerando que en el mismo se ha incluido la variable satisfacción con: médicos (SMe), enfermeros (SEnf), personal de servicios (SPS) e infraestructura (SInf). En el Anexo 44 se presenta los estadísticos descriptivos para la variable satisfacción dados cada uno de estos casos donde es representativa la cantidad de pacientes que puntúan en 4 y 5, valores de medianas y moda para esta variable.

Un análisis interesante es el que se realiza en los Anexos 45-48 en que se obtienen, a partir de un estudio de clasificación discriminante por pasos con altos por cientos de clasificación de los casos (más del 85%), las variables que con mayor incidencia afectan la satisfacción se especifican en la Tabla 3.7.

Tabla 3.7: Variables con mayor incidencia en la satisfacción

Fuente: Elaboración propia

Listas	Variables
Médicos	- Los médicos llegan en el horario fijado para el proceso de atención. - Los médicos tienen una apariencia adecuada al presentarse ante mí y mis familiares.
Enfermeros	- Los enfermeros están a la escucha de cualquier inquietud o reclamación. - Los enfermeros conocen mi enfermedad y los datos de mi historia clínica.
Personal de servicios	- El personal de servicio se encuentra en el momento en que debe estar para la realización de su trabajo. - El personal de servicio dedica el tiempo requerido a cada paciente y sus familiares. - El personal de servicios se expresa de manera adecuada.
Infraestructura	- Los locales de espera en el hospital tienen adecuadas condiciones. - El hospital tiene una señalización extra hospitalaria adecuada.

Estas variables son las que poseen mayor poder discriminante y por tanto mayor coeficiente en las funciones discriminantes canónicas que aparecen en los anexos mencionados.

En la comparación entre los resultados del análisis discriminante y el descriptivo se evidencia reiteración en las variables: los médicos llegan en el horario fijado para el proceso de atención

de la dimensión tiempo de atención, el personal de servicios se expresa de manera adecuada de la dimensión comunicación y los locales de espera en el hospital tienen adecuadas condiciones de la dimensión estado de los locales a los que se accede. Para el caso de los enfermeros la variable referida a su escucha de cualquier inquietud o reclamación que se asocia también a que los enfermeros se expresan de manera adecuada, ambas de la dimensión comunicación. A estas variables se enfocará inicialmente la Etapa IV del procedimiento en implementación.

PASO 5: Estimación y análisis de la satisfacción

En la determinación de la satisfacción no se utilizarán las cargas factoriales dado que estas pueden variar en función de los valores que tomen cada una de las variables incluidas resultantes del análisis factorial. Como alternativa se consideran dos variantes que son contrastadas con el valor de la satisfacción recopilado a partir de la encuesta.

Las variantes que se tienen en cuenta permiten garantizar mayor operatividad al realizar la evaluación de la calidad percibida y luego la determinación de la satisfacción, un proceso periódico y que es realizado por personas que no poseen conocimientos estadísticos elevados como para realizar análisis multivariantes de mayor complejidad. Dichas variantes son:

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

El análisis comparativo entre la satisfacción determinada por cada una de estas variantes y la marcada por los pacientes, se efectúa utilizando el coeficiente de correlación Rho de Spearman. Se supone que la mejor medida es la que posee correlación significativa entre la satisfacción determinada por la mediana/media y satisfacción completada por los pacientes, según el criterio del SPSS para un 1% de significación. Dichos resultados se muestran en el Anexo 49 para cada caso.

Las correlaciones son significativas con las dos variantes, pero se empleará como criterio la mediana aunque los coeficientes de correlación en la alternativa determinada por la media son mayores para: médicos, personal de servicios e infraestructura. La decisión anterior se basa en que la media tiende a verse afectada dada la presencia de valores extremos.

Para obtener la satisfacción general se acude nuevamente a los expertos con el objetivo de ponderar la relevancia de la satisfacción con los médicos, enfermeros, personal de servicios e infraestructura sobre la base de 100%. Se logra nivel de acuerdo con las ponderaciones dadas con un coeficiente W de Kendall de 0,916 y se decide emplear la media aritmética como criterio para la asignación final teniendo en cuenta ello, dichos valores se muestran en el Anexo 50. La satisfacción general (SG) puede ser determinada mediante la Ecuación 3.1 a continuación.

$$SG_i = (0.49 * SME_i) + (0.27 * SENf_i) + (0.13 * SPS) + (0.11 * SInf) \quad \text{Ecuación 3.1}$$

Donde:

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

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

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

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

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

Los valores obtenidos se llevan a la escala de la Figura 3.6 que se construye para conocer el estado general de la satisfacción. El paciente estará muy satisfecho si $SG \geq 4,5$, satisfecho si $4.5 > SG \geq 4$, medianamente satisfecho si $4 > SG \geq 3$, insatisfecho si $3 > SG \geq 2$ y muy insatisfecho si $2 > SG \geq 1$. La evaluación de mal, regular, bien, muy bien y excelente se asocia a la calidad del servicio según la percepción de los pacientes.

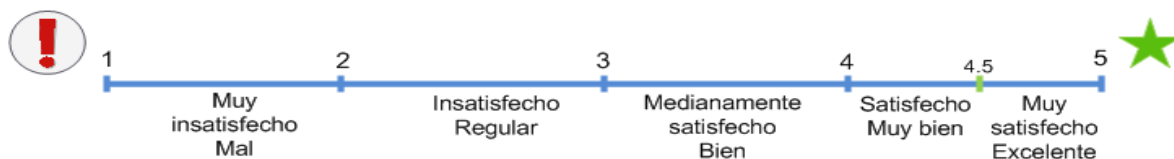


Figura 3.6: Escala para evaluación de satisfacción

Fuente: Elaboración propia

Esta escala, al igual que la ecuación general y la lista inicial de ítems, pueden ser utilizadas para determinar la satisfacción en otros servicios de asistencia en salud. La variación estaría enfocada a la propia validación del instrumento para evaluar la calidad percibida de acuerdo a las características propias de diferentes servicios que se brindan.

En el caso que se estudia siguiendo los criterios antes detallados se obtienen los resultados que se muestran en la Figura 3.7. Si estos resultados se comparan con los que aparecen en el Anexo 24, puede afirmarse que el instrumento diseñado tiene validez de criterio.

Satisfacción de pacientes con el SQA

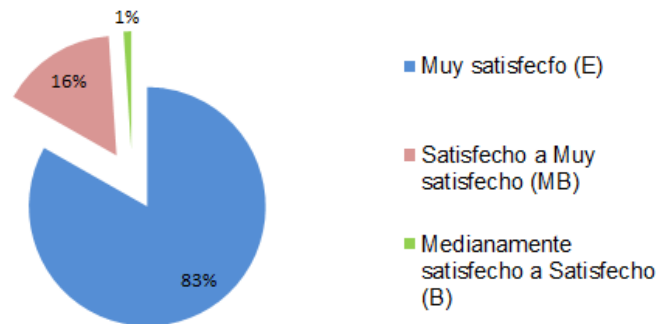


Figura 3.7: Satisfacción de pacientes con el SQA del CEA

Fuente: Elaboración propia

El análisis realizado para evaluar la calidad percibida, determinar criterios relevantes al respecto y la satisfacción de los pacientes se facilita para futuras aplicaciones en el SQA del CEA brindando un Libro de Microsoft Excel acompañado de un manual que explica el trabajo con el mismo, todo lo que se entrega a la institución en un CD anexo a la investigación.

3.4- Etapa IV: Mejora del proceso de servicio

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

Las acciones de mejora se enfocan a los criterios que afectan la satisfacción definidos en las etapas anteriores (II y III), específicamente a los que se reiteran en los resultados de estas y considerando las dimensiones a que pertenecen. Se utiliza la entrevista no estructurada a trabajadores, directivos y algunos pacientes de la institución para determinar las causas que están relacionadas con las problemáticas detectadas. También se emplea para corroborarlas la revisión de los documentos como: Reporte Diario de Actividad Quirúrgica, Informe de Estadísticas por meses y encuestas aplicadas a pacientes, todo ello archivado en el mismo CEA.

En el Anexo 51 aparecen los análisis de causas para cada uno de los criterios relevantes y en los Anexos 52, 53 y 54 los planes de mejoras teniendo en cuenta estas construidos mediante la técnica 5W y 1H.

El completamiento del desarrollo de esta etapa será objeto de futuras investigaciones que tributan al cumplimiento de las acciones de mejora propuestas, se trata de la puesta en práctica de las mejoras propuestas (paso 7), verificación de las mejoras y su comportamiento (paso 8), continuar con la puesta en práctica de las mejoras si son estas adecuadas y brindan los resultados deseados para el servicio (paso 9) e informe de resultados alcanzados (paso 10).

En lo que se realiza esto se puede proceder a realizar las evaluaciones periódicas considerando las etapas II y III sin dificultad alguna teniendo en cuenta las consideraciones que se exponen en el epígrafe que sigue.

3.5- Consideraciones para futuras aplicaciones del procedimiento

Luego de implementado el procedimiento en el SQA del CEA se brindan un conjunto de consideraciones a tener en cuenta por la institución en las evaluaciones periódicas que se realicen en materia de calidad percibida y monitoreo de la satisfacción de los pacientes, una forma de garantizar que la aplicación del mismo se realice de manera adecuada.

Se imponen como interrogantes las siguientes: ¿cómo se realizará la evaluación?, ¿quiénes la efectuarán?, ¿cuánto cuesta esta alternativa? A cada una de las mismas se da respuesta en este apartado.

¿Cómo se realizará la evaluación?

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

El instrumento se aplicará teniendo en cuenta tres aspectos:

- Frecuencia de aplicación: El procedimiento se activa trimestralmente. El instrumento, conformado por sus cuatro listas, será aplicado mensualmente. Luego de la aplicación se analizarán los resultados y se proyectarán las acciones de mejora para las principales variables que afectan la calidad percibida que se verificarán en el trimestre.

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

Teniendo en cuenta lo anterior, puede afirmarse que queda garantizado el monitoreo de la calidad percibida y la satisfacción cuyos resultados se informan a la Oficina de Atención a la Población del GAL y esta a la Dirección Provincial de Salud. Dicha evaluación apoyada en el Libro de Excel anexo brinda todos los análisis necesarios para enfocar la toma de decisiones.

- Tipo de muestreo: Cada mes se utilizará un muestreo aleatorio simple, o sea, se aplicará la encuesta a los pacientes operados en el SQA de manera aleatoria en la consulta postoperatoria o de seguimiento que se da en el área de Consulta Externa del CEA. La cantidad a encuestar se divide por semanas.

- Cantidad de pacientes a encuestar: Tomando como base la cantidad de pacientes atendidos por mes en el SQA del CEA durante en 2012, se calcula la cantidad de pacientes que como muestra deben ser encuestados por mes en el 2013, utilizando la Ecuación 1 del Anexo 14 para determinar el tamaño de muestra (n) antes empleada. La cantidad de pacientes a encuestar por mes se presenta en la Figura 3.8.

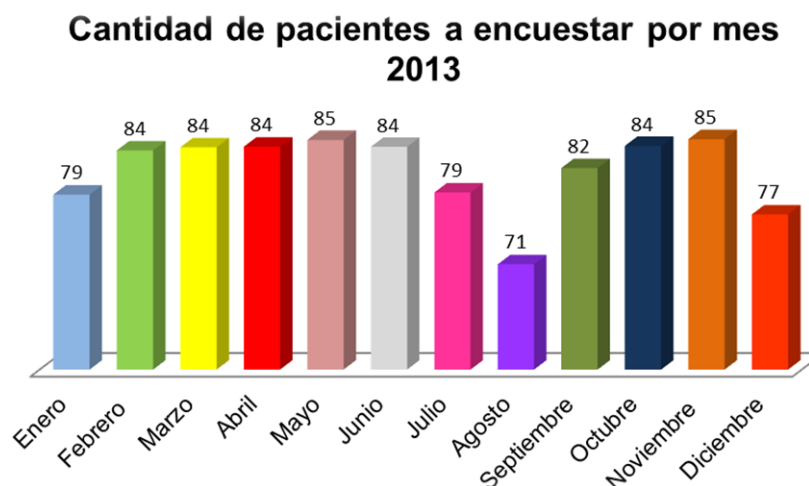


Figura 3.8: Cantidad de pacientes del SQA a encuestar durante el 2013

Fuente: Elaboración propia

También la cantidad de pacientes a encuestar se puede calcular considerando que la cantidad de pacientes atendidos por meses en el año no es similar. Este cálculo brinda una cantidad de pacientes a encuestar igual por mes, lo que se realiza teniendo en cuenta la Ecuación 3.2 a continuación donde: n es tamaño muestral, p es la proporción muestral o su estimado, q es 1-p, B es el error permisible y z varía para niveles de significación dados (Kohler, 1994).

$$n = \frac{z^2 Pq}{B^2} \quad \textbf{Ecuación 3.2}$$

Si p y q son el 50% respectivamente, se fija un error permisible (B) del 10%, y un nivel de confianza del 95% por lo que z es 1.96, la cantidad de pacientes a encuestar por mes es 96. Sobre la base de este criterio es que se encuentra elaborado el Libro de Excel anexo a la investigación.

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

¿Quiénes la efectuarán?

En el CEA la realización de la evaluación de la calidad percibida, considerando el procedimiento que se propone e implementa en esta investigación, será efectuada por enfermeras a las que se presente el instrumento previamente, responsabilidad de la directora del centro. Los resultados serán entregados en el Departamento de Estadísticas en el mismo, en que utilizando Microsoft Excel se procesarán, para que luego la directora del CEA los interprete y los presente en los Consejos de Dirección o en los Círculos de Calidad mensuales para llegar a la proyección y verificación de acciones de mejora.

¿Cuánto cuesta esta alternativa?

La alternativa que se propone seguir para la evaluación de la calidad percibida tiene costos relacionados con la impresión de la encuesta diseñada fundamentalmente dado que el resto de los cambios que se introducen resultan ser de métodos de trabajo. Se requiere para dicha impresión de la contratación con empresas prestadoras del servicio y como antesala a ello se realiza un análisis de diferentes variantes localizadas en el territorio de Cienfuegos que se muestran en la Tabla 3.8 a continuación.

Tabla 3.8: Costo de impresión de encuestas por diferentes empresas prestadoras del servicio

Fuente: Elaboración propia

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

Nótese a partir de la tabla anterior que para el caso del SQA el costo para 10 meses por la impresión de encuestas sería 172.15 CUP y ajustándose desde el mismo contrato pudiera costar sobre los 200.00 CUP cubrir las necesidades para un año, considerando que es la Imprenta del MINAZ la mejor variante.

Todo lo abordado en este Capítulo se revierte en mayor satisfacción de la población a partir de una medición que incluye los criterios, que internacionalmente y validados en Cuba, son indicativos de buena calidad en los servicios de atención en salud y orienta de una manera más concreta la toma de decisiones para la mejora continua, un llamado latente en la actualidad cercano a la voz del paciente.

3.6- Conclusiones del Capítulo III

Al culminar este Capítulo se concluye:

1- El procedimiento para la evaluación de la calidad percibida en servicios de asistencia médica se implementa de los pasos 1 al 6. La utilización de las herramientas que se proponen permite pasar de una etapa a la otra obteniendo los resultados que garantizan evaluar la calidad del servicio según la perspectiva de los pacientes. En la implementación que se desarrolla es evidente el cumplimiento de los principios del procedimiento.

2- En el Hospital “Dr. Gustavo Aldereguía Lima” de Cienfuegos se realiza la evaluación cotidiana de la satisfacción considerando la autoencuesta aunque se han desarrollado trabajos orientados a la evaluación multicriterio, esto último nunca antes se ha efectuado en el Centro Especializado Ambulatorio que cada día asume mayor número de casos y servicios, siendo más representativo el Servicio Quirúrgico Ambulatorio que se selecciona para la evaluación de la

calidad percibida y queda registrado como proceso en la investigación, uno de los requisitos de la ISO 9001:2008.

3- El instrumento que se diseña a partir de la aplicación del procedimiento de Curbelo (2010) es una propuesta fiable y válida para el análisis de la calidad del Servicio Quirúrgico Ambulatorio. Su aplicación permite identificar criterios relevantes de los pacientes relacionados con el mismo que se corrobora inciden en su satisfacción. En el proceso de su diseño además se conforma una lista de ítems a tener en cuenta para la evaluación de la calidad percibida en cualquier servicio de asistencia en salud.

4- El análisis que se realiza para determinar la mejor variante en cuanto a la medición de la satisfacción permite asegurar que es la mediana el estadístico indicado y que considerando esta se puede llegar a estimar la satisfacción general teniendo en cuenta ponderaciones para los apartados que la conforman: la atención médica, del personal de enfermería, del personal de servicios y la infraestructura. Se confirma que la satisfacción con el Servicio Quirúrgico Ambulatorio es predominantemente alta y la calidad del servicio es excelente para más del 80% de los pacientes encuestados, sin olvidar sus criterios relevantes identificados para los que se proyectan acciones encaminadas a la mejora.

5- Las consideraciones que se ofrecen para futuras aplicaciones de la evaluación de la calidad percibida y de la satisfacción en cuanto a en cuanto a modo, responsables y costo asociado, orientan la periodicidad de aplicación del procedimiento. A ello contribuye un Libro de Microsoft Excel que se anexa a esta investigación.

CONCLUSIONES GENERALES



CONCLUSIONES GENERALES

Al término de esta investigación se concluye:

- 1- En el Sistema de Salud en Cuba se considera una prioridad la satisfacción de la población y se trabaja por mejorar la calidad de los servicios de atención, lo que demanda la realización de estudios relacionados con temáticas como la calidad percibida. En relación con esta, existe consenso en la literatura consultada sobre la multidimensionalidad que le caracteriza y sobre la carencia de procedimientos específicos que orienten la acción.
- 2- El procedimiento que se diseña compuesto de cuatro etapas y diez pasos garantiza la evaluación de la calidad percibida y la determinación de la satisfacción, con un enfoque a la mejora continua y haciendo uso de diversas herramientas que fundamentan su rigor científico.
- 3- La implementación del procedimiento en el Servicio Quirúrgico Ambulatorio del Centro Especializado Ambulatorio de Cienfuegos permite conocer los criterios relevantes sobre la calidad del servicio que poseen pacientes del mismo y la satisfacción, considerando la atención médica, de enfermería, del personal de servicios y la infraestructura. Los resultados obtenidos facilitan la toma de decisiones para proyectar acciones de mejora.
- 4- La realización de futuras aplicaciones del procedimiento para la evaluación de la calidad percibida se facilita con una herramienta informática concebida al efecto y conlleva a tener en cuenta las consideraciones planteadas en la investigación para garantizar adecuados resultados.

RECOMENDACIONES



RECOMENDACIONES

Se recomienda a la dirección del Centro Especializado Ambulatorio y del Hospital Provincial de Cienfuegos a que se anexa:

- Poner en práctica las mejoras propuestas para cada una de las deficiencias detectadas que se asocian a criterios relevantes que poseen los pacientes del Servicio Quirúrgico Ambulatorio.
- Elegir entre las alternativas que se brindan para futuras aplicaciones del procedimiento las que se emplearán en el Servicio Quirúrgico Ambulatorio en cuanto a: frecuencia de aplicación del instrumento, tipo de muestreo y cantidad de pacientes a encuestar.
- Generalizar la experiencia a otros servicios del Centro Especializado Ambulatorio y a servicios del Hospital Provincial para fortalecer el Sistema de Vigilancia de la Satisfacción y mejorar continuamente considerando como fuente de retroalimentación la percepción de los pacientes vista con un enfoque multicriterio.
- Incluir en futuros estudios análisis comparativos entre diferentes servicios considerando diversos criterios como pueden ser: caracterización de los encuestados, repetitividad del servicio a pacientes, lugar en que se brindan los servicios, por sólo mencionar algunos; de modo que se garantice la generalización de un instrumento para evaluar la calidad percibida.

BIBLIOGRAFÍA



BIBLIOGRAFÍA

- Acevedo, J. A. (1999). *Organización de la Producción y los servicios*. Ciudad de la Habana, Cuba: Ed. ISPJAE.
- Aiteco Consultores. (2002). SERVQUAL de Calidad de Servicio. Recuperado a partir de <http://www.aiteco.com/modelo-servqual-de-calidad-de-servicio/>. Acceso: septiembre de 2012.
- Aitkenhead, A. R. (2005). Injuries associated with anesthesia: A global perspective. *Br J Anaesth.*, 95 (95), 10.
- Albrecht. (1990). *La Revolución de los Servicios*. Ed. Serie Empresarial.
- AMA. (1960). Marketing Definitions. A Glossary of Marketing Terms". Committee on Definitions of the A.M.A. Chicago. American Marketing Association.
- Amaya, Y. (2010). *Procedimiento de evaluación del nivel de satisfacción de los usuarios de los servicios asistenciales* (Tesis de Maestría).
- Andaleeb, S. S., & Conway, C. (2006). Customer satisfaction in the restaurant industry: an examination of the transaction-specific model. *Journal of Services Marketing*, 3–11.
- Aranaz, J. M. (1994a). *La calidad asistencial: una necesidad en la práctica clínica. Gestión sanitaria y asistencia neurológica*. Barcelona: J R Prous Editores.
- Aranaz, J.M. (1994b). Calidad del servicio en el sector de la salud. Recuperado a partir de <http://www.uninet.edu/neurocon/congreso/html>. Acceso: septiembre de 2012.
- Beltrán, J., Carmona, M. A., Carrasco, R., Rivas, M. A., & Tejedor, F. (2003). *Guía para una gestión basada en procesos*. Andalucía, España: Imprenta Berekintza.
- Bergallo, C. (2011). Empresas de servicios y el rol clave de la calidad. *Revista Gestión y competitividad*.
- Beuzekom, M. V., Boer, F., Akerboom, S., & Hudson, P. (2010). Patient Safety: latent risk factors, 105 (1), 52–59.
- Bitner, M. (1990). Evaluating service encounters: The effects of physical surroundings and employee responses. *Journal of Marketing*, Vol. 54.
- Bolaños, R. (2008). Calidad en el servicio. Recuperado a partir de <http://www.gestiopolis.com/canales5/emp/pymecommx/35.htm>. Acceso: septiembre de 2012.
- Bolton, N. R., & Drew, J. (1991). A Multistage Model of Consumers Assessment of Service Quality and Value. *Journal of Customer Research*, 17.
- Borel, J., & Sivanto, M. (2008). Gestión de calidad en anestesiología, 66(1), 71–82.

- BSi Management Systems. (2002). A Guide for the Adoption of ISO 9001: 2000 in Healthcare. The Process Practice. Recuperado a partir de <http://www.bsibrasil.com.br/documentos/ISO9000InHealthcare.pdf>. Acceso: septiembre de 2012.
- Buttle, F. (1996). SERVQUAL: Review, Critique, Research Agenda. *European Journal of Marketing*.
- Camisón, C., Cruz, S., & González, T. (2007). *Gestión de la calidad: conceptos enfoques modelos y sistemas*. España: Pearson Educación.
- Cantú, H. (2001). *Desarrollo de una cultura de calidad* (Segunda.). México: McGraw- Hill.
- Carman, J. (1990). Consumer Perceptions of Service Quality: An Assessment of the SERVQUAL Dimensions. *Journal of Retailing*, Vol. 66. No. 1.
- Castillo, E. (2005). Escala Multidimensional SERVQUAL. Universidad del Bío-Bío, Chile. Recuperado a partir de <http://www.albaplataenegal.org/doc/doc58.pdf>. Acceso: octubre de 2012.
- Cerezo, P. (1997). La calidad del servicio como elemento estratégico para fidelizar al cliente. Recuperado a partir de <http://www.teleworkspain.com/Art012.htm>. Acceso: septiembre de 2012.
- Civera, M. (2008). *Análisis de la relación entre Calidad y Satisfacción en el ámbito hospitalario en función del modelo de gestión establecido* (Tesis Doctoral). Universidad Jaume.
- Codman E. (1916). A study in hospital efficiency. The first five years.
- Colectivo de autores. (2005). *Introducción a la Ingeniería*. La Habana, Cuba: Editorial Félix Varela.
- Colectivo de autores. (2006). *Manual de usuarios de SPSS Base 15.0*. Estados Unidos.
- Colectivo de autores. (2007). Programa de Gestión de la Calidad Hospitalaria del Hospital GAL.
- Collet, D., Lansier, P., & Ollivier, D. (1989). *Objectif zéro défaut. Mesure et qualité totale dans le tertiaire*. París: Ediciones E.S.F.
- Comité Central del Partido Lineamientos de la Política Económica y Social del Partido y la Revolución. Salud (2011).
- Comité permanente de los hospitales de la Unión Europea. (1997). La calidad de la atención hospitalaria. Seminario europeo del programa HOPE.
- Correia, S. M., & Miranda, F. G. (2010). Calidad y satisfacción en el servicio de urgencias hospitalaria: Análisis de un hospital de la zona centro de Portugal. *Revista Investigaciones Europeas de Dirección y Economía de la Empresa*, 16(2), 27–41.

- Cortés, M. E., & Iglesias, M. (2005). *Generalidades sobre Metodología de la Investigación*. México: UNACAR.
- Covas, D. (2009). *Diseño de un procedimiento para implantar el Modelo de Gestión Integrada de Capital Humano en empresas seleccionadas de la provincia de Cienfuegos* (Tesis de Grado). Universidad de Cienfuegos.
- Cronin, J. J., & Taylor, S. A. (1992a). Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension, 56.
- Cronin, J. J., & Taylor, S. A. (1992b). «SERVPERF versus SERVQUAL: Reconciling Performancebased and Perceptions - Minus - Expectations Measurement of Service Quality». *Journal of Marketing*, 58.
- Cronin, J. J., & Taylor, S. A. (1994). SERVPERF Versus SERVQUAL: Reconciling Performance-Based and Perceptions-Minus-Expectations Measurement of Service Quality, 58.
- Crosby, P. (1991). *La calidad no cuesta: el arte de cerciorarse de la calidad*. México: Ed. Continental.
- Curbelo, D. (2010). *Diseño y aplicación de un instrumento para la evaluación del Contexto de Aprendizaje en organizaciones de avanzada del territorio de Cienfuegos* (Tesis de Grado). Universidad de Cienfuegos «Carlos Rafael Rodríguez», Cienfuegos.
- Curbelo, D., Pérez, M., & Varela, N. (2011). Diseño y aplicación de un instrumento para la evaluación del Contexto de Aprendizaje en organizaciones de avanzada del territorio de Cienfuegos. *Revista de Ingeniería Industrial*, 32, 123–131.
- Denton, D. (1991). *Calidad en el Servicio a los Clientes*. Madrid: Díaz de Santos.
- Diallo, O. (2009). *Procedimiento para la mejora de procesos en servicios turísticos. Aplicación en el Hotel Gran Caribe Jagua de Cienfuegos* (Tesis de Maestría). Universidad de Cienfuegos «Carlos Rafael Rodríguez».
- Díaz, R. (2006). *Interrelación entre imagen y comunicación en destinos turísticos* (Tesis de Doctorado).
- Díaz, Y., & Pons, R. (2009a). Conceptualización y modelización de la calidad de servicio percibida: Análisis crítico. *Revista Contribuciones a la Economía*. Recuperado a partir de <http://www.eumed.net/ce/2009b/>. Acceso: septiembre de 2012.
- Díaz, Y., & Pons, R. (2009b). Modelización y procedimiento de evaluación de la Calidad de servicios percibida en empresas cubanas de servicios. *Revista Observatorio de la Economía Latinoamericana*, (122). Recuperado a partir de <http://www.eumed.net/cursecon/ecolat/cu/2009/dgpg.htm>. Acceso: septiembre de 2012.

- Dirección Provincial de Salud de Cienfuegos. (2012). *Sistema de Salud en Cienfuegos. Caracterización y principales resultados*. Cienfuegos.
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quaterly*, 44, 166–206.
- Donabedian, A. (1980). Explorations in quality assessment and monitoring. The definition of quality and approaches to its assessment. *Ann Arbor Mich.*
- Donabedian, A. (1992). Evaluación de la Calidad de la Atención Médica. *Investigaciones sobre servicios de Salud: una antología*. 534. *Washington DC. OPS/OMS.*, 382–404.
- Duque, E. J., Cervera, A., & Rodríguez, C. (2006). Estudio bibliométrico de los modelos de medición del concepto de calidad percibida del servicio en Internet. *Revista INNOVAR*, 16, 223–243.
- Eiglier, P., & Langeard, E. (1989). *Servucción. El marketing de los servicios*. Madrid (España): McGraw- Hill.
- Espinosa, N., & Gómez, J. (1986). *Dirección de la Calidad*. ISPJAE.
- Evans, R., & Lindsay, W. (1999). *Administración y control de la calidad* (Cuarta ed.). Editorial Internacional Thomson Editores.
- Falcón, A. (2012a). *Balance de Trabajo del CEA*.
- Falcón, A. (2012b). Informe progreso CD4 1212.
- Falcón, A., Ordúñez, P. O., De Pazos, J. L., Molina, R. M., Alomá, D., & Navarro, V. R. (2011). Puesta en marcha del primer Centro Especializado Ambulatorio en Cuba. *Revista Cubana de Salud*, 37 (2), 184–187.
- Fernández, A. (2000). *Calidad en las empresas de servicios*.
- Fonseca, M. (2007). Manual de Organización y Procedimientos de la Oficina de Atención a la Población del Hospital GAL.
- Fonseca, M. (2012). Informe de Vigilancia de la Satisfacción.
- Fonseca, M., Arias, D., & Barletta, J. (2012). Evaluación del Programa de Seguridad Derechos del Paciente hospitalizado.
- Fonseca, M., Bécquer, C., Barletta, J., Arias, D., Gómez, Y., & Ponce, O. (2009). Programa para evaluar la satisfacción y elevar el prestigio del Hospital GAL: Algunos resultados de su implementación.
- Fonseca, M., Sardiñas, D., Lorenzo, Y., Alejo, Y., & Alfonso, Y. (2007). Expectativas con la atención de Urgencias HGAL.
- Frías, R. A. (2005). *Diseño y validación de un modelo de gestión del cliente interno en procesos hoteleros* (Tesis de Maestría). Universidad de Matanzas «Camilo Cienfuegos».

- Frías, R. A., & Cuétara, L. (1997). Evaluación de la calidad de los servicios turísticos .Proyecto Territorial de Ciencia y Técnica CITMA. Matanzas.
- Fung, D., & Cohen, M. (1998). Measuring patient satisfaction with anesthesia care: a review of current methodology. 87.
- Gálvez, P. (2011). *Cuestionario para evaluar la calidad de servicios deportivos: estudio inicial de las propiedades psicométricas* (Tesis Doctoral). Universidad de Málaga, Málaga, España.
- Garrido, L. E., Shih, P. C., & Martínez- Molina, A. (2012). *Evaluación de la Calidad Percibida de los servicios de biblioteca y archivo de la Universidad Autónoma de Madrid* (No. M-1294/2011 / Anexo). Madrid, España.
- Garvin, D. (1988). Competir en las ocho dimensiones de la calidad. *Harvard Deusto Business Review*.
- Garza, E. (2008). Mejoramiento de la calidad de servicios mediante el modelo de las discrepancias entre las expectativas de los clientes y las percepciones de la empresa.
- Geary, A., & Alan, B. (1995). *Improving Performance. How to Manage the White Space on the Organization Chart*. Jossey – Bass Publishers, San Francisco, California.
- Glenn, D. M., & Macario, A. (1999). Administración del quirófano: Una nueva oportunidad para el anestesiólogo.
- Gómez, M. (2001). Diseño del Servicio al Cliente. Ed. Universitaria CUJAE. Ciudad de La Habana.
- Gómez, M., Acevedo, J., & González, R. (2006). El diseño del servicio. *Construyendo la empresa integrada*. La Habana, Cuba: Ed. ISPJAE-UCI.
- González, E., & Fernández, M. (2006). El error médico. Eventos adversos. 74, 495–503.
- González, E., & Fernández, M. (2012). La seguridad como parte de la calidad en los servicios hospitalarios, 6(1). Recuperado a partir de http://www.actamedica.sld.cu/r1_12/seguridad.htm. Acceso: diciembre de 2012.
- González, E., Fernández, M., & Jiménez, D. (2010). Calidad en los servicios médicos en anestesiología: algunas consideraciones actuales. *SCAR*. Recuperado a partir de http://bvs.sld.cu/revistas/scar/vol_10_1_11/ane02111.htm. Acceso: noviembre de 2012.
- Grande, I. (1996). *Marketing de los Servicios*. Madrid: Editorial ESIC.
- Grönroos. (1994). *Marketing y Gestión de Servicio: La gestión de los momentos de verdad y la competencia de los servicios*. Madrid: Ed. Díaz de Santos.
- Grönroos, C. (1979). An Applied Theory for Marketing Industrial Service, *Industrial Marketing Management*, 8.

- Grönroos, C. (1981). Internal Marketing- An Integral Part of Marketing Theory, in Marketing of Services.
- Grönroos, C. (1982a). An applied service marketing theory. *European Journal of Marketing.*, Vol. 16. No. 7.
- Grönroos, C. (1982b). Strategic Management and Marketing in the Service Sector, Helsingfors: Swedish School of Economics and Business Administrations.
- Grönroos, C. (1983). Innovative Marketing Strategies and Organization Structures For Service Firm, in Emerging Perspective on Service Marketing, American Marketing Association.
- Grönroos, C. (1984). A Service Quality Model and Its Marketing Implications. *European Journal of Marketing.*, 18(4).
- Grönroos, C. (1987). Developing the Service Offering: A Source of Competitive Advantage.
- Grönroos, C. (1988). Service Quality: The Six Criteria of Good Perceived Quality, Review of Business, 9(3).
- Grönroos, C. (1990). Service Management and Marketing, Massachusetts: Lexington Books.
- Grudiz. (2011). Medir la calidad de un servicio: el modelo Servqual. Recuperado a partir de <http://www.pymesyaautos.com/estrategia/medir-la-calidad-de-un-servicio-el-modelo-servqual>. Acceso: noviembre de 2012.
- Guetty, J. M., & Thompson, K. (1994). La Relación entre Calidad, Satisfacción e Intención de Recomendar el Servicio a Otros, 2(3).
- Gummerson, E. (1978). Toward a Theory of Professional Service Marketing, Industrial Marketing Management, 7.
- Gutiérrez, F. (2006). *Evaluación externa: grado de satisfacción y calidad de servicio*. Málaga, España: Oficina Defensor del Ciudadano.
- Gutiérrez, H., & de la Vara, R. (2004). *Control estadístico de la calidad y Seis Sigma*. México: McGraw-Hill Interamericana Editores.
- Haller, G., Stoelwinder, J., Myles, P. S., & McNeil, J. (2009). Quality and Safety Indicators in Anesthesia. *Anesthesiology* Quality and Safety Indicators in Anesthesia. *Anesthesiology*. 110, 1158–1175.
- Harrington, H. J. (1993). *Mejoramiento de los procesos de la empresa*. Editorial Mc Graw Hill Interamerican S.A. México DF.
- Healy, S. (1988). Health Care Quality Assurance. Terminology. 1, 20–31.
- Hernández, A. (2000). Calidad en las empresas de servicios. Centro para la Calidad en Asturias.
- Hernández, D. (2011). Hospitales del sector salud: dirección y gestión efectivas para la mejora continua de los servicios médicos. Recuperado a partir de <http://www.monografias.com>

- Hernández, J. (2004). Marketing de servicios. Recuperado a partir de <http://www.gestiopolis.com/recursos/documentos/fulldocs>. Acceso: septiembre de 2012.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (1998). *Metodología de la Investigación* (Edición Segunda.). México: McGraw-Hill Interamericana Editores, S. A. de C. V.
- Herrera, Y. (2007). *Diseño de un instrumento para la evaluación del desempeño hospitalario. Hospital Pediátrico Universitario «William Soler»* (Tesis de Maestría). Instituto Superior Politécnico José Antonio Echeverría (CUJAE), La Habana, Cuba.
- Hong Qin, B. (2009). *Links among perceived service quality, patient satisfaction and behavioral intentions in the urgent care industry: empirical evidence from college students* (Tesis Doctoral). Universidad del Norte de Texas.
- Instituto Argentino de Normalización IRAM. (2003). Guía para la interpretación de la norma ISO 9001:2000 en organizaciones de salud.
- Iraola, M. D., Fernández, D., Liriano, J. C., Rodríguez, G., Rodríguez, A., & Rojas, O. (2004). Satisfacción de los pacientes atendidos en urgencias y posteriormente hospitalizados en un hospital universitario cubano. *Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias*, 16, 252–257.
- Iraola, M. D., Ordúñez, P. O., Rojas, O., Liriano, J. C., Famada, C., Alvarado, L., & Monzón, R. (2005). Satisfacción en el servicio de urgencias. Informe de usuarios. *Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias*, 5, 2–3.
- Ishikawa. (1997). *¿Qué es el Control Total de la Calidad?*.
- Jardali, F., Dimassi, H., Jamal, D., Jaafar, M., & Hemadeh, N. (2011). Predictors and outcomes of patient safety culture in hospitals, 11–45.
- Jiménez, R. (2004). Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual. *Revista Cubana de Salud Pública*, 30(1).
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). (1996). *Manual de acreditación para hospitales*. S.A.
- Joint Comisión on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO). (1991). Características de los Indicadores Clínicos. Control de Calidad Asistencial. 6, 65–79.
- Judd, R. (1964). The case for redefining services. *Journal of Marketing*, Vol. 28.
- Juran, J. (1990). Juran y el liderazgo para la calidad: Un manual para directivos.
- Juran, J. M., & Godfrey, A. B. (2001). *Manual de Calidad de Juran*. (R. E. Hoogstoel & E. G. Schilling, Eds.) (Quinta ed., Vol. 3). España.
- Kafati, A. (2001). Calidad total en el servicio al cliente. Instituto Nacional de Formación Profesional. Recuperado a partir de

<http://www.infomipyme.com/Docs/GT/Offline/administracion/calidadserviciocliente.html>.

Acceso: septiembre de 2012.

Kohler, H. (1994). *Statistics for business and economics*. New York: Harper Collins Publishers.

Kohn, L., Corrigan, J., & Donaldson, M. (2011). *To err is human. Building a safer health care system*. Recuperado a partir de <http://www.nap.edu/openbook.php?isbn=0309068371>.

Acceso: noviembre de 2012.

Labouchex, V. (1990). *Tratado de la Calidad Total*. Madrid: Artes Gráficas. Cofás S.A.

Landro, L. (2012). *Ten Ways Patients Get Treated Better*. Recuperado a partir de <http://online.wsj.com/article/SB10001424127887324296604578179723798981586.html>.

Acceso: diciembre de 2012.

Lehtinen, J. (2001). *Compañía de servicios orientada al cliente*. Editorial Espoo. Finlandia.

Lehtinen, U. (1983). *Service quality: a study of quality dimensions*. Service Management Institute. Finlandia.

López, Z. (2011). *Mejora del proceso de prestación del servicio en el Ranchón «El Compay» de la UEB el Mediterráneo* (Tesis de Maestría). Universidad de Matanzas «Camilo Cienfuegos».

Macario, A. (1995). *Defining value in health care: outcomes*. In Macarios A, Lang A. *Health economics and practice management in ansthesia*.

Macario, A., & Vasanawala, A. (2001). *Improving quality of anesthesia care: opportunities for the new decade/Améliorer les soins anesthésiques: perspectives de la prochaine décennie*. 48, 6–11.

Mapa de procesos del Hospital General Universitario GAL. (2010).

Marenco, M. L. (2002). *Gestión de calidad en un servicio de anestesiología*, 7(2), 61–67.

Marín, J. (2002). *Análisis discriminante. Estadística: Prácticas de ordenador con SPSS para Windows*.

Martínez, M. de J. (2006). *La Calidad del Servicio Percibida en Entornos Virtuales de Formación Superior* (Tesis Doctoral). Universidad de Barcelona, España.

Martínez, S. (2011). *Calidad de Servicio con SERVQUAL en la Práctica*. Recuperado a partir de <http://smartinez.me/2012/01/calidad-de-servicio-con-servqual-en-la-practica/>.

Acceso: noviembre de 2012.

Martínez-Tur, V., Peiró, J. M., & Ramos, J. (2001). *Calidad del servicio y satisfacción del cliente: una perspectiva psicosocial*. Madrid: Síntesis.

- Masiá, A. (2004). *Cirugía Mayor Ambulatoria. Experiencia, valoración y resultados de la Unidad de Cirugía sin Ingreso del Servicio de Cirugía General del Hospital Arnau de Vilanova* (Tesis Doctoral). Universidad de Valencia, España.
- Mendoza, J. A. (2006). Fundamentos teóricos sobre la calidad de servicio. Recuperado a partir de www.monografias.com. Acceso: septiembre de 2012.
- Ministerio de Salud Pública Programa para el Perfeccionamiento Continuo de la Calidad de los servicios hospitalarios, Anexo a la Resolución Ministerial No. 145/2007 (2007).
- Ministerio de Salud Pública. (2013). Objetivos de Trabajo del Ministerio de Salud Pública para el año 2013.
- Mira, J. J., & Aranaz, J. (2000). La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Revista Medicina Clínica*, 26–33.
- Mira, J. J., Lorenzo, S., Rodríguez-Marín, J., Aranaz, J. M., & Sitges, E. (1998a). La gestión de la mejora continua de la calidad: aplicaciones al sector sanitario. 13.
- Mira, J. J., Lorenzo, S., Rodríguez-Marín, J., Aranaz, J., & Sitges, E. (1998b). La aplicación del Modelo Europeo de gestión de la Calidad Total al sector sanitario : ventajas y limitaciones, 13, 92–97.
- Mira, J. J., Lorenzo, S., Rodríguez-Marín, J., Buil, J. A., Castell, M., & Vitaller, J. (1998). SERVQHOS: un cuestionario para evaluar la calidad percibida de la atención hospitalaria. *Medicina Preventiva*, 4(4), 12–18.
- Molina, M. (2012). Plan de Calidad de Área Quirúrgica.
- Monttor, J. (2011). Modelo SERVQUAL – Medición de la calidad del servicio. Recuperado a partir de <http://emprendedorenred.com/modelo-servqual-medicion-de-la-calidad-del-servicio/>. Acceso: noviembre de 2012.
- Morales, A. (2008). Sistema para la gestión de la Calidad basado en Calidad de Servicio. Universidad de Carabobo.
- Morales, M., Hernández, A., & Blanco, A. (2009). Evaluación de la calidad en organizaciones deportivas: Adaptación del modelo Servqual. *Revista de Psicología del Deporte*, Vol. 18. No. 2. Recuperado a partir de http://portal.indes.cu/index.php/servicios/gestor-de-documentos/doc_details/263-evaluacion-calidad-servqualpdf. Acceso: octubre de 2012.
- Moreno, M. (2010). Procedimiento para la medición de la calidad percibida, mejoramiento y control de los servicios de Desoft S.A. Aplicación en la División Desoft Villa Clara.
- Moreno-Luzón, M. D., Peris, F. J., & González, T. F. (2001). Gestión de la Calidad y Diseño de Organizaciones: Teoría y estudio de casos.

- Morin, F., & Jallais, J. (1991). La qualité dans le commerce. Du service, au service du client. Rapport du groupe de travail de L'Institut du Commerce ET de la Consommation: Le Commerce ET l'Information du Consommateur.
- Nava, M. (2002). La Calidad del Servicio. Tucker Energy Services. Recuperado a partir de http://www.calidad.org/public/articles/1026908824_marbel.htm. Acceso: octubre de 2012.
- Nguyen, N. (1991). Un modele explicatif de l'évaluation de la qualité d'un service: une etude empirique. Recherche et Applications en Marketing., Vol. VI. No. 2.
- Nightingale, F. (1860). Notes on nursing: what it is and what is not. New York.
- Oficina de Atención a la Población (DPS). (2012). Informe al Consejo de Dirección de Oficina de Atención a la Población.
- Oficina Nacional de Normalización Orientación sobre las técnicas estadísticas para la Norma ISO 9001: 2000., NC ISO/TR 10017:2005 (2005).
- Organización Internacional de Normalización Sistema de Gestión de la Calidad- Fundamentos y vocabulario. , ISO 9000: 2000 (2000).
- Organización Internacional de Normalización Orientación acerca del enfoque basado en procesos para los sistemas de gestión de la calidad. , ISO/TC 176/SC 2/N 544R (2001).
- Organización Internacional de Normalización Sistema de Gestión de la Calidad- Requisitos. , ISO 9001: 2008 (2008).
- Organización Mundial para la Salud (OMS). (2009). Una lista de verificación de la seguridad quirúrgica reduce en una tercera parte el número de muertes y complicaciones asociadas a cirugía. Programa "Safe Surgery Saves Lives". Recuperado a partir de http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2009/safe_surgery_20090114/es/. Acceso: noviembre de 2012.
- Oteo, L. A., & Hernández, J. F. (1998). Rediseño de/en organizaciones sanitarias: de la teoría a la práctica.
- Parasuraman, A. V. ., Zeithaml, V. ., & Berry, L. . (1985). A Conceptual Model of Service Quality and its Implications For Future Research, 49.
- Parasuraman, A. V. ., Zeithaml, V. ., & Berry, L. . (1988). SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality, Journal of Retailing, 64(1).
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. (1993a). Calidad Total en la gestión de los servicios. Ed. Díaz de Santos.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. (1993b). More on improving service quality measurement. Journal of Retailing, Vol. 69. No. 1.
- Parasuraman, Zeithaml, & Berry. (1985). Quality Counts in Services, Too. Business Horizons.

- Parra, C. (2005). Folleto de Gestión de los Servicios. Universidad de Matanzas «Camilo Cienfuegos».
- Pascual, C. (2000). Servqual: un instrumento para medir la calidad de los servicios. Asociación Española para la Calidad. Recuperado a partir de http://www.rebiun.org/opencms/opencms/handle404?exporturi=/export/docReb/biblio_servgual.pdf&%5d. Acceso: octubre de 2012.
- Peel, M. (1999). *Cultura de servicios y calidad percibida. Mercadeo y ventas*. Bilbao: Ediciones Deusto, S.A.
- Phillips, P., Carson, K., & Roe, W. (1998). Toward understanding the patient's perception of quality. *Health Care Superv.*, 16(3), 36–42.
- Pons, R., & Villa, E. (2005). *Metodología de la Investigación Científica* (Universidad de Cienfuegos.).
- Pons, R., & Villa, E. (2006). *Gestión por procesos*. Universidad de Cienfuegos, Cuba.
- Ramos, B. N. (2004). *Control de Calidad de la Atención de Salud*. La Habana, Cuba: Editorial Ciencias Médicas.
- Rangel, R. B. (2005). *Diseño e Implementación de un Sistema de gestión de la Calidad en la Oficina Nacional de Administración Tributaria* (Tesis de Maestría). Universidad de Matanzas (Camilo Cienfuegos).
- Rathmell, J. (1974). *Marketing in the services sector*. Winthrop Publisher Inc. Cambridge.
- Regan, W. (1963). The service revolution. *Journal of Marketing*.
- Riveros, J., & Berné, C. (2007). Análisis de la opinión de usuarios sobre calidad percibida y satisfacción con hospitales públicos: Estudio de caso desde la perspectiva de la aplicación del marketing. *Revista Médica de Chile*, 135. Recuperado a partir de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872007000700006&script=sci_arttext. Acceso: noviembre de 2012.
- Rodríguez, A. (2007). Elaboración del marco teórico referencial que sustente la aplicación de la metodología SERVPERF para la gestión de la calidad en una empresa de servicios. Recuperado a partir de <http://www.monografías.com>. Acceso: noviembre de 2012.
- Rojas, F. (2000). Situación, sistemas y recursos humanos en salud para el desarrollo en Cuba. *Revista Cubana de Salud*, 2, 157– 169.
- Romero, R. P. (2011). *Evaluación de la calidad percibida en los centros de atención infantil temprana de la provincia de Málaga* (Tesis Doctoral). Universidad de Málaga.
- Ruiz, P., & Alcalde, J. (2005). *Gestión de Procesos Asistenciales. Gestión Clínica en Cirugía*. Arán Editores. Madrid.

- Salinas, M. (2007). Modelos de Regresión y Correlación IV. Correlación de Spearman. *Revista Ciencia & Trabajo, Julio-Septiembre*, 143–145.
- Salvador, M. (2000). Lecciones de Estadística: Análisis discriminante. Recuperado a partir de <http://www.5campus.com/leccion/discr>. Acceso: diciembre de 2012.
- Sangüesa, M. (2006). Manual de Gestión de la Calidad. Recuperado a partir de <http://mediateca.rimed.cu/media/document/2216.pdf>. Acceso: octubre de 2012.
- Santos, M. A., Ordúñez, P. O., Bécquer, C., & Rocha, J. F. (2003). Sistema de Vigilancia de la Satisfacción para el Hospital GAL de Cienfuegos.
- Schroeder, R. G. (1992). *Administración de operaciones* (Tercera ed.). México DF: Ed. Mac Graw Hill.
- Shahin, A. (2006). SERVQUAL and model of service quality gaps: A framework for determining and prioritizing critical factors in delivering quality services. *Service quality – An introduction* (pp. 117–131).
- Sociedad Latinoamericana para la Calidad. (2000). Análisis de Costo/Beneficio.
- Solanelles, M. (2003). El mercadeo y los servicios de información. Recuperado a partir de http://www.bvs.sld.cu/revistas/aci/vol11_4_03/aci05403.htm. Acceso: octubre de 2012.
- Sower, V., Duffy, J., Kilbourne, W., Kohers, G., & Jones, P. (2001). The dimensions of services quality for hospitals: development and use of the K Q CAH scale, 26(2), 47–59.
- Szantho, G. (2001). Definiciones respecto al error en medicina. 129, 1466–1469.
- Teas, R. K. (1993). Expectations as a Comparison Standard in Measuring Service Quality: An Assessment of a Reassessment. *Journal of Marketing, Vol.58*.
- Tejero, J. M., Gutiérrez, R., Rubio, M., Hernández, S., & Serrano, M. V. (2010). La calidad percibida como motor de mejora de las organizaciones sanitarias: Análisis de las reclamaciones de los usuarios como herramienta de mejora de la calidad percibida en la atención sanitaria. Presentado en XXVIII Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial, Santiago de Compostela, España.
- Theas. (1993). Expectations, Performance Evaluation, and Consumers Perceptions of Quality, 57.
- Valls, W., Vigil, E., Yera, K., & Romero, A. (2002). Modelo RESORTQUAL para la Evaluación de la Calidad Percibida del Servicio en un destino Turístico de Sol y Playa.
- Varo, J. (1994). *Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria*. Madrid (España): Díaz de Santos.
- Vialog Group Communications. (2004). Introduction to Process Redesign. Ed. VIALOG, Segunda edición. USA.

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



ANEXOS

Anexo 1: Eras de desarrollo de la calidad

Fuente: Elaboración propia

La calidad se ha fomentado en cinco eras según Bounds et al. (1994), a quien hace referencia Cantú (2001) al realizar un análisis útil para entender la evolución de esta disciplina. Las eras son denominadas enfoques por Camisón, Cruz, y González (2007) quienes incluyen el control de la calidad total. Algunos elementos importantes en cada etapa son:

- I) Era de la inspección (siglo XIX): Caracterizada por la detección y solución de los problemas generados por la falta de uniformidad del producto. En esta era fueron esenciales los aportes de Frederick W. Taylor y Henri Fayol, quienes separan la planeación, el control y el mejoramiento de la ejecución del trabajo (Cantú, 2001).
- II) Era del control estadístico de procesos (CEC): Enfocada al control de los procesos empleando métodos estadísticos. En la década de los 30 del siglo XX aparecieron los métodos estadísticos de muestreo que seguían la idea de la inspección y ya en década de los 80' comienza a abordarse el control estadístico de procesos, enfoque proactivo en comparación con el anterior. Se destacan las investigaciones de Walter Shewhart (1980) y Edward Deming (1986), un seguidor e impulsor de sus criterios (Cantú, 2001).
- III) Era del aseguramiento o enfoque de Control de la Calidad Total (CCT): Inicia en la década de los 50, siglo XX, y la destaca el surgimiento de la necesidad de involucrar a todos los departamentos de la organización en el diseño, planeación y ejecución de políticas de calidad (Cantú, 2001).

Juran (1996), establece que la calidad consiste en adecuar las características de un producto al uso que le va a dar el consumidor. Este autor trata de dar la respuesta económica al cuestionamiento de hasta dónde conviene dar calidad a un producto, es decir, se acerca a los costos (Cantú, 2001).

Armand Feigenbaum (1990), plantea que la Calidad no se puede concretar si el proceso de manufactura se controla de forma aislada reforzando la idea de Juran acerca de las responsabilidades en la realización de productos. Define el control total de la calidad como un sistema efectivo para la integración de los esfuerzos de desarrollo, mantenimiento y mejoramiento que los diferentes grupos de una organización realizan para poder proporcionar un producto o servicio en los niveles más económicos para la satisfacción de las necesidades del usuario (Cantú, 2001).

Anexo 1 (Continuación)

- IV) Era del control de calidad en toda la compañía o enfoque japonés de Gestión de la Calidad (CWQC): Al desarrollo alcanzado hasta esta etapa se suman, luego de la Segunda Guerra Mundial, dos corrientes importantes con profundo impacto: la revolución japonesa de la calidad y la del realce de la calidad del producto en la mente del público (Juran y Godfrey, 2001).

La revolución japonesa de la calidad marca historia en la disciplina, trajo como transformaciones fundamentales que la alta administración asumiera el rol de estar frente a los cambios que se ejecutaran en las organizaciones, capacitación en esta materia para todos los niveles y funciones, y los proyectos de mejoramiento se comenzaron a visualizar como un proceso continuo (Juran y Godfrey, 2001). En la misma apoyaron Deming y Juran quienes despertaron el interés en la región de investigadores como Kaoru Ishikawa y Shigeru Mizuno (Cantú, 2001).

Ishikawa (1985), profundiza en el control de la calidad que según su criterio consiste en desarrollar, diseñar, elaborar y mantener un producto que sea el más económico, el más útil y siempre satisfactorio para el consumidor. Este investigador impulsa firmemente la idea de que el mejoramiento de las operaciones de la empresa puede provenir de los propios trabajadores entrenados para trabajar en equipo y para el uso de procedimientos y técnicas apropiadas para la solución de problemas. Es así como surgen los círculos de control de la calidad, las siete herramientas básicas y una metodología que se apoya en estas para la solución de problemas (Cantú, 2001).

Por su parte, Mizuno (1988) se encargó de que continuar las ideas de Deming (1986) en cuanto a asegurar el ciclo de planeación, ejecución, control y mejoramiento con una orientación a las necesidades del consumidor (Cantú, 2001).

- V) Era de la administración estratégica por calidad total o Gestión de la Calidad Total (GCT): Esta comienza alrededor de la década de los 90, siglo XX, se llega a reconocer el efecto estratégico de la calidad en la competitividad. Deming logra relacionar la calidad, productividad y posición competitiva y Taguchi establece que en cada organización los productos deben ser mejores que los de la competencia en cuanto a calidad y precio, estos entre otros autores que aportaron al tema siguiendo este enfoque (Cantú, 2001).

Anexo 1 (Continuación)

Aunque el proceso de avance ha sido incremental, se observa un momento de cambio fundamental, en el que los **enfoques pasan de controlar (I, II) a gestionar la calidad (III, IV, V)**. Junto a estos cinco enfoques de gestión de la calidad, se han incluido otras dos aproximaciones: el enfoque de Gestión de la Calidad de Servicio (GCS) y el enfoque humano (EH) en que se inscribe Philip Crosby (1979, 1984, 1988), quien propone un programa enfocado más hacia las relaciones humanas que a los aspectos técnicos, destaca que la calidad es también una cuestión de actitud, motivación por hacer bien el trabajo con su teoría de cero defectos (Cantú, 2001).

Los padres de la calidad ya mencionados y otros autores que también han realizado aportes a la disciplina con sus investigaciones marcan la peculiaridad, según el enfoque que siguieron, todo lo que compendian Camisón et al. (2007) y se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1: Calidad de acuerdo a los enfoques

Fuente: (Camisón et al., 2007)

Enfoque	Inspección	CEC	CCT	CWQC	EH	GSC	GST
Concepto de calidad	Conformidad con especificaciones	Conformidad con uniformidad	Aptitud para el uso		Satisfacción de expectativas de empleados	Satisfacción de expectativas del cliente	Calidad total
Centro de atención	Producto	Procesos	Clientes internos		Personas, estructuras y cultura	Clientes externos	Stakeholders y estrategias
			Sistemas	Sistemas y personas			
Naturaleza	Táctica	Estática	Sistémica	Global	Humana	Comercial	Estratégica
Ámbito	Interno					Externos	Internos y externos
	Producción		Empresa	Cadena valor	Recursos humanos	Marketing	Sistema valor
Orientación	Pasiva	Reactiva	Aseguradora	Preventiva	Satisfaciente		Proactiva
Motivación	Costes de no calidad		Cumplir regulaciones certificadas	Competencia en los mercados	Compromiso e implicación de las personas	Compromiso con el cliente	Dirección comprometida
Objetivos	Dirección	Control	Organización y coordinación	Prevención y optimización	Satisfacción de los empleados	Satisfacción de los clientes	Competitividad
Actitud ante el cambio	Estática			Dinámica (mejora continua)	Cambio organizativo y cultural	Dinámica (innovación)	Aprendizaje e innovación
Personas clave	Inspectores (capataces) de calidad	Especialistas en calidad		Dirección y equipos	Todos los miembros de la organización	Departamento comercial, personal en contacto con el cliente	Alta dirección liderando al resto
Prácticas y métodos esenciales	Verificación y muestreo	Métodos estadísticos	Sistemas y programas	Fiabilidad, ingeniería de diseño, las 7 herramientas, cálculos	Auditoría cultural, sistemas de incentivos, gestión del cambio	Investigación de mercados, gestión de expectativas	Benchmarking, planificación estratégica, prácticas directivas y organizativas.

Anexo 2: Características de los servicios

Fuente: Elaboración propia

Características de los servicios	Descripción
Intangibilidad	Los servicios no son objetos físicos, aunque como ya se ha señalado, pueden estar asociados a estos. Su mayor o menor peso específico dependerá siempre del tipo de servicio de que se trate (Frías, 2005). 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: Definiciones de calidad de servicios

Fuente: Elaboración propia

Parasuraman, Zeithaml y Berry (1988) definen la calidad de servicios como la valoración que hace el consumidor de la excelencia o superioridad del servicio. Es una modalidad de actitud, relacionada, pero no equivalente a satisfacción, que resulta de la comparación entre las expectativas y las percepciones del desempeño del servicio. Toda calidad es percibida por alguien.

Grönroos (1982, 1984) especifica que en la evaluación de la calidad del servicio los consumidores comparan el servicio que esperan con las percepciones del servicio que ellos reciben.

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

En la Tabla 1 aparecen otras definiciones que compendia Rangel (2005).

Tabla 1: Definiciones de calidad de servicios

Fuente: (Rangel, 2005)

Autor	Definición
Oliver (1977, 1980, 1981, 1985, 1988, 1989)	La calidad del servicio puede ser considerada como una actitud.
Lewis y Booms (1983)	La calidad del servicio es una medida de cómo el nivel de servicio desarrollado iguala las expectativas de los clientes con una base consistente.
Holbrook y Corfman (1985)	Respuesta subjetiva de la gente a los objetos y, además, es un fenómeno altamente relativo que difiere entre distintas valoraciones.
Holbrook y Corfman y Olshavsky (1985)	Modo de evaluación o juicio de un producto o servicio similar en muchos casos a una actitud.
Bolton y Drew (1991)	Una forma de actitud, que resulta de la comparación de las expectativas con el desempeño.
Horovitz (1993)	Nivel de excelencia que la empresa ha escogido alcanzar para satisfacer a su clientela clave.
Cronin y Taylor (1993)	La calidad del servicio es lo que el cliente percibe del nivel de desempeño del servicio prestado.

Anexo 4: Definiciones de satisfacción en los usuarios y/o consumidores

Fuente: (Civera, 2008)

Fuente	Definición	Concepto	Objeto	Etapas
Howard y Sheth (1969:145)	Estado cognitivo derivado de la adecuación o inadecuación de la recompensa recibida respecto a la inversión realizada.	Estado cognitivo	Adecuación o inadecuación de la recompensa a la inversión	Después del consumo
Hunt (1945:459)	Evaluación que analiza si una experiencia de consumo es al menos tan buena como esperada.	Evaluación una experiencia	Analizar si la experiencia alcanza o supera las expectativas.	Durante el consumo
Oliver (1981:27)	Estado psicológico final resultante cuando la sensación que rodea la disconfirmación de las expectativas se une con los sentimientos previos acerca de la experiencia de consumo	Evaluación. Estado psicológico final y respuesta emocional	Sorpresa. Disconfirmación de expectativas unidas a sentimientos anteriores a la compra	Durante la compra y/o consumo
Churchill y Surprenant (1982:491)	Respuesta a la compra y el uso que se deriva de la comparación, por el consumidor, de las recompensas y costes de compra con relación a sus consecuencias esperadas	Resultado Actitud	Comparación de los costes y las recompensas con las consecuencias de la compras	Después de la compra y del consumo
Swan, Trawick y Carroll (1982:17)	Juicio evaluativo o cognitivo que analiza si el producto presenta un resultado bueno o pobre o si el producto es sustituible o insustituible. Respuestas afectivas hacia el producto.	Juicio evaluativo o cognitivo Respuesta afectiva	Resultados del producto	Durante o después del consumo
Westbrook y Reilly (1983:258)	Respuesta emocional causada por un proceso evaluativo-cognitivo donde las percepciones sobre un objeto, acción o condición, se comparan con necesidades y deseos del individuo.	Respuesta emocional	Percepciones sobre un objeto, acción o condición, comparadas con necesidades y deseos del individuo	Después de la compra
Cadotte, Woodruff y Jenkins (1987:305)	Sensación desarrollada a partir de la evaluación de una experiencia de uso	Sensación causada por la evaluación	Experiencia de uso	Después del consumo
Tse y Wilton (1988:204)	Respuesta del consumidor a la evaluación de la discrepancia percibida entre expectativas y el resultado final percibido en el producto tras su consumo	Respuesta causada por la evaluación	Discrepancia percibida entre expectativas (otras normas de resultado) y el resultado real del producto	Después del consumo
Westbrook y Oliver (1991:84)	Juicio evaluativo posterior a la elección relativo a una selección de compra específica	Juicio evaluativo	Selección de compra específica	Posterior a la selección
Halstead, Hartman y Schmidt (1994:122)	Respuesta afectiva asociada a una transacción específica resultante de la comparación del resultado del producto con algún estándar fijado con anterioridad a la compra	Respuesta afectiva	Resultado del producto comprado con un estándar anterior a la compra	Durante o después del consumo
Oliver (1996:13)	Juicio del resultado que un producto o servicio ofrece para un nivel suficiente de realización en el consumo	Respuesta evaluativa del nivel de realización	Producto o servicio	Durante el consumo

Anexo 5: Modelos de gestión de la calidad de los servicios

Fuente: Elaboración propia

Modelos basados en la percepción del desempeño (Escuela Norteamericana)

🚦 Modelo de la SERVUCCIÓN

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

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

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

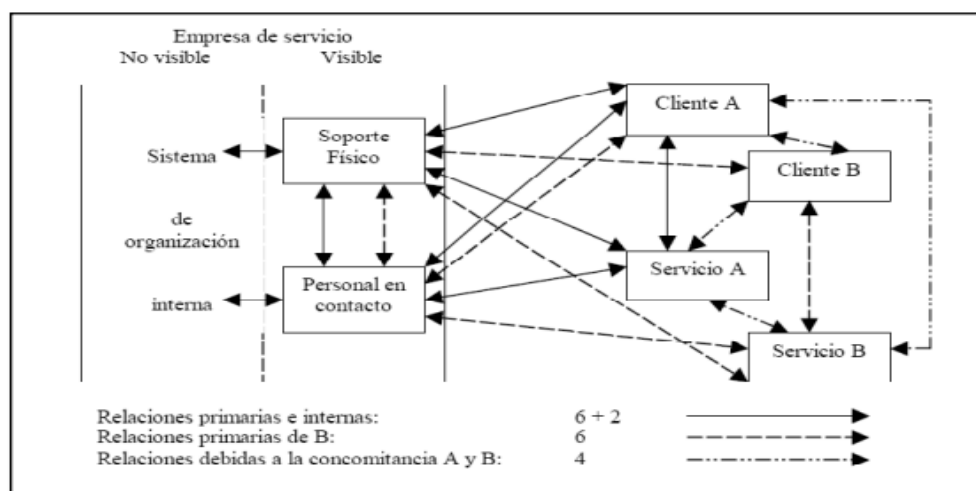


Figura 1: Modelo de la SERVUCCIÓN

Fuente: (Eiglier y Langeard, 1989)

Modelo SERVPERF

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

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

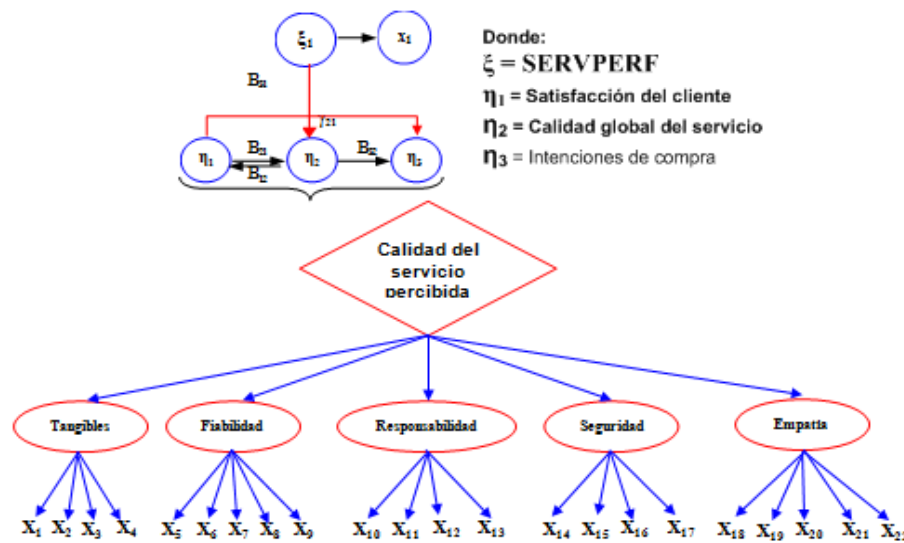


Figura 2: Modelo SERVPERF

Fuente: (Cronin y Taylor, 1992)

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

Modelo LODGQUAL

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

Anexo 5 (Continuación)

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

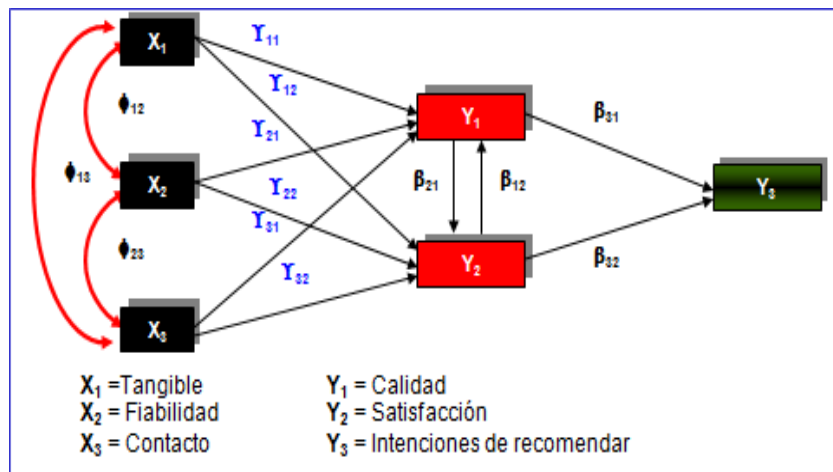


Figura 3: Modelo LODGQUAL

Fuente: (Guetty y Thompson, 1994)

Modelo de Estructura Jerárquica

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

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

Anexo 5 (Continuación)

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

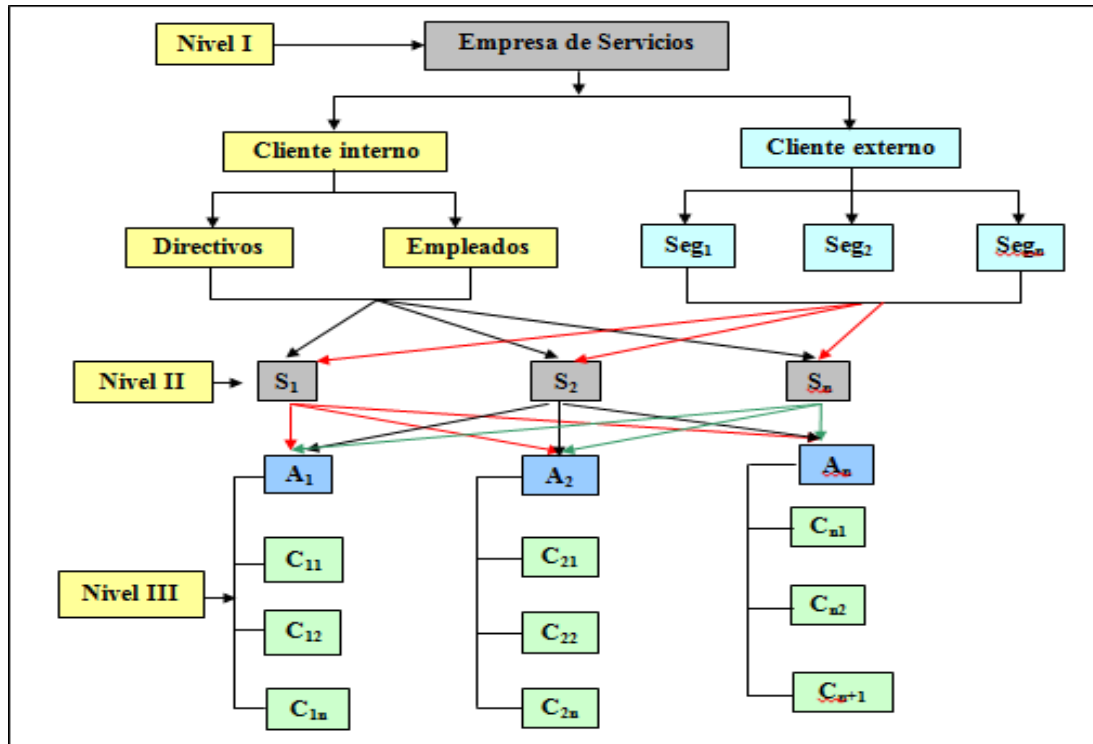


Figura 4: Modelo de ESTRUCTURA JERÁRQUICA

Fuente: (Frías y Cuétara, 1997)

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

Modelo de la Imagen

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

Anexo 5 (Continuación)

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

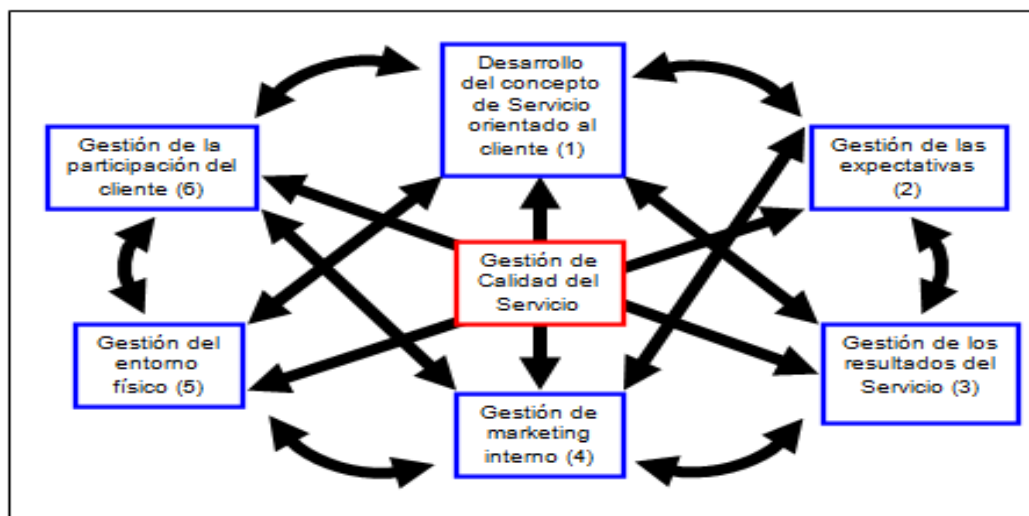


Figura 5: Etapas del desarrollo del servicio según Modelo de la Imagen

Fuente: (Grönroos, 1984)

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

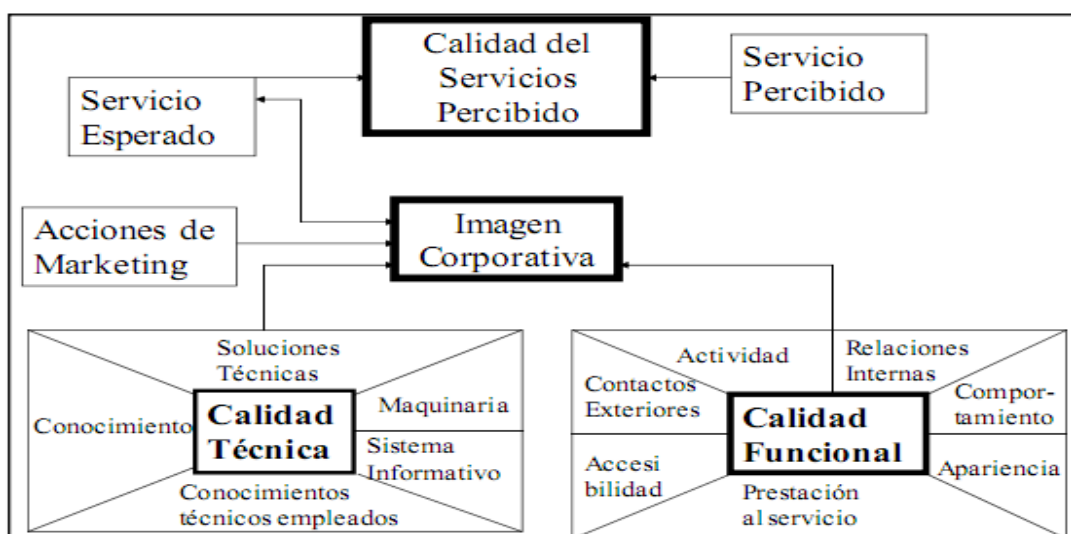


Figura 6: Modelo de Grönroos

Fuente: (Grönroos, 1988)

Anexo 5 (Continuación)

Como se deduce de un análisis de la figura anterior la calidad técnica se traduce en soluciones técnicas apropiadas, conocimientos y conocimientos técnicos empleados, maquinaria y sistema informativo; mientras la calidad funcional va a la prestación del servicio, la apariencia, el comportamiento, las relaciones internas, la actividad propiamente, contactos exteriores y accesibilidad. Ambas y las acciones de marketing que se desarrollen condicionan la imagen de la organización que tienen los clientes en función de la comparación entre servicio esperado y recibido, o sea de la calidad percibida.

🚦 Modelo Multiescenario

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

En la Figura 7 se muestra una panorámica acerca de este modelo.

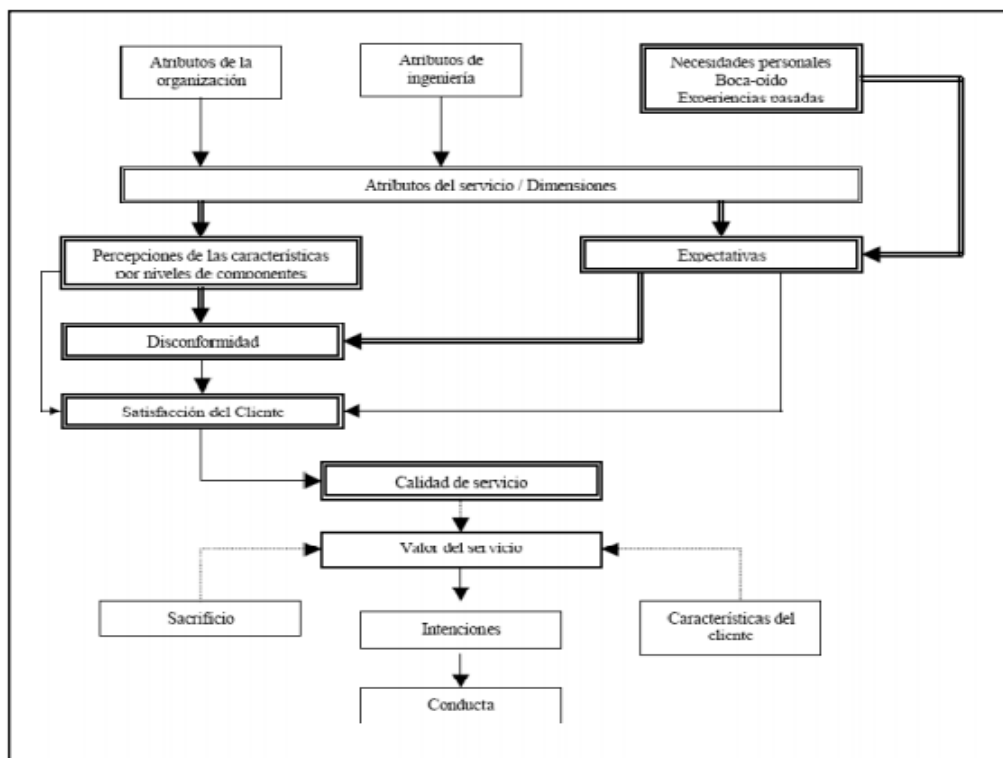


Figura 7: Modelo Multiescenario

Fuente: (Bolton y Drew, 1991)

Anexo 5 (Continuación)

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

Modelo del Desempeño Evaluado

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

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

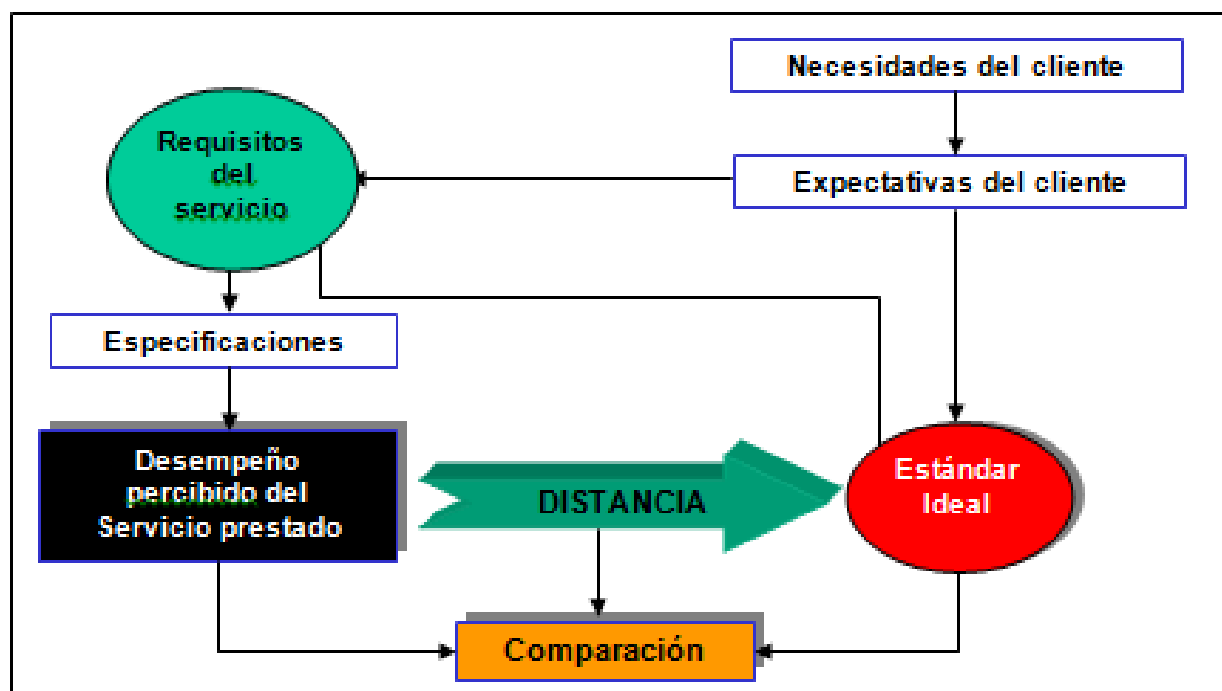


Figura 8: Modelo del Desempeño Evaluado

Fuente: (Theas, 1993)

Modelo SERVQUAL

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

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

- **GAP 1:** Discrepancia entre las expectativas de los clientes (usuarios) y las percepciones que la empresa tiene sobre esas expectativas (directivos): Una de las principales razones por las que la calidad de servicio puede ser percibida como deficiente es no saber con precisión qué es lo que los clientes esperan. El GAP 1, Gap de Información de Marketing, es el único que traspasa la frontera que separa a los clientes de los proveedores del servicio y surge cuando las empresas de servicios no conocen con antelación que aspectos son indicativos de alta calidad para el cliente, cuales son imprescindibles para satisfacer sus necesidades y que niveles de prestación se requieren para ofrecer un servicio de calidad (Frías, 2005). Por tanto, se presenta dada la inexistencia de una cultura orientada a la investigación de marketing, inadecuada comunicación vertical ascendente en la empresa y existencia de excesivos niveles jerárquicos de mando (Parasuraman, Zeithaml, y Berry, 1993).
- **GAP 2:** Discrepancia entre la percepción que los directivos tienen sobre las expectativas de los clientes y las especificaciones o normas de calidad: Hay ocasiones en las que aun teniendo información suficiente y precisa sobre qué es lo que los clientes esperan, las empresas de servicios no logran cubrir esas expectativas. Que se sepa lo que los consumidores quieren, pero no se convierta ese conocimiento en directrices claras y concisas para la prestación de los servicios puede deberse a varias razones: insuficiente compromiso de la dirección con la calidad del servicio, percepción de inviabilidad para el cumplimiento de las expectativas del cliente, errores en el establecimiento de las normas o estándares para la ejecución de las tareas y ausencia de objetivos claros (Parasuraman, Zeithaml, y Berry, 1993).

Anexo 5 (Continuación)

- GAP 3: Discrepancia entre las especificaciones de la calidad del servicio y la prestación del servicio: Conocer las expectativas de los clientes y disponer de directrices que las reflejen con exactitud no garantiza la prestación de un elevado nivel de calidad de servicio. Si la empresa no facilita, incentiva y exige el cumplimiento de los estándares en el proceso de producción y entrega de los servicios, la calidad de estos puede verse dañada. Así pues, para que las especificaciones de calidad sean efectivas han de estar respaldadas por recursos adecuados (persona, sistemas y tecnologías) y los empleados deben ser evaluados y recompensados en función de su cumplimiento (Frías, 2005). El origen de esta deficiencia se encuentra, entre otras en las siguientes causas: conflictos funcionales, desajuste entre la tecnología y las funciones, sistemas inadecuados de supervisión y control, falta de control percibido y ausencia de sentido de trabajo en equipo (Parasuraman et al., 1993).
- GAP 4: Discrepancia entre el servicio real y lo que se comunica a los clientes sobre él (Discrepancia entre la prestación del servicio y la comunicación externa): Este gap significa que las promesas hechas a los clientes a través de la comunicación de Marketing no son consecuentes con el servicio suministrado. La información que los clientes reciben a través de la publicidad, el personal de ventas o cualquier otro medio de comunicación puede elevar sus expectativas, con lo que superarlas resultará más difícil. Se debe prestar especial atención a la comunicación.
- GAP 5: Diferencia entre las expectativas y percepciones de los consumidores: Es este el conclusivo del modelo, resultante de la presencia del resto y constituye para Parasuraman, Zeithaml, y Berry (1985) la única medida de la calidad del servicio.

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

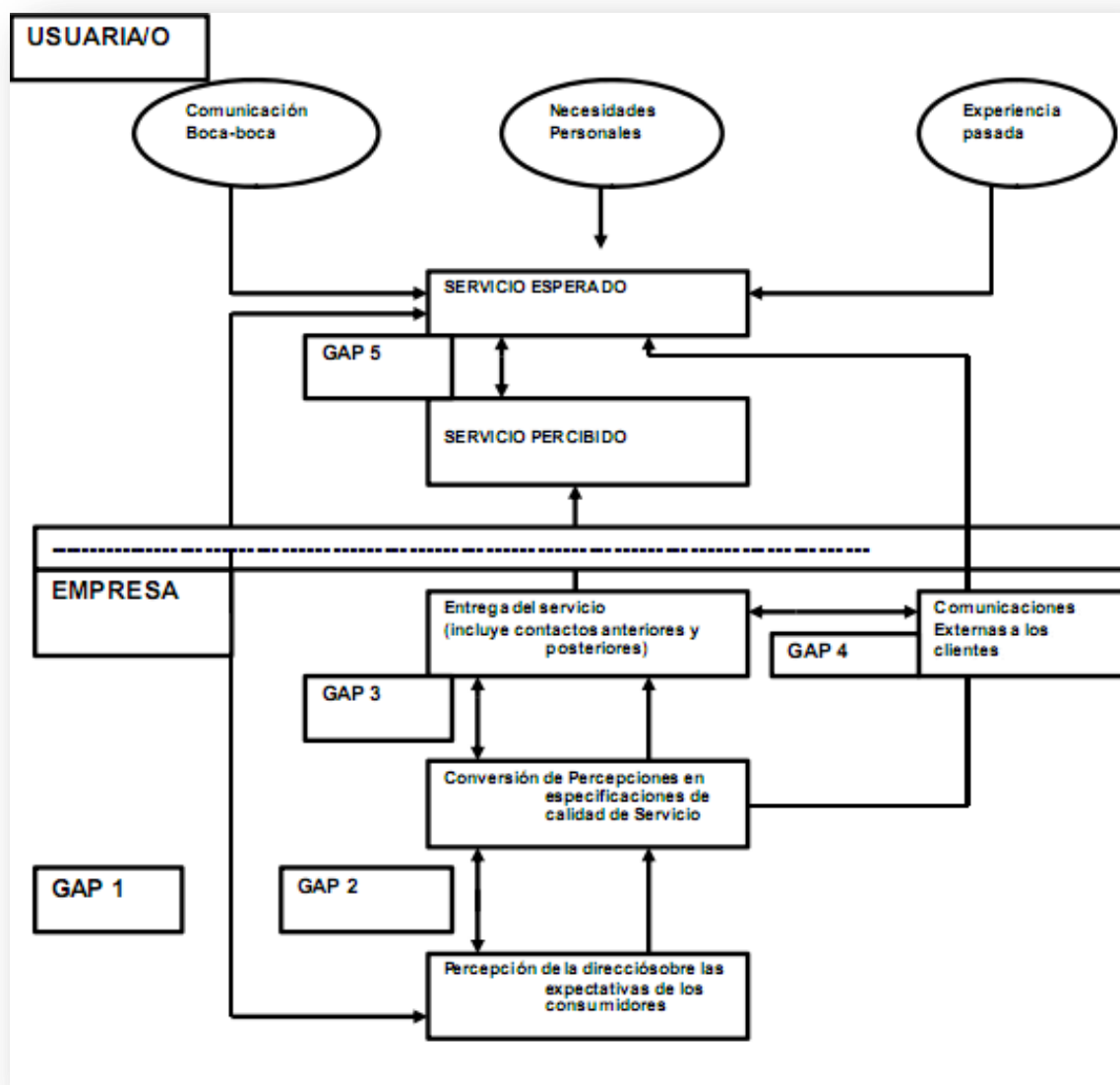


Figura 9: Modelo SERVQUAL

Fuente: (Parasuraman et al., 1985)

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

Tabla 1: Modelo ampliado de calidad del servicio

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

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

Anexo 6: Escala SERVQUAL para la evaluación de la calidad de servicios percibida

Fuente: Elaboración propia

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

Tabla 1: Dimensiones del cuestionario SERVQUAL.

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

Dimensiones	Ítems
Elementos tangibles Apariencia de las instalaciones físicas, equipos, personal y materiales de comunicación.	1. La empresa de servicios tiene equipos de apariencia moderna. 2. Las instalaciones físicas de la empresa de servicios son visualmente atractivas. 3. Los empleados de la empresa de servicios tienen apariencia pulcra. 4. Los elementos materiales (folletos, estados de cuenta y similares) son visualmente atractivos.
Fiabilidad Habilidad para ejecutar el servicio prometido de forma fiable y cuidadosa.	5. Cuando la empresa de servicios promete hacer algo en cierto tiempo, lo hace. 6. Cuando un cliente tiene un problema la empresa muestra un sincero interés en solucionarlo. 7. La empresa realiza bien el servicio la primera vez. 8. La empresa concluye el servicio en el tiempo prometido. 9. La empresa de servicios insiste en mantener registros exentos de errores.
Capacidad de respuesta Disposición para ayudar a los clientes y prestarles un servicio rápido.	10. Los empleados comunican a los clientes cuando concluirá la realización del servicio. 11. Los empleados de la empresa ofrecen un servicio rápido a sus clientes. 12. Los empleados de la empresa de servicios siempre están dispuestos a ayudar a sus clientes. 13. Los empleados nunca están demasiado ocupados para responder a las preguntas de sus clientes.
Seguridad Conocimiento y atención de los empleados y su habilidad para inspirar credibilidad y confianza.	14. El comportamiento de los empleados de la empresa de servicios transmite confianza a sus clientes. 15. Los clientes se sienten seguros en sus transacciones con la empresa de servicios. 16. Los empleados de la empresa de servicios son siempre amables con los clientes. 17. Los empleados tienen conocimientos suficientes para responder a las preguntas de los clientes.
Empatía Muestra de interés y nivel de atención individualizada que ofrecen las empresas a sus clientes.	18. La empresa de servicios da a sus clientes una atención individualizada. 19. La empresa de servicios tiene horarios de trabajo convenientes para todos sus clientes. 20. La empresa de servicios tiene empleados que ofrecen una atención personalizada a sus clientes. 21. La empresa de servicios se preocupa por los mejores intereses de sus clientes. 22. La empresa de servicios comprende las necesidades específicas de sus clientes.

Anexo 6 (Continuación)

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

Este modelo ha sido testado y validado empíricamente para una amplia variedad de servicios y tiene como *ventajas*: proporciona a los directivos información acerca de la forma en que los consumidores perciben las distintas dimensiones de los servicios; permite priorizar las necesidades, deseos y expectativas de los consumidores y agruparlos en diferentes segmentos homogéneos; permite establecer un estándar de calidad que puede ser transmitido al conjunto de la organización; permite identificar las principales disfunciones entre las expectativas y la experiencia de los consumidores con lo que la organización puede centrar sus esfuerzos para solventarlas; y finalmente, permite comparar los resultados de una organización con los de sus competidores (Martínez, 2006).

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

Encaminados a erradicar estas deficiencias los autores proponen una escala SERVQUAL revisada, (Parasuraman et al., 1993), donde en la evaluación a realizar consideran para medir la satisfacción del cliente diferentes aspectos de la calidad del servicio, así el instrumento SERVQUAL consta de tres partes y un total de siete preguntas. Todo ello lo explican detalladamente Martínez (2006) y, Díaz y Pons (2009), tal cual se presenta a continuación:

- La primera parte del SERVQUAL consta de dos preguntas. La primera pregunta está diseñada para que los clientes indiquen en qué medida piensan que las empresas de un determinado servicio podrían poseer las 22 declaraciones de la escala. Se utiliza una escala diferencial semántico que va desde 1 a 7 puntos (Muy en desacuerdo.....Muy de acuerdo). La segunda pregunta es para conocer el nivel de importancia de las cinco dimensiones de la calidad de servicio, para lo cual distribuyen 100 puntos entre esas dimensiones y, una vez desglosado esto, indiquen cuál es la primera y la segunda dimensión en orden de importancia y la dimensión menos importante.

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

Fuente: (Martínez, 2006)

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

- 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.

Anexo 6 (Continuación)

- La tercera parte del cuestionario consta de cuatro preguntas. La cuarta pregunta es para que los clientes den una puntuación de calidad de servicio global utilizando una escala diferencial semántico de 1-10 puntos. La quinta pregunta es para conocer si los clientes han tenido o no algún problema con los servicios que han recibido de la empresa, utilizan una escala de respuesta si o no. La sexta pregunta está diseñada para conocer si los clientes han experimentado o no algún problema con la empresa y, si lo experimentaron, si el problema fue resuelto con satisfacción, se utiliza una escala de respuesta de si o no. La séptima pregunta es para determinar variables sociodemográficas del encuestado, específicamente la edad, el sexo, la cantidad de ingresos que recibe mensuales y el nivel de escolaridad.

Anexo 7: Aplicaciones del SERVQUAL

Fuente: Elaboración propia

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

Tabla 1: Aplicaciones del SERVQUAL

Fuente: (Martínez, 2006)

Autor	Ámbito de aplicación
Lewis (1987)	Hoteles
Johnson <i>et al.</i> (1988)	Servicio de intermediación inmobiliaria
Swartz y Brown (1989)	Consultorio médico
Crompton y Mackay (1989)	Programas públicos de servicios sociales
Carman (1990)	Clínica dental, escuela de negocios, venta de neumáticos
Bresinger y Lambert (1990)	Transportistas de motores
Bojanic (1991)	Empresa de contabilidad
Saleh y Ryan (1991)	Servicios hospitalarios
Finn y Lamb (1991)	Supermercados
Fick y Ritchie (1991)	Viajes y turismo
Babakus y Boller (1992)	Empresa suministradora de gas y electricidad
Babakus y Mangold (1992)	Servicios hospitalarios
Lytle y Mokwa (1992)	Servicios sanitarios
Saleh y Ryan (1992)	Hoteles
Bouman y van der Wiele (1992)	Servicio de reparación de automóviles
Cronin y Taylor (1992)	Bancos, control de plagas, tintorerías y <i>fast food</i>
Teas (1993)	Centros comerciales
Boulding <i>et al.</i> (1993)	Universidad
Richard y Allaway (1993)	Servicio de reparto a domicilio de pizza
Fisk <i>et al.</i> (1993)	Ventas <i>online</i>
Ford <i>et al.</i> (1993)	Universidad
Freeman y Dart (1993)	Empresas de contabilidad
Baker y Lamb (1993)	Servicios de arquitectura
O'Connor (1994)	Servicios sanitarios
McAlexander (1994)	Clínica dental
Hill (1995)	Educación superior
Cuthbert (1996)	Educación superior
Belloch <i>et al.</i> (1996)	Agencias de viaje
Owlia y Aspinwall (1996)	Educación superior
Soutar y McNeil (1996)	Educación superior
Saurina (1997a, 1997b)	Servicios bancarios
Kettinger y Lee (1997)	Servicios <i>online</i>
Ryan y Cliff (1997)	Agencias de viaje
Fernández <i>et al.</i> (1997)	Servicios públicos
Fernández (2000)	Servicios bancarios
Oldfield y Baron (2000)	Educación superior
Bou y Camisón (2000)	Distribuidores productos cerámicos
van Iwaarden y Wiele (2003)	<i>E-business</i>
O'Neill <i>et al.</i> (2004)	Biblioteca universitaria <i>online</i>
Nagata <i>et al.</i> (2004)	Biblioteca universitaria
Ugboma <i>et al.</i> (2004)	Servicios portuarios

Anexo 7 (Continuación)

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

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

Fuente: (Díaz y Pons, 2009)

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

Anexo 8: 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 anteriormente descrito queda representado en la Figura 1 de este Anexo.

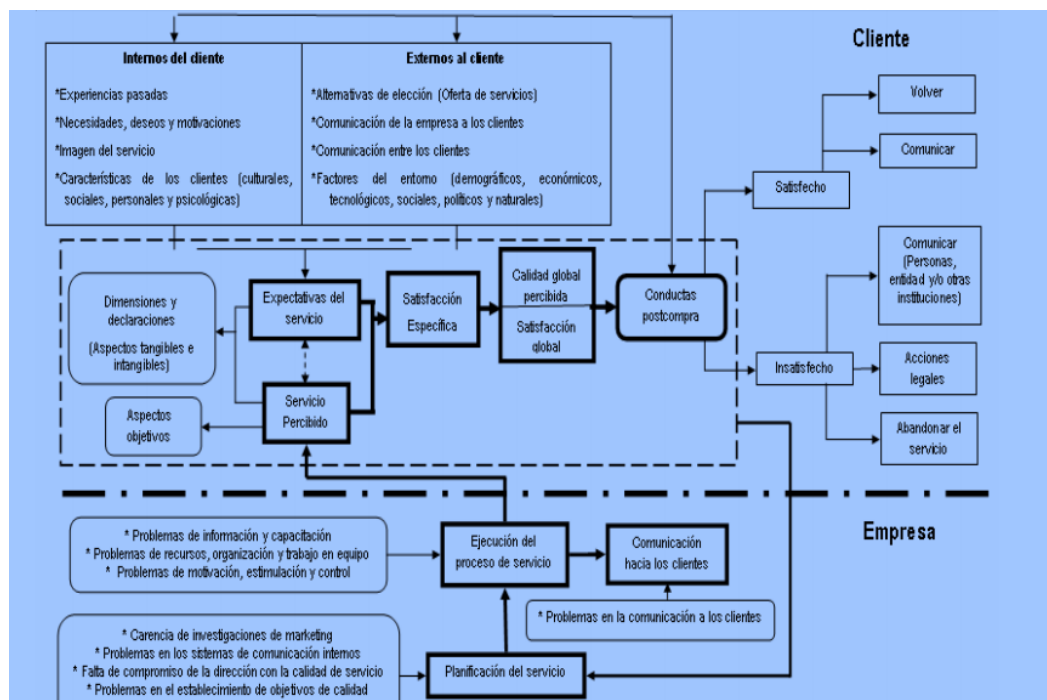


Figura 1: Modelo metodológico sobre calidad de servicios percibida en empresas cubanas de servicios

Fuente: (Díaz y Pons, 2009)

Anexo 8 (Continuación)

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

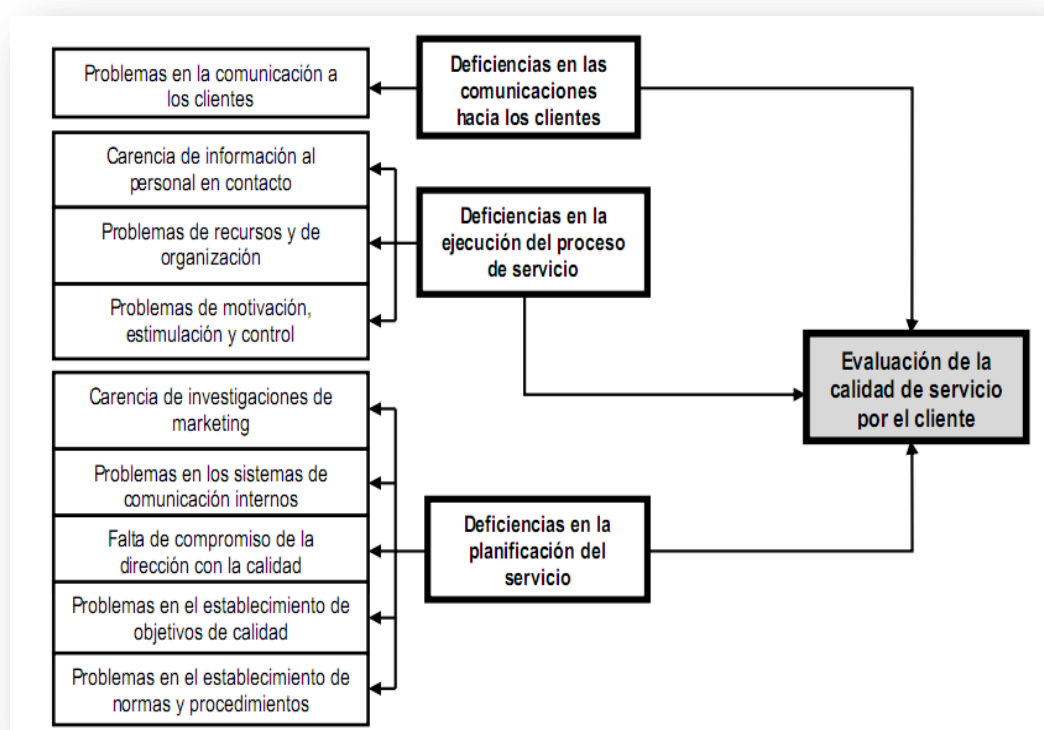
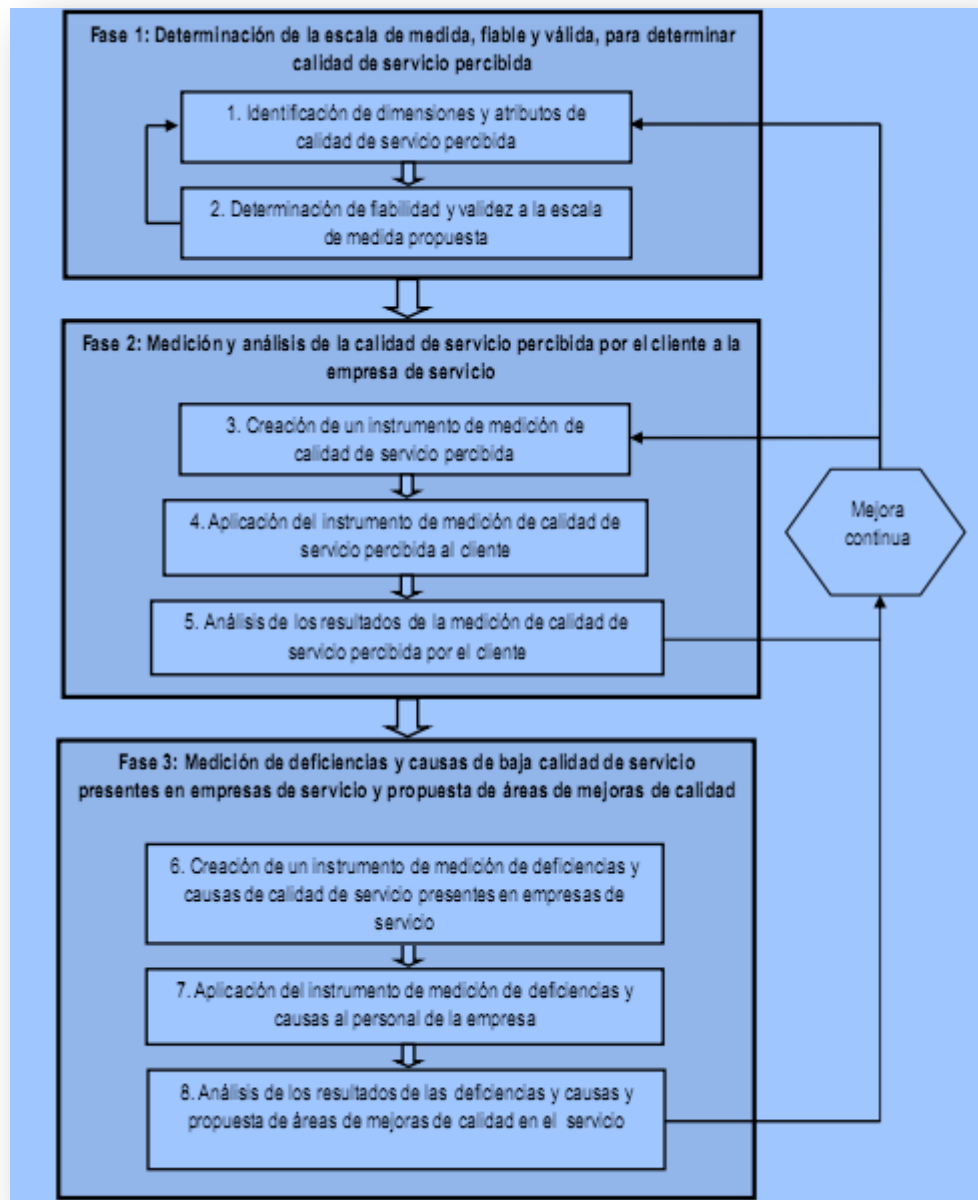


Figura 2: Deficiencias que inciden en la calidad de servicios percibida

Fuente: (Díaz y Pons, 2009)

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

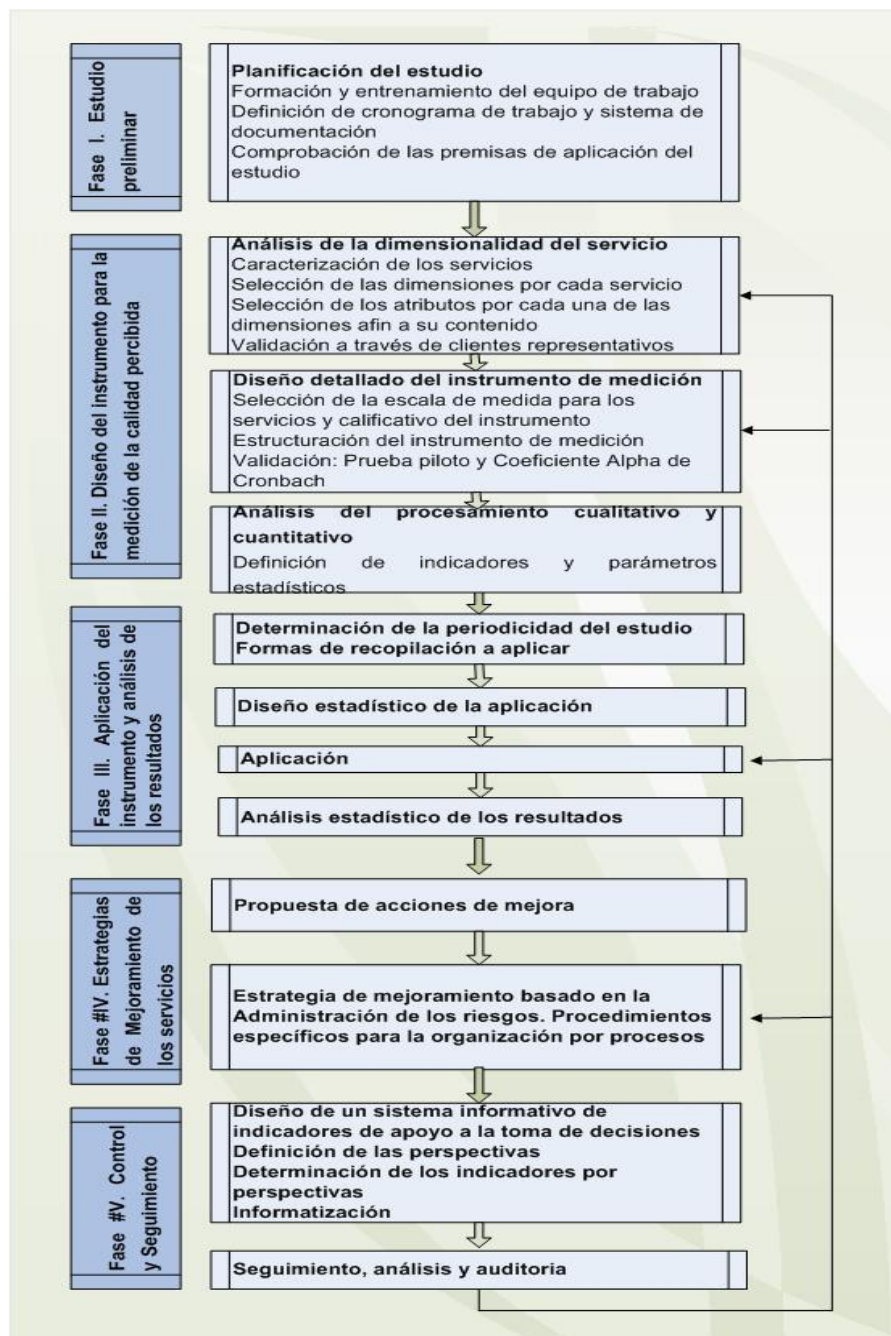
Fuente: (Díaz y Pons, 2009)



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

Fuente: (Moreno, 2010)

El procedimiento para la medición de la calidad percibida que valida Moreno (2010) se presenta en la Figura 1 de este Anexo.



Descripción detallada del procedimiento:

Fase I. Estudio preliminar

Objetivo: Planificar el estudio y diagnosticar el proceder actualmente utilizado para la medición de la calidad percibida en la organización. Además de examinar las mejores prácticas que en materia de medición de la calidad del servicio se desarrollan en el sector nacional e internacional.

Etapas:

- ✓ Etapa 1. Planificación del estudio:
 - Paso 1. Formación y entrenamiento del equipo de trabajo.
 - Paso 2. Cronograma del estudio y sistema de documentación.
 - Paso 3. Definición de las premisas de aplicación del estudio.

Técnicas: Técnicas de trabajo en grupo y redacción de documentos, aplicación del software Project.

Fase II. Diseño del instrumento para la medición de la calidad percibida

Objetivo: Realizar un análisis de los servicios para determinar las dimensiones y atributos que los caracterizan y validar los resultados obtenidos a partir de técnicas estadísticas, para realizar el diseño detallado del instrumento y definir los indicadores necesarios para el análisis del procesamiento cualitativo y cuantitativo una vez aplicado.

Etapas:

- ✓ Etapa 4. Análisis de la dimensionalidad del servicio:
 - Paso 1. Caracterización de los servicios que constituyen el negocio de la organización.
 - Paso 2. Selección de las dimensiones que caracterizan los servicios objeto de estudio.
 - Paso 3. Definición y Selección de los atributos por cada una de las dimensiones afín a su contenido.
 - Paso 4. Validación de los resultados obtenidos a través de los clientes más importantes para la organización.

Anexo 10 (Continuación)

- ✓ Etapa 5. Diseño detallado del instrumento la medición de la calidad percibida:
 - Paso 1. Selección de la escala de medida a utilizar y del calificativo del instrumento.
 - Paso 2. Estructuración del instrumento de medición.
 - Paso 3. Validación del instrumento de medición.
- ✓ Etapa 6. Análisis del procesamiento cualitativo y cuantitativo:
 - Paso 1. Cálculo de indicadores y parámetros estadísticos.

Técnicas: Revisión documental, trabajo con grupo de expertos, Brainstorming, matriz de impactos cruzados, criterios de selección, entrevista estructurada, cuestionario, técnicas estadísticas (histograma de frecuencias), pruebas estadísticas- Alpha de Cronbach y Prueba Pearson, cálculos matemáticos.

Fase III. Aplicación del instrumento de medición y análisis de los resultados

Objetivo: Ejecutar la aplicación del instrumento de medición por cada servicio y posteriormente realizar el análisis de los resultados obtenidos.

Etapas:

- ✓ Etapa 7. Determinación de la periodicidad del estudio. Formas de recopilación a aplicar.
- ✓ Etapa 8. Diseño estadístico de la investigación.
- ✓ Etapa 9. Aplicación.
- ✓ Etapa 10. Análisis estadísticos de los resultados.

Técnicas: Análisis documental, técnicas estadísticas, diagrama causa – efecto, diagrama de Pareto, Árbol de Realidad Actual, elaboración de plan de acciones.

Fase IV. Estrategias de mejoramiento de los servicios

Objetivo: Diseñar procedimientos específicos como estrategias de mejoramiento de los servicios.

Etapas:

- ✓ Etapa 11. Estrategia de mejoramiento: Administración de riesgos empresariales.
- ✓ Etapa 12. Procedimiento específico para la Organización por procesos.

Técnicas: Revisión teórica documental y técnicas especificadas por los procedimientos específicos.

Fase V. Control y Seguimiento

Objetivo: Diseñar sistema informativo de indicadores de apoyo a la toma de decisiones como mecanismo de control a partir de los resultados de la integración de los procedimientos que permita monitorear el proceso de mejoramiento de los servicios.

Etapas:

- ✓ Etapa 13. Diseño del sistema informativo de indicadores de apoyo a la toma de decisiones.
- ✓ Etapa 14. Informatización de la herramienta *SoftMeasures*.
- ✓ Etapa 15. Seguimiento, análisis y propuesta de acciones de mejora continua.

Técnicas: Análisis y síntesis, técnicas de programación en lenguaje de código abierto y técnicas de diseño gráfico, auditoría al proceso, lista de chequeo.

Anexo 11: Dimensiones y ítems para evaluación de Calidad percibida

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

Dimensiones	Ítems
Profesionalidad del personal.	Conoce bien su trabajo/es competente/ profesional.
	Sus conocimientos están actualizados.
	No comete errores.
Confianza que inspira el personal del hospital.	Me he sentido cómodo para poder contarle con confianza cualquier cosa.
	Me he sentido cómodo preguntándole mis dudas.
	Confío en sus cuidados.
Empatía.	Siempre me explican las cosas para que las entienda.
	Me escuchan.
	Se muestran dispuestos a ayudarme.
Capacidad de respuesta.	Siempre responde a preguntas.
	Me atiende con rapidez.
	Soluciona mis problemas.
	Atienden mis quejas y reclamaciones médicas.
Conocimiento del paciente.	Conocen mi historial clínico muy bien.
	Disponen de información de mis antecedentes familiares.
	Entienden claramente mis necesidades médicas.
Trato recibido.	Son amables.
	Me tratan con respeto.
	Me dan una atención personalizada.
	La forma de tratarme me hace sentir cómodo.
Información que da el personal del hospital.	Me informan sobre mi estado de salud.
	La información que me dan es clara.
	Me informan de los medicamentos que me dan.
	Me informan de los horarios de visita.
	Me informan de las alternativas de mi tratamiento.
	Me informan de las posibles complicaciones de mi enfermedad.
Equipamiento disponible del hospital.	Disponen de los instrumentos necesarios para atenderme.
	El instrumental es moderno.
	El instrumental está en buen uso.
Coordinación del personal de hospital.	El personal conoce los servicios que estoy recibiendo de otras especialidades.
	El personal siempre conoce el resultado de mis visitas a otras especialidades.
	Cuando tengo que hacerme pruebas existe coordinación entre el personal implicado en el proceso.
Dedicación del personal.	La duración de la visita es adecuada.
	Pasan visita de Lunes a Sábado ambos incluidos.
	Pasan visita por la tarde.
Comodidad de las salas de espera y consultas.	Las salas de espera están limpias.
	Las salas de espera disponen de suficientes asientos para todos.
	El ambiente de las salas de espera es agradable.
	Las salas de espera son amplias.
	Las consultas están limpias.
	Las consultas disponen del mobiliario adecuado.
	Las consultas permiten la intimidad en la relación médico/paciente.
	El ambiente de la consulta es agradable.
Instalaciones del interior del servicio.	Es fácil localizar en este servicio las instalaciones que buscan.
	Las instalaciones del servicio son amplias.
	El acceso a las instalaciones del servicio es fácil.

Anexo 12: Niveles administrativos y de atención en el SNS

Fuente: Elaboración propia

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

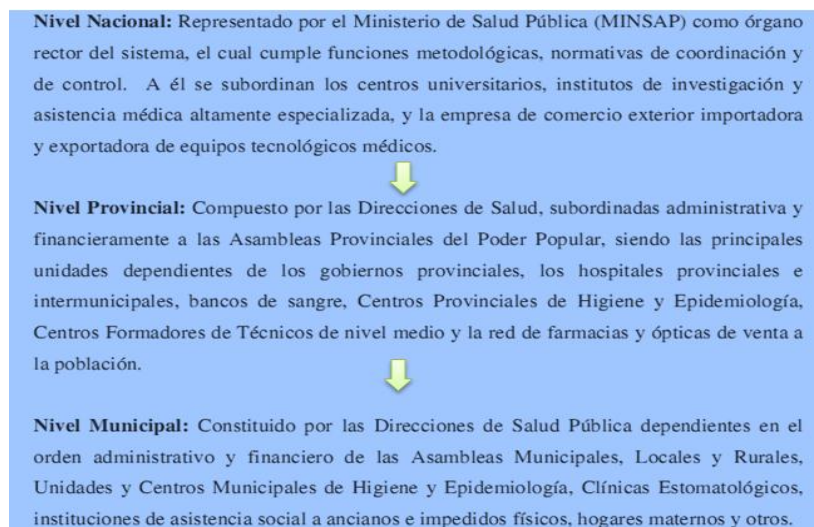


Figura 1: Niveles administrativos en el SNS

Fuente: (Herrera, 2007)

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

Tabla 1: Niveles de atención en el SNS

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

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

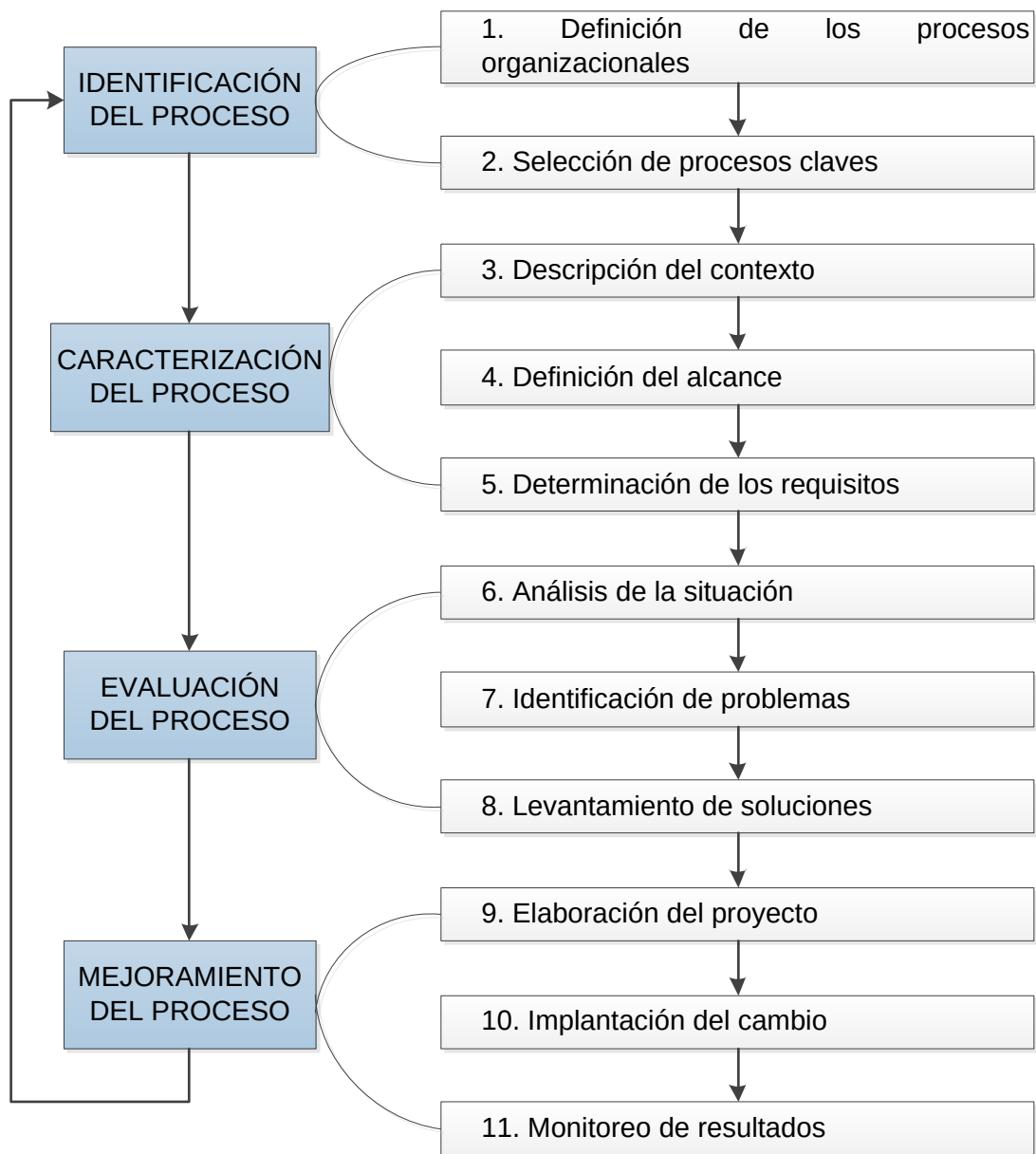
Todo lo que se resume en la Figura 2.



Figura 2: Sistema Nacional de Salud
Fuente: (Dirección Provincial de Salud, 2012)

Anexo 13: Procedimiento para la Gestión por procesos

Fuente: (Pons y Villa, 2006)



Anexo 14: Procedimiento metodológico para el diseño de instrumentos de medición

Fuente: (Curbelo, 2010)

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

Paso 1- Revisión de la literatura

En este paso los objetivos son:

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

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

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

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

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

Paso 3: Cálculo del número de expertos

Paso 4: Selección de expertos

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

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

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

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

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

Anexo 14 (Continuación)

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

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

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

Paso 5: Delimitación de la población

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

Paso 6: Definición del tipo de muestreo a utilizar

Las muestras pueden ser categorizadas en dos grandes ramas: muestras probabilísticas y no probabilísticas, y de cada una de estas existen varias modalidades, lo que se presenta en la Tabla 1, a partir del criterio de Hernández et al. (1998), Cortés e Iglesias (2005), y Zapata (2004).

Tabla 1: Tipos de muestreo

Fuente: Elaboración propia

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

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

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

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

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

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

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

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.

Anexo 14 (Continuación)

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

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

Etapas IV- Estudio exploratorio con expertos

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

Paso 8: Consulta a expertos para valorar los ítems propuestos en la versión inicial del instrumento y recopilar sugerencias: En este momento de la investigación se procede a mostrar por primera vez la lista de características, posibles ítems del cuestionario que se pretende diseñar, a los expertos para que analicen, de acuerdo a su experiencia y conocimientos, si es necesario agregar algún ítem y/o variar la manera en que estos se presentan. Estos análisis que se les solicitan permiten recopilar recomendaciones en cuanto a las variables listadas y realizar los cambios pertinentes.

Paso 9: Consulta a expertos para reducir ítems: Luego de analizadas y aplicadas las sugerencias de los expertos se les presenta un cuestionario para analizar el nivel de importancia de los ítems que se incluirán en el cuestionario a diseñar, los resultados de este análisis se procesan luego para llegar a eliminar ítems que no consideran de influencia en el tema y así reducir el número de características a evaluar.

Etapas V- Diseño del instrumento de medición

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

Paso 10- Selección del instrumento de medición adecuado para el estudio: Las técnicas más utilizadas de recogida de datos y que luego posibilitan su medición son: las observaciones, las discusiones grupales, la entrevista, los análisis de contenido, la revisión de documentos, el análisis de documentos oficiales, las sesiones en profundidad, las pruebas de inventarios estandarizados, las escalas de actitud y las encuestas o cuestionarios, estos pueden emplearse conjuntamente en las investigaciones para proporcionar mejores resultados (Hernández et al., 1998; Cortés e Iglesias, 2005; Pons y Villa, 2005).

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

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

- Escala de actitud de tipo Likert: El encuestado debe seleccionar una de las afirmaciones que se proponen para responder a la pregunta, a estas afirmaciones se asignan valores numéricos (codificación), que permiten luego evaluar la posición de los respondientes. En este tipo de escala se tienen varias categorías propuestas por el investigador con un orden o jerarquía que se indica.
- Escala semántica diferencial: Consiste en una escala escrita entre dos palabras bipolares y el respondiente selecciona el punto en que se encuentra su respuesta, que es codificada para el análisis.

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

Paso 11: Definición de la escala a emplear en el instrumento de medición: Las escalas de medida se refieren al sistema de medida que el investigador aplica a las variables, es decir, la forma en que estas serán caracterizadas a través del instrumento.

Anexo 14 (Continuación)

En orden de precisión creciente, las cuatro escalas o niveles de medida son: la nominal, la ordinal, la de intervalos y la de razón (Hernández et al., 1998).

- Nivel de medición nominal: En este nivel se tienen dos o más categorías del ítem o variable. Las categorías no tienen orden o jerarquía, los números que se utilicen en este nivel son sólo clasificatorios, no pueden ser manipulados aritméticamente. Este tipo de variables pueden incluir dos categorías
 - Dicotómicas: Ofrecen dos alternativas de respuesta que no tienen orden o jerarquía.
 - De respuestas múltiples o categóricas: Se ofrecen más de dos opciones de respuesta pero que no tienen orden o jerarquía.
- Nivel de medición ordinal: En este nivel se tienen varias categorías pero que tienen un orden o jerarquía. Permite realizar las operaciones mayor que ($>$) y menor que ($<$), además de la equivalencia ($=$).
 - Escalas de actitud de tipo Likert.
 - Escala semántica diferencial.
- Nivel de medición de intervalo: Permite medir los objetos o individuos indicando si son superiores o no a otros con respecto a una característica y, además, calcular la distancia entre ellos mediante las operaciones aritméticas básicas.
- Nivel de medición de razón: Son escalas que añaden a las de intervalo la existencia del cero absoluto lo que implica que hay un punto en la escala donde no existe la propiedad o característica a medir.

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

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

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

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

Paso 13- Aplicación del instrumento de medición

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

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

Paso 14- Análisis de confiabilidad y validez

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

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

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

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

- Validez de contenido: Se refiere al grado en que el instrumento de medición representa el concepto medido (Hernández et al., 1998), por lo que indica el grado de coherencia con el marco conceptual del que se deriva este.

Anexo 14 (Continuación)

- Validez de criterio: Se establece la validez del instrumento de medición comparándola con algún criterio externo (Hernández et al., 1998).
- Validez de constructo o de concepto: Este enfoque busca conocer si la medición a través de la escala es coherente con los resultados que propone la teoría (Díaz, 2006).

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

Paso 15: Ajuste del instrumento de medición

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

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

Etapas VII- Análisis de los resultados

Paso 16: Análisis de los resultados

Se razonan los resultados alcanzados mediante la aplicación del instrumento a toda la población o a poblaciones con características similares a la delimitada empleando descriptivos como moda, mediana, media, varianza y frecuencia. En este paso puede llegar a definirse un indicador para evaluar el constructo que mide el instrumento.

Anexo 15: Determinación el número de expertos y su competencia

Fuente: Elaboración propia

Determinación del número de expertos:

Se recomienda que el número de expertos varíe entre 7 y 15. La expresión que se utiliza para realizar el cálculo es (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 del cuestionario general que se muestra en el Anexo No. 16 y la fórmula siguiente:

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

Donde:

Kc: Coeficiente de Conocimiento: Se obtiene multiplicando la autovaloración del propio experto sobre sus conocimientos del tema en una escala del 0 al 10, por 0,1.

Ka: Coeficiente de Argumentación: Es la suma de los valores del grado de influencia de cada una de las fuentes de argumentación con respecto a una tabla patrón, se emplea en esta investigación la Tabla 2.

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

Anexo 15 (Continuación)

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.

Anexo 16: Cuestionario base para la determinación del coeficiente de competencia de cada experto

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

Nombre y Apellidos:

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

____ 0

____ 1

____ 2

____ 3

____ 4

____ 5

____ 6

____ 7

____ 8

____ 9

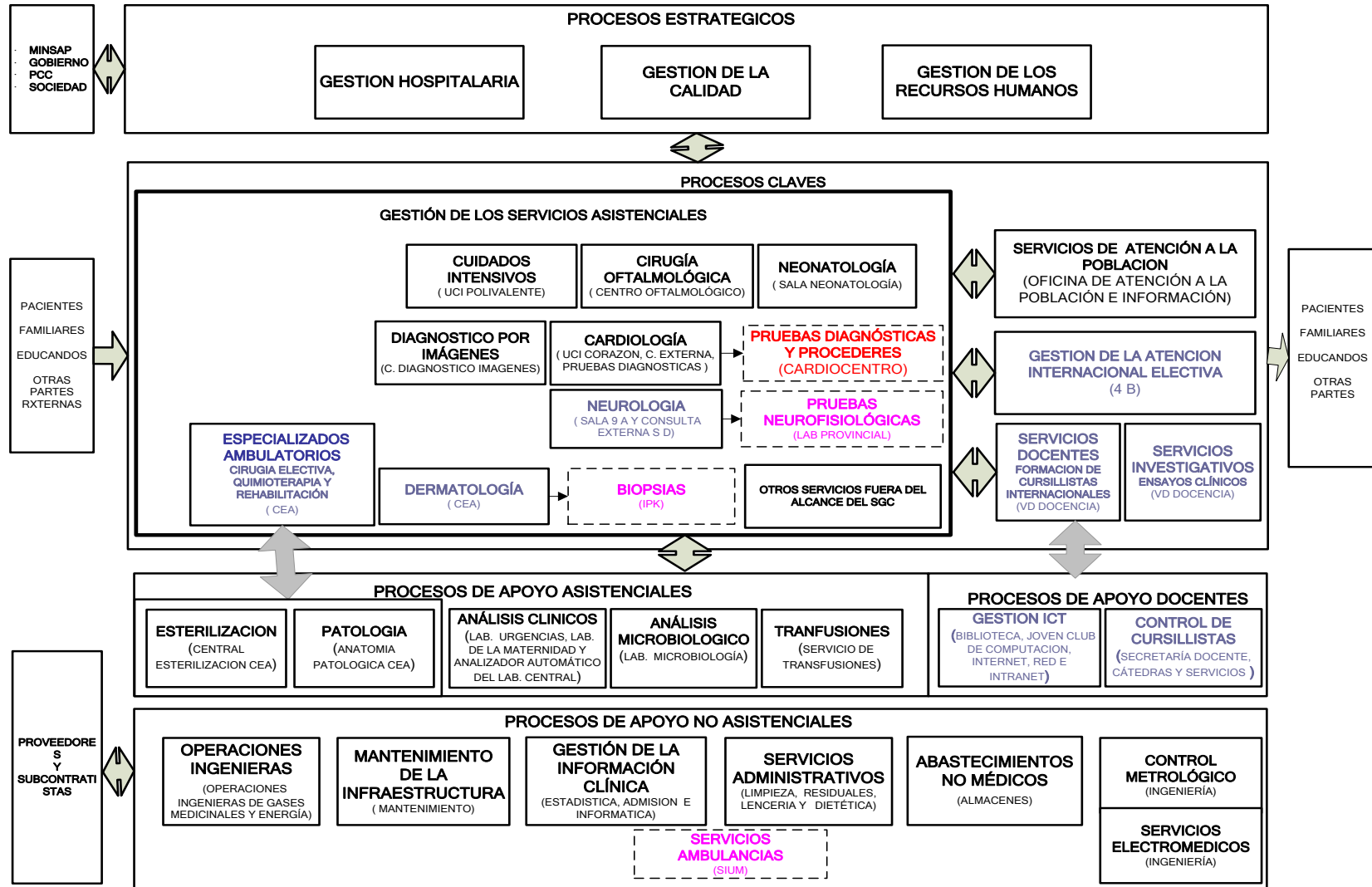
____ 10

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

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

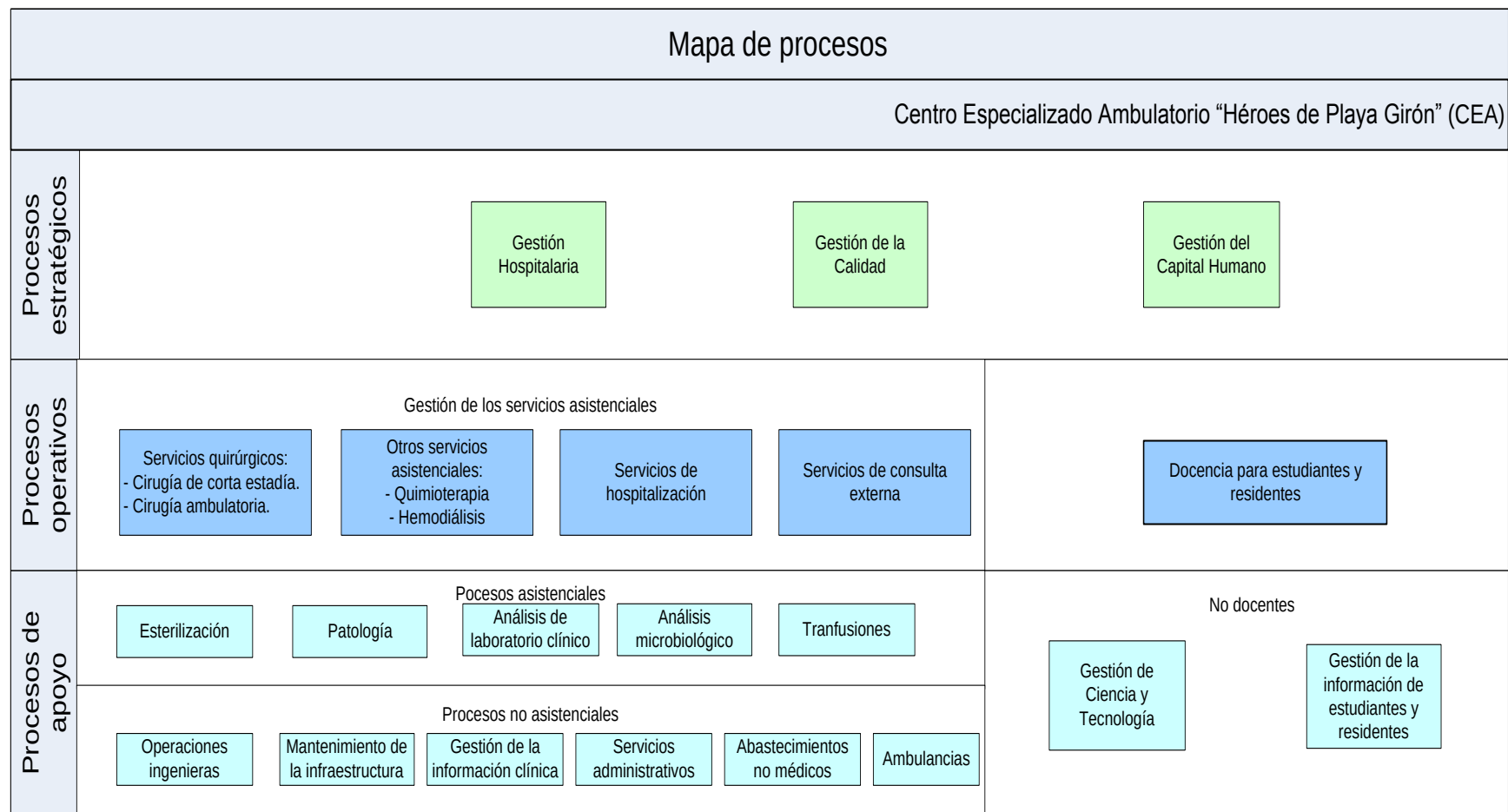
Anexo 17: Mapa de procesos del Hospital GAL

Fuente: («Mapa de procesos del Hospital General Universitario GAL», 2010)



Anexo 18: Mapa de procesos del CEA

Fuente: Elaboración propia



Anexo 19: Rutinas en la vigilancia de la satisfacción de la Oficina de Atención a la Población del Hospital GAL

Fuente: (Fonseca, 2007)

Vigilancia de la satisfacción en áreas críticas

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

Vigilancia de la satisfacción por autoencuestas

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

Anexo 20: Resultados del monitoreo de la satisfacción en el 2012

Fuente:(Fonseca, 2012)

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

Las mayores insatisfacciones se relacionan con:

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

Anexo 21: Cuestionarios desarrollados en el Hospital GAL para el monitoreo de la satisfacción

Cuestionario aplicado a pacientes en servicio de urgencia y luego hospitalizados

Fuente: (Iraola et al., 2004)

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

Intente clasificar ese tiempo en: ☐ Adecuado ☐ Inadecuado

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

Intente clasificar ese tiempo en: ☐ Adecuado ☐ Inadecuado

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

Intente clasificar ese tiempo en: ☐ Adecuado ☐ Inadecuado

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

Intente clasificar ese tiempo en: ☐ Adecuado ☐ Inadecuado

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

Intente clasificar ese tiempo en: ☐ Adecuado ☐ Inadecuado

6. Puntúe entre cero y diez los siguientes aspectos:

• Trato recibido por el personal de enfermería

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

• Trato recibido por el personal médico

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

• Información proporcionada por parte del médico

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

• Instalaciones en la sala de espera

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

• Instalaciones en el cuarto donde fue atendido

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

• Tipo de mobiliario

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

7. Puntuación global de la calidad de la atención recibida

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

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

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

Anexo 21 (Continuación)

Cuestionario aplicado a pacientes en servicio de urgencia

Fuente: (Iraola et al., 2005)

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

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

Anexo 22: Encuesta de expectativas

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

Servicio que solicita:

Fecha:

Hora:

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

Marque con una X lo que proceda: 1 Nivel más bajo

10: Nivel más alto

No, lo peor

Sí, lo mejor

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Anexo 23: Encuesta de derechos del paciente

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

Sala _____ Cama _____

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

¿Por qué? _____

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

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

9. Le administran los medicamentos en el horario indicado:

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

10. ¿Cómo considera la calidad de la limpieza?

Buena: _____ Regular _____ Mala: _____ Muy Mala: _____ No sé: _____

¿Por qué? _____

11. ¿Cómo considera la calidad de los alimentos? Buena: _____ Regular _____ Mala: _____ Muy Mala: _____ No sé: _____

¿Por qué? _____

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

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

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

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

Anexo 24: Resultados del monitoreo de la satisfacción en el CEA en el 2012

Fuente: (Falcón, 2012)

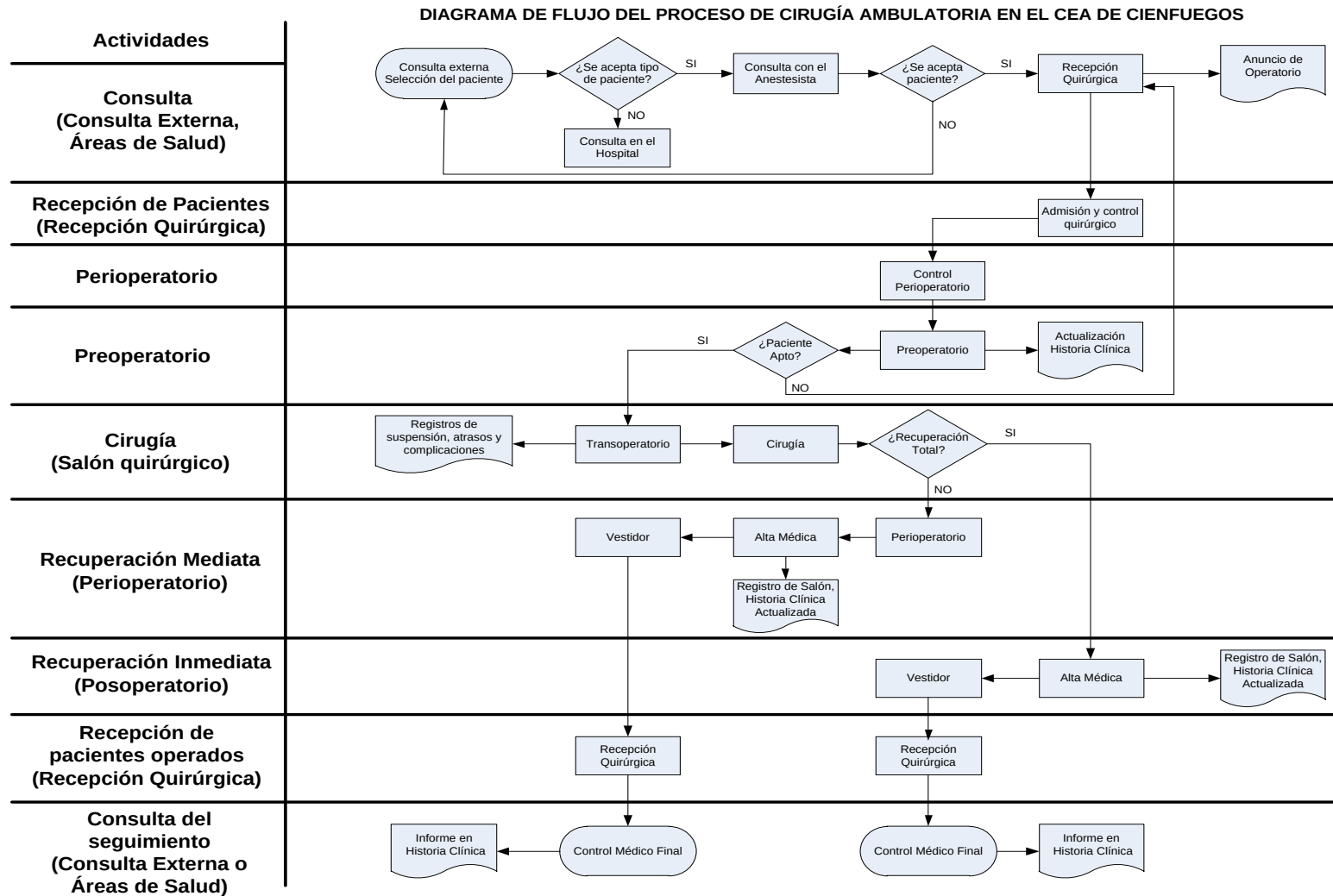
Meses	No de encuestas realizadas	No de encuestas con resultados de MB y B	%
Enero	167	167	100
Febrero	107	107	100
Marzo	154	154	100
Abril	170	170	100
Mayo	187	187	100
Junio	147	147	100
Julio	132	132	100
Agosto	115	115	100
Septiembre	137	137	100
Total	1316	1316	100

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

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

Anexo 25: Diagrama de Flujo

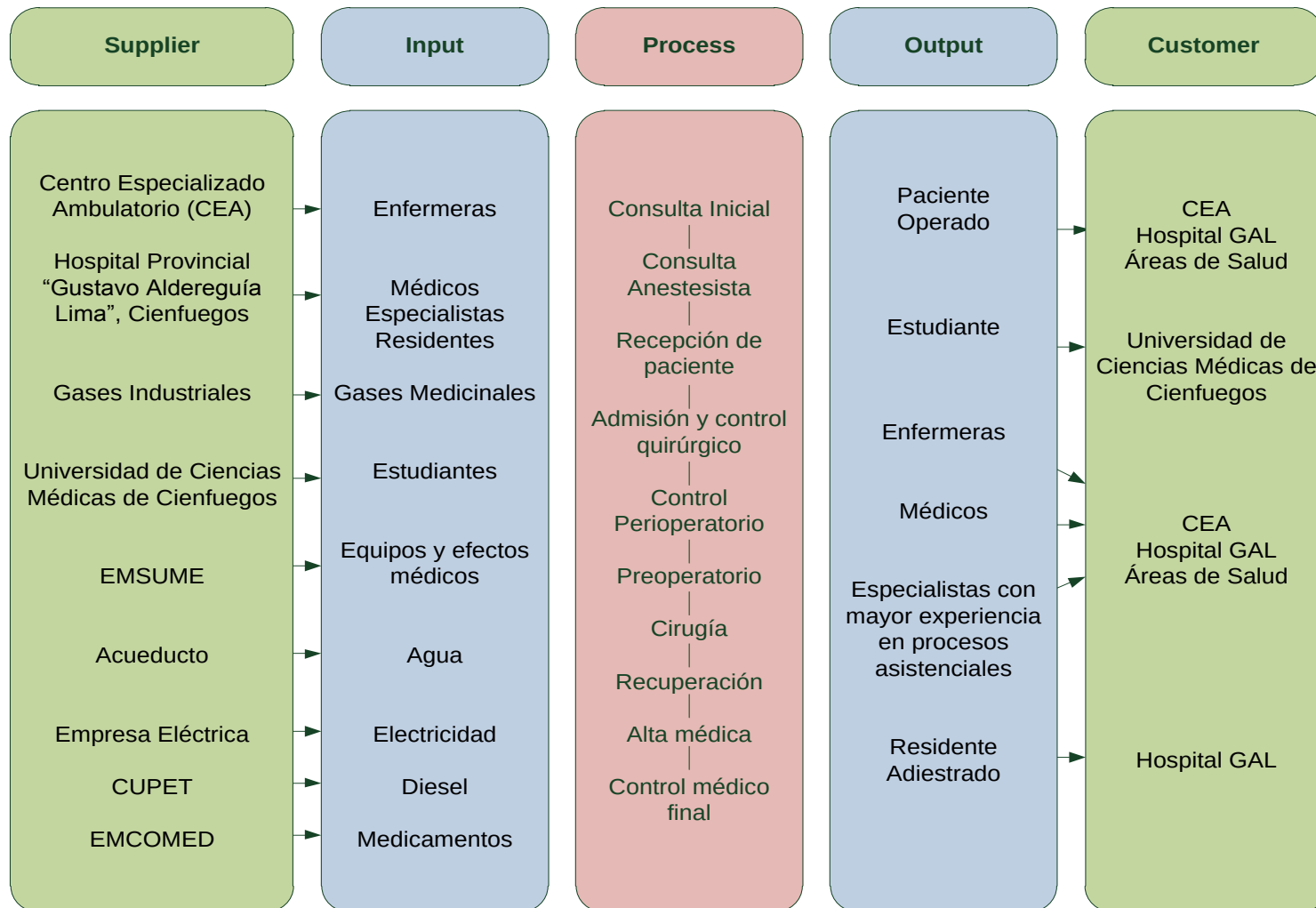
Fuente: Elaboración propia



Anexo 26: Diagrama de Flujo SIPOC

Fuente: Elaboración propia

DIAGRAMA SIPOC DEL PROCESO DE CIRUGÍA AMBULATORIA DEL CEA DE CIENFUEGOS



Anexo 27: Ficha del proceso de Servicio Quirúrgico Ambulatorio

Fuente: Elaboración propia

Ficha de proceso: Servicio Quirúrgico Ambulatorio

Nombre del proceso: Servicio Quirúrgico Ambulatorio.

Responsable: Jefe de Servicios Quirúrgicos

Misión: Desarrollar cirugías ambulatorias de diferentes especialidades que demande la población, proporcionando cuidados seguros al paciente durante su permanencia en el Centro.

En el proceso:

1- Áreas que intervienen:

- Área de espera independiente.
- Área recepción de pacientes.
- Vestuarios del personal.
- Vestuarios de pacientes.
- Área de peri operatorio (preoperatorio y recuperación anestésica mediata con 12 camas y 15 sillones)
- Área de preoperatorio.
- Quirófanos (9).
- Área de recuperación anestésica inmediata.
- Área de esterilización.
- Áreas de servicios (almacenamiento de instrumental, insumos, ropa limpia, ropa sucia, desechos materiales biológicos y no biológicos).

2. Suministradores:

- Centro Especializado Ambulatorio (CEA)
- Hospital Provincial “Gustavo Aldereguía Lima”, Cienfuegos
- Gases Industriales
- Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos
- Empresa de Suministros y Efectos Médicos (EMSUME)
- Empresa de Acueducto y Alcantarillado
- Empresa Eléctrica
- Empresa Comercializadora de Combustibles (CUPET)
- Empresa Comercializadora de Medicamentos (EMCOMED)

3. Entradas del proceso:

- Enfermeras
- Médicos Especialistas Residentes
- Gases Medicinales
- Estudiantes
- Equipos y efectos médicos
- Agua
- Electricidad
- Diesel
- Medicamentos

4. Proceso quirúrgico:

- Consulta Inicial
- Consulta Anestesista
- Recepción de paciente
- Admisión y control quirúrgico
- Control Perioperatorio
- Preoperatorio
- Cirugía
- Recuperación
- Alta médica
- Control médico final

5. Salidas del proceso:

- Paciente operado
- Estudiante
- Enfermeras
- Médicos
- Especialistas con mayores experiencias en procesos
- Residente Adiestrado

6. Clientes:

- Áreas de Salud
- CEA
- Hospital
- Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos
- CEA

- Hospital
- Hospital Provincial “Gustavo Aldereguía Lima”, Cienfuegos

Documentación requerida:

1. Guías de buenas prácticas clínicas.
2. Programas de seguridad del paciente:
 - Derechos del paciente
 - Cirugía en el sitio seguro
 - Lavado de manos
 - Identificación inequívoca del paciente
3. Protocolos y registro en historia clínica.
4. Programa por la eficiencia y el empleo racional de recursos.
5. Registro de turnos quirúrgicos.
6. Registro de pacientes operados.
7. Registro de índices de consumo en Central de Esterilización (material gastable e instrumental quirúrgico).
8. Programación quirúrgica.
9. Manual de organización y procedimientos.
10. Programación de Círculos de Calidad.

Requisitos que deben cumplir los pacientes:

1. Estado físico.
2. Todos los pacientes que se programen para Cirugía Mayor Ambulatoria deben tener una entrevista con el anestesiólogo previa a la programación de la cirugía donde se llena el Protocolo de Anestesia.
3. Cálculo del Índice de Masa Corporal (IMC) y de sus posibilidades quirúrgicas dado este.
4. El paciente debe tener un adulto responsable que lo acompañe durante la entrevista de preoperatorio, el día de operación, al egreso y en su casa en el periodo postoperatorio durante las primeras 24 horas.

Requisitos relacionados con la Intervención Quirúrgica:

1. Duración del acto quirúrgico: En general se acepta que este tipo de cirugía tenga una duración cercana a los noventa (90) minutos o menos.
2. Ayuno preoperatorio: Ocho (8) horas de ayuno de alimentos sólidos y 4 horas de líquidos claros (agua, té, jugos sin pulpa).

3. Manejo del dolor post-operatorio: Se emplean métodos dispuestos por las guías de tratamiento del dolor para el paciente quirúrgico.
4. Programación: Debe ser cirugía electiva. No se podrá realizar la cirugía de urgencia. Serán la excepción los casos reintervenidos por complicaciones en el postoperatorio inmediato.
Serán programadas de modo que finalicen dentro del horario de funcionamiento de la unidad
5. Intervenciones quirúrgicas que se realicen por primera vez en el CEA: Cualquier cirugía que se incorpore por primera vez a la lista de procedimientos deberá contar con la aprobación del Médico Jefe de la Especialidad y del Director Médico y ser protocolizada.
6. Los pacientes programados para Cirugía Ambulatoria con anestesia local sin sedación, pueden arribar a la unidad, sólo 1 hora antes del horario programado para la operación. Los pacientes programados con anestesia local y sedación, anestesia regional o anestesia general, deben concurrir 2 horas antes.

Procedimientos aptos para ser realizados:

1. Los procedimientos deben tener un riesgo mínimo de hemorragia, considerando así a aquellos en los que no es previsible la necesidad de efectuar transfusiones de sangre.
2. La duración no debe superar como norma general los 90 minutos en los casos de anestesia general, plazo este ampliable cuando el procedimiento se realiza con anestesia loco-regional.
3. Los procedimientos no deben implicar apertura de cavidades, excepción hecha de procedimientos laparoscópicos, hernias y pequeñas eventraciones.
4. Los procedimientos no deben requerir la utilización de drenajes con débitos elevados.
5. El dolor deberá ser fácilmente controlado, tras el alta, con analgésicos comunes.
6. El riesgo de compromiso postoperatorio de la vía aérea debe ser mínimo.
7. Rápido retorno a la normal ingesta de líquidos y sólidos.

Indicadores claves de resultados del proceso:

Los indicadores claves de resultados del proceso y resultados se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1: Indicadores claves del proceso

Indicadores	Fecha cumplimiento	Criterios de medida	Grado de consecución	Niveles de desempeño
Garantizar el cumplimiento del Plan Quirúrgico de CMEA	Mensual	(No. real de pacientes operados/ Plan propuesto) x 100	100% 99 – 90% 89 – 80% 79 – 70% Menos del 70%	Excelente Notable Adecuado Suficiente Deficiente
Disminución de casos suspendidos por HTA.	Semanal	(No. de casos suspendidos / No. de casos operados)x100	1.9% o menos 2.0 – 2.5% 2.6 – 3.0% 3.1 – 3.5% Más del 3.5%	Excelente Notable Adecuado Satisfactorio Deficiente
Cumplimiento del programa de analgesia acupuntural.	Semanal	(No. de CMEA con AA / No. de CMEA) x 100	10% o más 8.9 – 8.0% 7.9 -- 6% 5.9 – 4.0% menos del 4%	Excelente Notable Adecuado Suficiente Deficiente
Productividad quirúrgica por día de CMEA.	Mensual	No. de casos operados mensual/No. de días quirúrgicos	30 o más 24-29 18-23 12-17 Menos de 12	Excelente Notable Adecuado Suficiente Deficiente
Productividad quirúrgica por salones disponibles	Semanal	Productividad quirúrgica por día de CMEA/No. Salones Disponibles	4 o más 3-3.9 2.5-2.9 2.1-2.4 Menos de 2	Excelente Notable Adecuado Suficiente Deficiente

Tasa de infección en el sitio quirúrgico limpio	Mensual	(No. de heridas quirúrgicas limpias infectadas / Total de HQ Limpias) x 100	< de 1 1.0-1.1 1.2-1.3 1.4-1.5 >1.5	Excelente Notable Adecuado Suficiente Deficiente
Índice de Reintervenciones después de una CMEA.	Mensual	(No. de paciente reintervenidos después de una CMEA/No. Operados de CMEA) x 100	Menos de 0.15% 0.16 – 0.19% 0.20 – 0.24% 0.25 --0.29% 0.3% o más	Excelente Notable Adecuado Suficiente Deficiente
Un 5% o más de la cirugía mayor serán por técnicas de mínimo acceso.	Mensual	% de pacientes operados por CMA	5% o más 4 % 3 % 2 % 1% o menos	Excelente Notable Adecuado Suficiente Deficiente
Eliminada la lista de espera quirúrgica.	Mensual	No. Especialidades con lista de espera quirúrgica	0 1 2 3 4	Excelente Notable Adecuado Suficiente Deficiente
Cumplimiento del plan mensual de consultas hospitalarias	Mensual	(No. de consultas realizadas/ No. de consultas programadas) X 100	95-100% 90-94% 85-89% 80-84% Menos 80%	Excelente Notable Adecuado Suficiente Deficiente

Anexo 28: Lista de características para evaluar la Calidad percibida de servicios de atención en salud

Fuente: Elaboración propia

Dimensión 1: Preparación del Capital Humano

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

Dimensión 2: Actitud del Capital Humano

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

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

Dimensión 3: Tiempo de atención

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

Dimensión 4: Comunicación

Médicos
Los médicos están a la escucha de cualquier inquietud, duda o reclamación.
Los médicos me informan sobre mi estado de salud, consecuencias y resultados clínicos, incluyendo aquellos que han tenido eventos no esperados, lo mismo a mis familiares.
Los médicos responden a mis preguntas.
Los médicos explican sobre los medicamentos, horarios, alternativas de tratamiento.
Los médicos se comunican con otros especialistas a los que debo recurrir para mantenerse al tanto.
Las relaciones comunicativas entre médicos, enfermeros y otro personal se hacen evidentes en la ejecución de los procedimientos.
Los médicos se expresan de manera adecuada al intercambiar conmigo y mis familiares.
Los médicos tienen una apariencia adecuada al presentarse ante mí y mis familiares.
La comunicación médico-paciente-familiares satisface mis expectativas.

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

Dimensión 5: Infraestructura

Acceso e información
El hospital cuenta con la señalización intrahospitalaria adecuada.
El hospital tiene una señalización extra hospitalaria adecuada.
El servicio es accesible.
El sistema de información en el hospital se muestra organizado por sus resultados en el intercambio con los pacientes y familiares.
El acceso e información satisface mis expectativas.
Estado de los equipos e instrumental
El personal médico (médicos y enfermeros) dispone de los equipos para atenderme.
El personal médico (médicos y enfermeros) dispone del instrumental para la realización de sus actividades.
El personal de apoyo cuenta con los instrumentos y equipos para la realización de sus funciones.
El estado de los equipos e instrumental satisface mis expectativas.
Estado de los locales a los que se accede
Los locales de espera están limpios.
Los locales de espera son amplios.
Los locales de espera disponen de los asientos necesarios.
Los locales de espera están bien iluminados.
Los locales de espera no son ruidosos.
Los locales de espera cuentan con un baño para acceso de los pacientes y familiares.
Los locales de espera tienen un ambiente agradable.
Las consultas están limpias.
Las consultas tienen buenas condiciones de privacidad.
Las consultas disponen del mobiliario necesario.
Las consultas están bien iluminadas.
Las consultas no son ruidosas.
Las consultas tienen un ambiente agradable.

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

Anexo 29: Determinación del coeficiente de competencia de los expertos

Fuente: Elaboración propia

Los expertos localizados aparecen en la Tabla 1 a continuación y en la Tabla 2 el cálculo de su coeficiente de competencia (Kcomp).

Tabla 1: Expertos localizados para la investigación

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

Tabla 2: Determinación del coeficiente de competencia de los expertos

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

Anexo 30: Consulta a expertos para analizar lista de ítems

Fuente: Elaboración propia

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

Las variables aparecen listadas en las tablas a continuación y usted colocará una x si cree que no deben faltar cuando de la medición de calidad percibida se trata.

Al final aparece un apartado dedicado a las sugerencias o consideraciones que usted pueda aportar a los autores de esta investigación.

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

Gracias por su colaboración.

Preparación del Capital Humano

Médicos	
Los médicos se preocupan por tratar de solucionar los problemas por los que he acudido a su atención.	
Los médicos se interesan por conocer mi historia clínica y entienden claramente mis necesidades médicas.	
Los médicos demuestran su conocimiento de mi enfermedad al intercambiar conmigo con seguridad y cuidado.	
Los médicos se interesan en dar seguimiento a mi caso.	
El proceso de atención se realiza con privacidad.	
Enfermeros	
El personal de enfermería demuestra sus conocimientos y habilidades en la realización de su trabajo con disposición.	
Los enfermeros conocen mi enfermedad y los datos de mi historia clínica.	
El personal de enfermería respeta la privacidad del paciente.	
Los enfermeros apoyan en la solución de mis problemas de salud cumpliendo con lo que han establecido los especialistas.	
Personal de servicio	
El personal de servicio realiza su trabajo de manera que no se afectan las labores de médicos y enfermeros, mostrando su dominio del mismo.	

Actitud del Capital Humano

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

Tiempo de atención

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

Comunicación

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

Infraestructura

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

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

Sugerencias:

Anexo 31: Procesamiento de la consulta a expertos en SPSS Versión 19.0

Fuente: Elaboración propia

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

a. Coeficiente de
concordancia de Kendall

Prueba de hipótesis:

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

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

Reducción de ítems:

Rangos	
	Rango promedio
Los médicos se preocupan por tratar de solucionar los problemas por los que he acudido a su atención.	39.06
Los médicos se interesan por conocer mi historia clínica y entienden claramente mis necesidades médicas	35.44
Los médicos demuestran su conocimiento de mi enfermedad al intercambiar conmigo con seguridad y cuidado	35.44
Los médicos se interesan en dar seguimiento a mi caso	35.44
El proceso de atención se realiza con privacidad	35.44
El personal de enfermería demuestra sus conocimientos y habilidades en la realización de su trabajo con disposición	35.44
Los enfermeros conocen mi enfermedad y los datos de mi historia clínica	35.44
El personal de enfermería respeta la privacidad del paciente	35.44
Los enfermeros apoyan en la solución de mis problemas de salud cumpliendo con lo que han establecido los especialistas	39.06
El personal de servicio realiza su trabajo de manera que no se afectan las labores de médicos y enfermeros, mostrando su dominio del mismo	39.06
Los médicos son respetuosos en el trato conmigo y mis familiares	31.83
Los médicos son amables en el trato conmigo y mis familiares	35.44
Los médicos se muestran preocupados por mi caso	13.78

Los médicos son comprensivos, se interesan por mis preocupaciones, malestares y estado de ánimo	35.44
Los médicos me hacen sentir confianza en los conocimientos y cuidados que brindan en el proceso de atención	35.44
El trato de los enfermeros es respetuoso	31.83
Los enfermeros son amables conmigo y mis familiares	35.44
Los enfermeros son preocupados por cada caso	13.78
La comprensión, apoyo y dedicación de los enfermeros ante los procedimientos de atención, es adecuada	35.44
El cuidado de los enfermeros me ofrece confianza	35.44
El trato del personal de servicio es respetuoso	35.44
El personal de servicio es amable conmigo y mis familiares	39.06
El personal de apoyo se preocupa por mí	13.78
El personal de servicio se preocupa y está presto a la ayuda en la institución	35.44
Los médicos llegan en el horario fijado para el proceso de atención médica	39.06
Los médicos dedican el tiempo necesario para satisfacer todas mis dudas y las de mis familiares, para mi atención	35.44
Los médicos tratan de que se reduzcan los tiempos de espera para su atención	6.56
Los médicos especifican el tiempo de seguimiento al proceder que realizan	13.78
Los enfermeros están presentes cuando los necesito	35.44
Los enfermeros dedican el tiempo necesario para mi atención	39.06
Los enfermeros tratan de que se reduzcan los tiempos de espera para sus servicios	13.78
El personal de servicio trata de reducir los tiempos de espera	10.17
El personal de servicio dedica el tiempo requerido a cada paciente y sus familiares	35.44
El personal de servicio se encuentra en el momento en que debe estar para la realización de su trabajo	39.06
Los médicos están a la escucha de cualquier inquietud, duda o reclamación	35.44
Los médicos me informan sobre mi estado de salud, consecuencias y resultados clínicos, incluyendo aquellos que han tenido eventos no esperados, lo mismo a mis familiares	39.06
Los médicos responden a mis preguntas	35.44
Los médicos explican sobre los medicamentos: horarios, efectos, alternativas de tratamiento	39.06
Los médicos se comunican con otros especialistas a los que debo recurrir para mantenerse al tanto	31.83
El equipo de salud mantiene relaciones adecuadas que se hacen evidentes en el proceso de atención	28.22
Los médicos se expresan de manera adecuada al intercambiar conmigo y mis familiares	31.83
Los médicos tienen una apariencia adecuada al presentarse ante mí y mis familiares	35.44
Los enfermeros están a la escucha de cualquier inquietud o reclamación	35.44
Los enfermeros me informan sobre mi estado de salud en caso de ser necesario, lo mismo a mis familiares	31.83
Los enfermeros responden a mis preguntas, dudas, necesidad de aclaraciones	31.83

Los enfermeros explican al aplicar los medicamentos en los horarios precisados por los especialistas, conocen las alternativas de tratamiento, todo ello en caso de que lo requiera tanto yo como mis familiares	31.83
Los enfermeros se expresan de manera adecuada	39.06
Los enfermeros tienen una apariencia adecuada	35.44
El personal de apoyo explica correctamente en caso de que se le pregunte sobre los médicos, enfermeros, hospital	13.78
El personal de apoyo se expresa de manera adecuada	39.06
El personal de apoyo tiene una apariencia adecuada	35.44
El hospital cuenta con la señalización intrahospitalaria adecuada	39.06
El hospital tiene una señalización extra hospitalaria adecuada	35.44
El sistema de información en el hospital se ajusta a las necesidades de los usuarios	39.06
En el proceso de asistencia se dispone de los equipos para atenderme o se buscan alternativas para hacerlo de manera segura	24.61
En el proceso de asistencia se tiene el instrumental o se buscan alternativas para atenderme	24.61
Los locales de espera tienen adecuadas condiciones	39.06
Las consultas tienen adecuadas condiciones	39.06
Las salas tienen adecuadas condiciones	39.06
Los salones tienen adecuadas condiciones	39.06
La alimentación es acorde a la dieta que debo seguir	39.06
Los alimentos están bien elaborados	39.06
Los alimentos se sirven en recipientes limpios y con cuidados	39.06
En el hospital me brindan ropa de cama limpia para mi estancia en el mismo.	39.06
El vestuario que debo utilizar para determinados procedimientos médicos está limpio.	39.06

Los menores rangos, que se evidencia un salto significativo en relación con el resto, corresponden a los ítems:

	Ítems	Rangos promedio
E13	Los médicos se muestran preocupados por mi caso	13,56
E18	Los enfermeros son preocupados por cada caso	13,56
E23	El personal de apoyo se preocupa por mi	13,56
E28	Los médicos especifican el tiempo de seguimiento al proceder que realizan	13,56
E31	Los enfermeros tratan de que se reduzcan los tiempos de espera para sus servicios	13,56
E49	El personal de apoyo explica correctamente en caso de que se le pregunte sobre los médicos, enfermeros, hospital	13,56
E32	El personal de servicio trata de reducir los tiempos de espera	10,06
E27	Los médicos tratan de que se reduzcan los tiempos de espera para su atención	6,56

Para estos se revisan la mediana y la frecuencia de marcado.

Estadísticos

	E1 3	E18	E23	E27	E28	E31	E32	E49
Válidos	9	9	9	9	9	9	9	9
Perdidos	0	0	0	0	0	0	0	0
Mediana	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00

Tablas de frecuencia

Los médicos se muestran preocupados por mi caso

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

Los enfermeros son preocupados por cada caso

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

El personal de apoyo se preocupa por mi

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

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

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

Los médicos especifican el tiempo de seguimiento al proceder que realizan

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

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

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

El personal de servicio trata de reducir los tiempos de espera

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

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

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

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

Anexo 32: Lista de ítems para evaluar calidad percibida en servicios de atención en salud

Fuente: Elaboración propia

Preparación del Capital Humano

Médicos
Los médicos se preocupan por tratar de solucionar los problemas por los que he acudido a su atención. (M1)
Los médicos se interesan por conocer mi historia clínica y entienden claramente mis necesidades médicas. (M2)
Los médicos demuestran su conocimiento de mi enfermedad al intercambiar conmigo con seguridad y cuidado. (M3)
Los médicos se interesan en dar seguimiento a mi caso. (M4)
El proceso de atención se realiza con privacidad. (M5)
Enfermeros
El personal de enfermería demuestra sus conocimientos y habilidades en la realización de su trabajo con disposición. (E1)
Los enfermeros conocen mi enfermedad y los datos de mi historia clínica. (E9)
El personal de enfermería respeta la privacidad del paciente. (E3)
Los enfermeros apoyan en la solución de mis problemas de salud cumpliendo con lo que han establecido los especialistas. (E4)
Personal de servicio
El personal de servicio realiza su trabajo de manera que no se afectan las labores de médicos y enfermeros, mostrando su dominio del mismo. (P1)

Actitud del Capital Humano

Médicos
Los médicos son respetuosos en el trato conmigo y mis familiares. (M6)
Los médicos son amables en el trato conmigo y mis familiares. (M7)
Los médicos son comprensivos, se interesan por mis preocupaciones, malestares y estado de ánimo. (M8)
Los médicos me hacen sentir confianza en los conocimientos y cuidados que brindan en el proceso de atención. (M9)
Enfermeros
El trato de los enfermeros es respetuoso. (E15)
Los enfermeros son amables conmigo y mis familiares. (E6)
La comprensión, apoyo y dedicación de los enfermeros ante los procedimientos de atención, es adecuada. (E7)
El cuidado y trabajo de los enfermeros me ofrece confianza. (E8)
Personal de servicio
El trato del personal de servicio es respetuoso. (P2)
El personal de servicio es amable conmigo y mis familiares. (P3)
El personal de servicio se preocupa y está presto a la ayuda en la institución. (P4)

Tiempo de atención

Médicos
Los médicos llegan en el horario fijado para el proceso de atención médica. (M10)
Los médicos dedican el tiempo necesario para satisfacer todas mis dudas y las de mis familiares, para mi atención. (M13)
Enfermeros
Los enfermeros están presentes cuando necesito su atención. (E5)
Los enfermeros dedican el tiempo necesario para mi atención. (E10)
Personal de servicio
El personal de servicio dedica el tiempo requerido a cada paciente y sus familiares. (P5)
El personal de servicio se encuentra en el momento en que debe estar para la realización de su trabajo. (P6)

Comunicación

Médicos
Los médicos están a la escucha de cualquier inquietud, duda o reclamación. (M12)
Los médicos me informan sobre mi estado de salud, consecuencias y resultados clínicos, incluyendo aquellos que han tenido eventos no esperados, lo mismo a mis familiares. (M11)
Los médicos responden a mis preguntas. (M14)
Los médicos explican sobre los medicamentos: horarios, efectos, alternativas de tratamiento. (M15)
Los médicos se comunican con otros especialistas a los que debo recurrir para mantenerse al tanto. (M16)
El equipo de salud mantiene relaciones adecuadas que se hacen evidentes en el proceso de atención. (M17)
Los médicos se expresan de manera adecuada al intercambiar conmigo y mis familiares. (M18)
Los médicos tienen una apariencia adecuada al presentarse ante mí y mis familiares. (M19)
Enfermeros
Los enfermeros están a la escucha de cualquier inquietud o reclamación. (E11)
Los enfermeros me informan sobre mi estado de salud en caso de ser necesario, lo mismo a mis familiares. (E12)
Los enfermeros responden a mis preguntas, dudas, necesidad de aclaraciones. (E13)
Los enfermeros explican al aplicar los medicamentos en los horarios precisados por los especialistas, conocen las alternativas de tratamiento, todo ello en caso de que lo requiera tanto yo como mis familiares. (E14)
Los enfermeros se expresan de manera adecuada. (E2)
Los enfermeros tienen una apariencia adecuada. (E16)
Personal de servicio
El personal de apoyo se expresa de manera adecuada. (P7)
El personal de apoyo tiene una apariencia adecuada. (P8)

Infraestructura
Información
El hospital cuenta con la señalización intrahospitalaria adecuada. (I1)
El hospital tiene una señalización extra hospitalaria adecuada. (I2)
El sistema de información en el hospital se ajusta a las necesidades de los usuarios. (I3)
Estado de los equipos e instrumental
En el proceso de asistencia se dispone de los equipos para atenderme o se buscan alternativas para hacerlo de manera segura. (I4)
En el proceso de asistencia se tiene el instrumental o se buscan alternativas para atenderme. (I5)
Estado de los locales a los que se accede
Los locales de espera tienen adecuadas condiciones. (I6)
Las consultas tienen adecuadas condiciones. (I7)
Las salas tienen adecuadas condiciones. (I8)
Los salones tienen adecuadas condiciones. (I9)
Alimentación
La alimentación es acorde a la dieta que debo seguir.
Los alimentos están bien elaborados.
Los alimentos se sirven en recipientes limpios y con cuidados.
Vestuario y ropa de cama
En el hospital me brindan ropa de cama limpia para mi estancia en el mismo. (I10)
El vestuario que debo utilizar para determinados procedimientos médicos está limpio. (I11)

Anexo 33: Cuestionario para evaluar calidad percibida
Fuente: Elaboración propia

CALIDAD DE ATENCIÓN EN SERVICIOS DEL CEA, CIENFUEGOS

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

Todo lo que se desarrolla en tres apartados:

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

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

1- Totalmente en desacuerdo

4- De acuerdo

2- En desacuerdo

5- Totalmente de acuerdo

3- Ni de acuerdo, ni en desacuerdo

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

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

SU COLABORACIÓN ES IMPORTANTE, GRACIAS

I- DATOS GENERALES: Marque con una X o indique

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

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

MÉDICOS

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

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

_____ Muy insatisfecho
 _____ Insatisfecho

_____ Medianamente satisfecho
 _____ Satisfecho
 _____ Muy satisfecho

ENFERMEROS

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

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

_____ Muy insatisfecho
 _____ Insatisfecho

_____ Medianamente satisfecho
 _____ Satisfecho
 _____ Muy satisfecho

PERSONAL DE SERVICIO

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

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

_____ Muy insatisfecho
 _____ Insatisfecho

_____ Medianamente satisfecho
 _____ Satisfecho
 _____ Muy satisfecho

INFRAESTRUCTURA

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

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

_____ Muy insatisfecho

_____ Insatisfecho

_____ Medianamente satisfecho

_____ Satisfecho

_____ Muy satisfecho

III) SUGERENCIAS

Anexo 34: Caracterización de la muestra a que se aplica el instrumento

Fuente: Elaboración propia

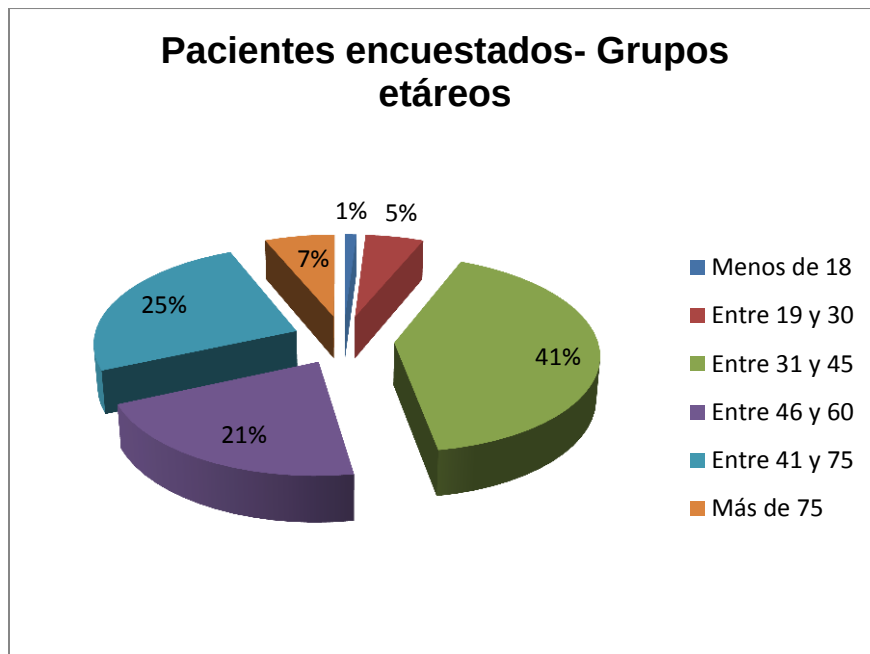


Figura 1: Encuestados por edad

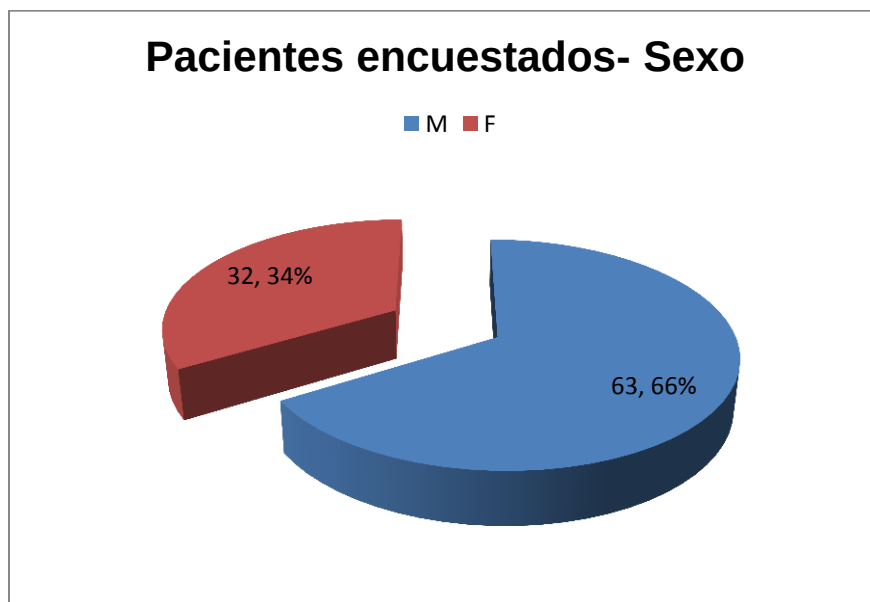


Figura 2: Encuestados por sexo

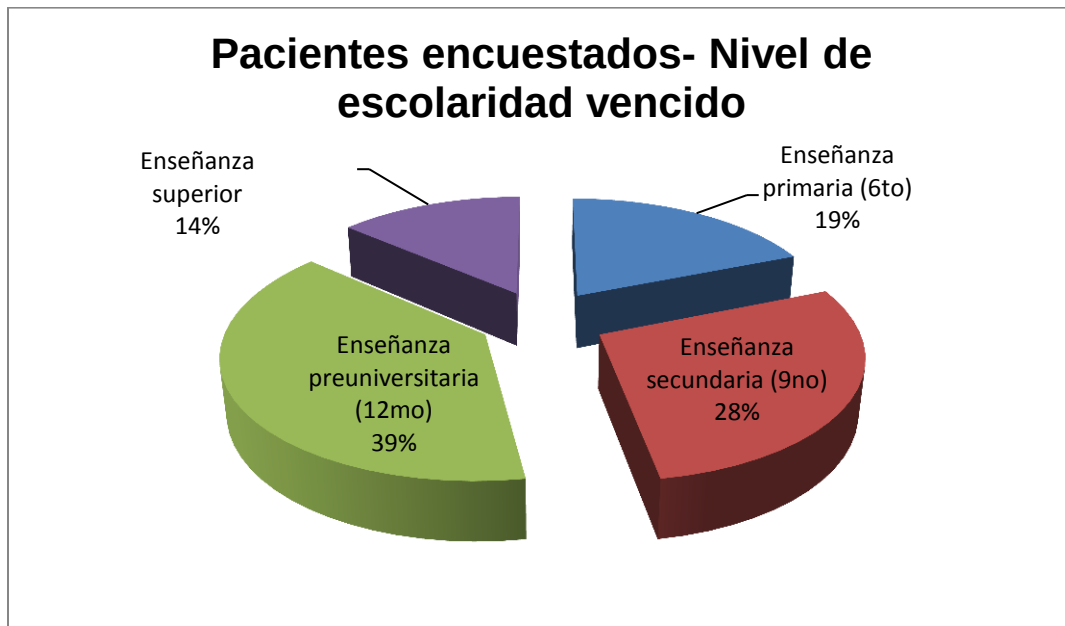


Figura 3: Encuestados por nivel de escolaridad

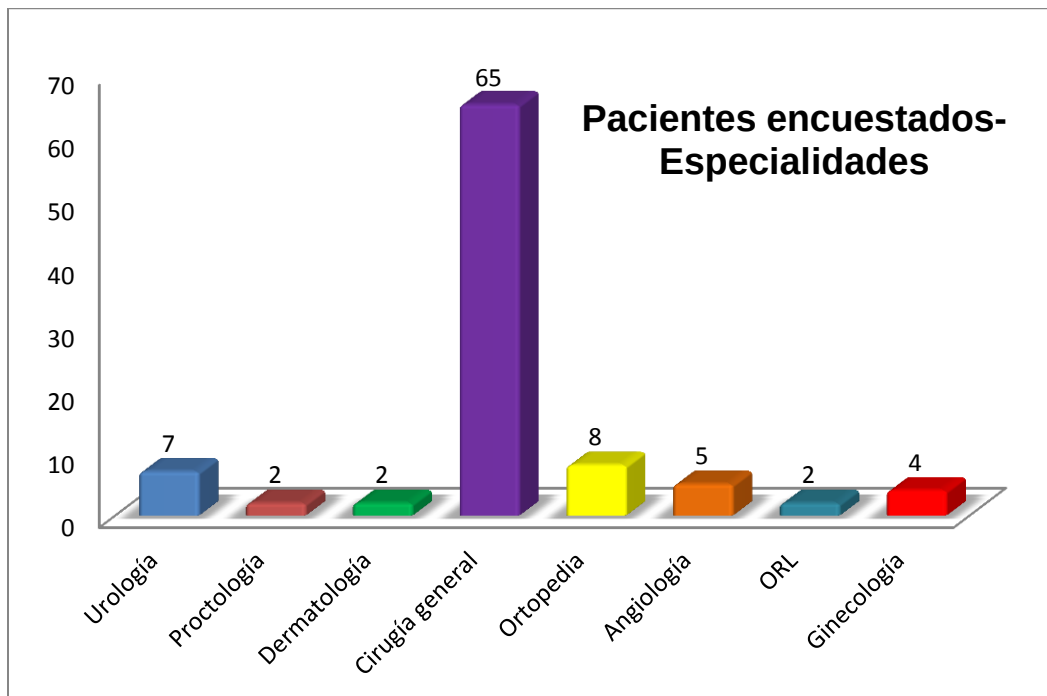


Figura 4: Encuestados por especialidades

Anexo 35: Análisis descriptivo para médicos

Fuente: Elaboración propia a partir de SPSS, Versión 19

Estadísticos

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

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

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

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

Anexo 36: Análisis de fiabilidad y validez para médicos (última corrida)

Fuente: Elaboración propia a partir de SPSS, Versión 19

Fiabilidad

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.751	13

Estadísticos total-elemento

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

Factorial

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

KMO y prueba de Bartlett

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

Comunalidades

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

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Varianza total explicada

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

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Matriz de componentes rotados ^a				
	Componente			
	1	2	3	4
Los médicos demuestran su conocimiento de mi enfermedad al intercambiar conmigo con seguridad y cuidado.			.689	
El proceso de atención se realiza con una adecuada privacidad.	.700			
Los médicos son respetuosos en el trato conmigo y mis familiares.	.763			
Los médicos son amables en el trato conmigo y mis familiares.	.614			
Los médicos son comprensivos, se interesan por mis preocupaciones, malestares y estado de ánimo.	.707			
Los médicos me hacen sentir confianza en los conocimientos y cuidados que brindan en el proceso de atención.	.727			
Los médicos llegan en el horario fijado para el proceso de atención médica.				.965
Los médicos me informan sobre mi estado de salud, consecuencias y resultados clínicos, incluyendo aquellos que han tenido eventos no esperados, lo mismo a mis familiares.			.779	
Los médicos están a la escucha de cualquier inquietud, duda o reclamación.		.791		
Los médicos responden a mis preguntas.		.625		
Los médicos se comunican con otros especialistas a los que debo recurrir para mantenerse al tanto.		.764		
Los médicos se expresan de manera adecuada al intercambiar conmigo y mis familiares.		.679		
Los médicos tienen una apariencia adecuada al presentarse ante mí y mis familiares.			.613	
Método de extracción: Análisis de componentes principales.				
Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.				
a. La rotación ha convergido en 7 iteraciones.				

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

Por tanto las variables por factor con sus respectivas cargas son las que aparecen en la Tabla a continuación.

Factores	Variables	Cargas factoriales
1 Actitud del Capital Humano (21,39 %)	El proceso de atención se realiza con una adecuada privacidad. (Me1)	0.700
	Los médicos son respetuosos en el trato conmigo y mis familiares. (Me2)	0.763
	Los médicos son amables en el trato conmigo y mis familiares. (Me3)	0.614
	Los médicos son comprensivos, se interesan por mis preocupaciones, malestares y estado de ánimo. (Me4)	0.707
	Los médicos me hacen sentir confianza en los conocimientos y cuidados que brindan en el proceso de atención. (Me5)	0.727
2 Comunicación (19,33%)	Los médicos están a la escucha de cualquier inquietud, duda o reclamación. (Me6)	0.791
	Los médicos responden a mis preguntas. (Me7)	0.625
	Los médicos se comunican con otros especialistas a los que debo recurrir para mantenerse al tanto. (Me8)	0.764
	Los médicos se expresan de manera adecuada al intercambiar conmigo y mis familiares. (Me9)	0.679
3 Preparación del Capital Humano (16,37%)	Los médicos demuestran su conocimiento de mi enfermedad al intercambiar conmigo con seguridad y cuidado. (Me10)	0.689
	Los médicos me informan sobre mi estado de salud, consecuencias y resultados clínicos, incluyendo aquellos que han tenido eventos no esperados, lo mismo a mis familiares. (Me11)	0.779
	Los médicos tienen una apariencia adecuada al presentarse ante mí y mis familiares. (Me12)	0.613
4 Tiempo de atención (8,46%)	Los médicos llegan en el horario fijado para el proceso de atención médica. (Me13)	0.965

Anexo 37: Análisis descriptivo para enfermeros

Fuente: Elaboración propia a partir de SPSS, Versión 19

Estadísticos

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

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

Los enfermeros se expresan de manera adecuada.

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

Anexo 38: Análisis de fiabilidad y validez para enfermeros

Fuente: Elaboración propia a partir de SPSS, Versión 19

Procesamiento inicial: Para contrarrestar el determinante de valor 0:

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

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

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

**.

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

[illegible]

Fiabilidad y validez (última corrida)

Fiabilidad

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.854	12

Estadísticos total-elemento

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

Análisis factorial

Determinante = .009

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

KMO y prueba de Bartlett

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

Comunalidades

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

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Varianza total explicada

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

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Matriz de componentes rotados^a

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

Finalmente se tienen los factores y variables que aparecen en la tabla que sigue.

Factores	Variables	Cargas factoriales
Comunicación (20,36%)	Los enfermeros se expresan de manera adecuada. (Enf1)	0.558
	Los enfermeros están a la escucha de cualquier inquietud o reclamación. (Enf2)	0.571
	Los enfermeros explican al aplicar los medicamentos en los horarios precisados por los especialistas, conocen las alternativas de tratamiento, todo ello en caso de que lo requiera tanto yo como mis familiares. (Enf3)	0.628
	Los enfermeros tienen una apariencia adecuada. (Enf4)	0.780
	El personal de enfermería respeta la privacidad del paciente. (Enf5)	0.785
(17,43%) Preparación del Capital Humano	El personal de enfermería demuestra sus conocimientos y habilidades en la realización de su trabajo con disposición. (Enf6)	0.718
	Los enfermeros apoyan en la solución de mis problemas de salud cumpliendo con lo que han establecido los especialistas, preocupados por cada caso. (Enf7)	0.867
	Los enfermeros conocen mi enfermedad y los datos de mi historia clínica. (Enf8)	0.590
Tiempo de atención (15,32%)	Los enfermeros están presentes cuando necesito su atención. (Enf9)	0.687
	Los enfermeros dedican el tiempo necesario para mi atención. (Enf10)	0.829
Actitud del Capital Humano (15,08%)	La comprensión, apoyo y dedicación de los enfermeros ante los procedimientos de atención, es adecuada. (Enf11)	0.717
	El trato de los enfermeros es respetuoso. (Enf12)	0.709

Anexo 39: Análisis descriptivo para personal de servicios

Fuente: Elaboración propia a partir de SPSS, Versión 19

Estadísticos

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

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

El personal de apoyo se expresa de manera adecuada.

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

Anexo 40: Análisis de fiabilidad y validez para personal de servicios (última corrida)

Fuente: Elaboración propia a partir de SPSS, Versión 19

Fiabilidad

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.878	8

Estadísticos total-elemento

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

Factorial

KMO y prueba de Bartlett

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

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

Comunalidades

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

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Varianza total explicada

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

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Matriz de componentes rotados^a

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

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

Anexo 41: Análisis descriptivo para infraestructura

Fuente: Elaboración propia a partir de SPSS, Versión 19

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

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

Los locales de espera en el hospital tienen adecuadas condiciones

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

Anexo 42: Análisis de fiabilidad y validez para infraestructura (última corrida)

Fuente: Elaboración propia a partir de SPSS, Versión 19

Fiabilidad

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.511	10

Estadísticos total-elemento

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

Factorial

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

KMO y prueba de Bartlett

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.	.624
Prueba de esfericidad de Chi-cuadrado aproximado	190.
Bartlett	810
gl	45
Sig.	.000

Comunalidades

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

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Varianza total explicada

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

Comunalidades

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

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

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

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

Anexo 43: Cuestionario para evaluar calidad percibida ajustado para SQA
Fuente: Elaboración propia

CALIDAD DE ATENCIÓN EN SERVICIOS DEL CEA, CIENFUEGOS

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

Todo lo que se desarrolla en tres apartados:

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

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

1- Totalmente en desacuerdo

4- De acuerdo

2- En desacuerdo

5- Totalmente de acuerdo

3- Ni de acuerdo, ni en desacuerdo

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

SU COLABORACIÓN ES IMPORTANTE, GRACIAS

I- DATOS GENERALES: Marque con una X o indique

Edad	Menos de 18 _____	Entre 46 y 60 _____
	Entre 19 y 29 _____	Entre 61 y 75 _____
	Entre 30 y 45 _____	Más de 75 _____
Sexo	F _____	M _____
Especialidad en que se atendió		
Lugar en que se le dio seguimiento	CEA _____	Hospital GAL _____
	Área de salud _____	Otros _____
Nivel de escolaridad		

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

MÉDICOS

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

ENFERMEROS

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

PERSONAL DE SERVICIO

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

INFRAESTRUCTURA

Criterios para su evaluación	TOTALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NI DE ACUERDO, NI EN DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
El hospital cuenta con la señalización intrahospitalaria adecuada. (Inf1)					
El hospital tiene una señalización extra hospitalaria adecuada. (Inf2)					
El sistema de información en el hospital se ajusta a las necesidades de los usuarios. (Inf3)					
En el proceso de asistencia se dispone de los equipos para atenderme o se buscan alternativas para hacerlo de manera segura. (Inf4)					
En el proceso de asistencia se tiene el instrumental o se buscan alternativas para atenderme. (Inf5)					
Los locales de espera en el hospital tienen adecuadas condiciones. (Inf6)					
Las salas de recuperación tienen adecuadas condiciones. (Inf8)					
Las consultas tienen adecuadas condiciones. (Inf7)					
En el hospital me brindan ropa de cama limpia para mi estancia en el mismo. (Inf9)					
El vestuario que debo utilizar para determinados procedimientos médicos está limpio. (Inf10)					

III) SUGERENCIAS

Anexo 44: Descriptivos de la satisfacción

Fuente: Elaboración propia a partir de SPSS, Versión 19

Médicos

Estadísticos		
Satisfacción con los médicos		
N	Válidos	95
	Perdidos	0
Media		4.4316
Mediana		4.0000
Moda		4.00
Desv. típ.		.57709
Varianza		.333
Rango		2.00
Mínimo		3.00
Máximo		5.00

Enfermeros

Estadísticos		
Satisfacción con el personal de enfermería		
N	Válidos	95
	Perdidos	0
Media		4.76
Mediana		5.00
Moda		5
Desv. típ.		.560
Varianza		.313
Rango		2
Mínimo		3
Máximo		5
Suma		452

Personal de servicios

Estadísticos		
Satisfacción con el personal de servicios		
N	Válidos	95
	Perdidos	0
Media		4.43
Mediana		5.00
Moda		5
Desv. típ.		.794
Varianza		.631
Rango		3
Mínimo		2
Máximo		5

Infraestructura

Estadísticos		
Satisfacción con la infraestructura		
N	Válidos	95
	Perdidos	0
Media		4.28
Mediana		4.00
Moda		4
Desv. típ.		.613
Varianza		.376
Rango		2
Mínimo		3
Máximo		5

Anexo 45: Análisis discriminante para satisfacción con la atención médica

Fuente: Elaboración propia a partir de SPSS, Versión 19

Variables introducidas									
Paso	Introducidas	Lambda de Wilks							
		Estadístico	gl1	gl2	gl3	F exacta			
						Estadístico	gl1	gl2	Sig.
1	Los médicos llegan en el horario fijado para el proceso de atención médica.	.365	1	2	92.000	79.972	2	92.000	.000
2	Los médicos tienen una apariencia adecuada al presentarse ante mí y mis familiares.	.253	2	2	92.000	44.885	4	182.000	.000
3	Los médicos responden a mis preguntas.	.210	3	2	92.000	35.533	6	180.000	.000

En cada paso se introduce la variable que minimiza la lambda de Wilks global.

a. El número máximo de pasos es 26.

d. El nivel de F, la tolerancia o el VIN son insuficientes para continuar los cálculos.

La matriz de coeficientes estandarizados permite visualizar la contribución neta de cada variable a la función discriminante, por tanto las variables que más contribuyen a diferenciar los grupos son para el caso de la primera función: los médicos llegan en el horario fijado para el proceso de atención, y los médicos responden a mis preguntas; para el caso de la segunda: los médicos tienen una apariencia adecuada al presentarse ante mí y mis familiares.

Coeficientes estandarizados de las funciones discriminantes canónicas

	Función	
	1	2
Los médicos llegan en el horario fijado para el proceso de atención médica.	1.060	-.187
Los médicos responden a mis preguntas.	.503	.300
Los médicos tienen una apariencia adecuada al presentarse ante mí y mis familiares.	.102	.874

Funciones en los centroides de los grupos

Satisfacción con los médicos	Función	
	1	2
Medianamente satisfecho-B	-3.053	-2.923
Satisfecho-MB	-1.201	.428
Muy satisfecho-E	1.499	-.178

Funciones discriminantes canónicas no tipificadas
evaluadas en las medias de los grupos

Resultados de la clasificación^a

Satisfacción con los médicos			Grupo de pertenencia pronosticado			Total
			Medianamente satisfecho-B	Satisfecho-MB	Muy satisfecho-E	
Original	Recuento	Medianamente satisfecho-B	4	0	0	4
		Satisfecho-MB	3	39	4	46
		Muy satisfecho-E	0	2	43	45
%		Medianamente satisfecho-B	100.0	.0	.0	100.0
		Satisfecho-MB	6.5	84.8	8.7	100.0
		Muy satisfecho-E	.0	4.4	95.6	100.0

a. Clasificados correctamente el 90.5% de los casos agrupados originales.

Anexo 46: Análisis discriminante para satisfacción con la atención de enfermería

Fuente: Elaboración propia a partir de SPSS, Versión 19

Variables introducidas/excluidas ^{a,b,c,d}									
Paso	Introducidas	Lambda de Wilks							
		Estadístico	gl1	gl2	gl3	F exacta			
						Estadístico	gl1	gl2	Sig.
1	Los enfermeros están a la escucha de cualquier inquietud o reclamación.	.416	1	2	92.000	64.522	2	92.000	.000
2	Los enfermeros conocen mi enfermedad y los datos de mi historia clínica.	.334	2	2	92.000	33.248	4	182.000	.000
3	La comprensión, apoyo y dedicación de los enfermeros ante los procedimientos de atención, es adecuada.	.291	3	2	92.000	25.631	6	180.000	.000
4	Los enfermeros explican al aplicar los medicamentos en los horarios precisados por los especialistas, conocen las alternativas de tratamiento, todo ello en caso de que lo requiera tanto yo como mis familiares.	.260	4	2	92.000	21.359	8	178.000	.000

En cada paso se introduce la variable que minimiza la lambda de Wilks global.

a. El número máximo de pasos es 24.

b. La F parcial mínima para entrar es 3.84.

c. La F parcial máxima para salir es 2.71

d. El nivel de F, la tolerancia o el VIN son insuficientes para continuar los cálculos.

Coeficientes estandarizados de las funciones discriminantes canónicas

	Función	
	1	2
Los enfermeros están a la escucha de cualquier inquietud o reclamación.	.754	-.376
Los enfermeros explican al aplicar los medicamentos en los horarios precisados por los especialistas, conocen las alternativas de tratamiento, todo ello en caso de que lo requiera tanto yo como mis familiares.	.389	.010
Los enfermeros conocen mi enfermedad y los datos de mi historia clínica.	.254	.998
La comprensión, apoyo y dedicación de los enfermeros ante los procedimientos de atención, es adecuada.	.394	-.393

Funciones en los centroides de los grupos

Satisfacción con el personal de enfermería	Función	
	1	2
Medianamente satisfecho-B	-5.086	.685
Satisfecho-MB	-1.743	-.898
Muy satisfecho-E	.637	.074

Funciones discriminantes canónicas no tipificadas
evaluadas en las medias de los grupos

Resultados de la clasificación^a

			Grupo de pertenencia pronosticado			Total
			Medianamente satisfecho-B	Satisfecho- MB	Muy satisfecho-E	
Original	Recuento	Medianamente satisfecho-B	6	0	0	6
		Satisfecho-MB	0	10	1	11
		Muy satisfecho-E	0	6	72	78
	%	Medianamente satisfecho-B	100.0	.0	.0	100.0
		Satisfecho-MB	.0	90.9	9.1	100.0
		Muy satisfecho-E	.0	7.7	92.3	100.0

a. Clasificados correctamente el 92.6% de los casos agrupados originales.

Anexo 47: Análisis discriminante para satisfacción con la atención del personal de servicios

Fuente: Elaboración propia a partir de SPSS, Versión 19

Variables introducidas/excluidas ^{a,b,c,d}													
Paso	Introducidas	Lambda de Wilks											
		Estadístico	gl1	gl2	gl3	F exacta				F aproximada			
						Estadístico	gl1	gl2	Sig.	Estadístico	gl1	gl2	Sig.
1	El personal de servicio se encuentra en el momento en que debe estar para la realización de su trabajo.	.310	1	3	91.000	67.400	3	91.000	.000				
2	El personal de apoyo se expresa de manera adecuada.	.189	2	3	91.000	38.992	6	180.000	.000				
3	El personal de servicio es amable conmigo y mis familiares.	.146	3	3	91.000					28.991	9	216.753	.000
4	El personal de servicio dedica el tiempo requerido a cada paciente y sus familiares.	.123	4	3	91.000					23.529	12	233.118	.000

En cada paso se introduce la variable que minimiza la lambda de Wilks global.

a. El número máximo de pasos es 16.

b. La F parcial mínima para entrar es 3.84.

c. La F parcial máxima para salir es 2.71

d. El nivel de F, la tolerancia o el VIN son insuficientes para continuar los cálculos.

Coeficientes estandarizados de las funciones discriminantes canónicas			
	Función		
	1	2	3
El personal de servicio es amable conmigo y mis familiares.	.427	.575	.473
El personal de servicio dedica el tiempo requerido a cada paciente y sus familiares.	.301	.695	-.583
El personal de servicio se encuentra en el momento en que debe estar para la realización de su trabajo.	.757	-.728	-.162
El personal de apoyo se expresa de manera adecuada.	.586	-.346	.583

Funciones en los centroides de los grupos

Satisfacción con el personal de servicios	Función		
	1	2	3
Insatisfecho-R	-10.234	1.531	1.044
Medianamente satisfecho-B	-3.580	-.799	.033
Satisfecho-MB	-.698	.241	-.520
Muy satisfecho-E	1.407	.013	.175

Funciones discriminantes canónicas no tipificadas evaluadas en las medias de los grupos

Resultados de la clasificación^a

			Grupo de pertenencia pronosticado				Total
			Insatisfecho-R	Medianamente satisfecho-B	Satisfecho-MB	Muy satisfecho-E	
Original Recuento	Insatisfecho-R		2	0	0	0	2
	Medianamente satisfecho-B		0	11	1	0	12
	Satisfecho-MB		0	1	21	2	24
	Muy satisfecho-E		0	0	8	49	57
%	Insatisfecho-R		100.0	.0	.0	.0	100.0
	Medianamente satisfecho-B		.0	91.7	8.3	.0	100.0
	Satisfecho-MB		.0	4.2	87.5	8.3	100.0
	Muy satisfecho-E		.0	.0	14.0	86.0	100.0

a. Clasificados correctamente el 87.4% de los casos agrupados originales.

Anexo 48: Análisis discriminante para satisfacción con la infraestructura

Fuente: Elaboración propia a partir de SPSS, Versión 19

Variables introducidas/excluidas ^{a,b,c,d}									
Paso	Introducidas	Lambda de Wilks							
		Estadístico	gl1	gl2	gl3	F exacta			
						Estadístico	gl1	gl2	Sig.
1	Los locales de espera en el hospital tienen adecuadas condiciones	.296	1	2	91.000	107.977	2	91.000	.000
2	El hospital tiene una señalización extra hospitalaria adecuada.	.156	2	2	91.000	69.104	4	180.000	.000
3	Las salas tienen adecuadas condiciones	.129	3	2	91.000	53.090	6	178.000	.000
4	En el proceso de asistencia se dispone de los equipos para atenderme o se buscan alternativas para hacerlo de manera segura.	.115	4	2	91.000	42.965	8	176.000	.000
5	En el hospital me brindan ropa de cama limpia para mi estancia en el mismo.	.103	5	2	91.000	36.929	10	174.000	.000
6	Las consultas tienen adecuadas condiciones	.093	6	2	91.000	32.766	12	172.000	.000
7	En el proceso de asistencia se tiene el instrumental o se buscan alternativas para atenderme.	.083	7	2	91.000	30.056	14	170.000	.000

En cada paso se introduce la variable que minimiza la lambda de Wilks global.

a. El número máximo de pasos es 20.

b. La F parcial mínima para entrar es 3.84.

c. La F parcial máxima para salir es 2.71

d. El nivel de F, la tolerancia o el VIN son insuficientes para continuar los cálculos.

Coeficientes estandarizados de las funciones discriminantes canónicas

	Función	
	1	2
El hospital tiene una señalización extra hospitalaria adecuada.	.295	.787
En el proceso de asistencia se dispone de los equipos para atenderme o se buscan alternativas para hacerlo de manera segura.	.486	.486
En el proceso de asistencia se tiene el instrumental o se buscan alternativas para atenderme.	-.430	-.172
Los locales de espera en el hospital tienen adecuadas condiciones.	1.151	-.206
Las consultas tienen adecuadas condiciones.	.336	.341
Las salas tienen adecuadas condiciones.	.429	-.235
En el hospital me brindan ropa de cama limpia para mi estancia en el mismo.	.299	.329

Funciones en los centroides de los grupos

Satisfacción con la infraestructura	Función	
	1	2
Medianamente satisfecho-B	-2.755	-3.482
Satisfecho-MB	-1.243	.749
Muy satisfecho-E	2.549	-.327

Funciones discriminantes canónicas no tipificadas
evaluadas en las medias de los grupos

Resultados de la clasificación^a

			Grupo de pertenencia pronosticado			Total
			Medianamente satisfecho-B	Satisfecho-MB	Muy satisfecho-E	
Original	Recuento	Medianamente satisfecho-B	7	1	0	8
		Satisfecho-MB	2	49	1	52
		Muy satisfecho-E	0	0	34	34
		Casos desagrupados	0	0	1	1
	%	Medianamente satisfecho-B	87.5	12.5	.0	100.0
		Satisfecho-MB	3.8	94.2	1.9	100.0
		Muy satisfecho-E	.0	.0	100.0	100.0
		Casos desagrupados	.0	.0	100.0	100.0

a. Clasificados correctamente el 95.7% de los casos agrupados originales.

Anexo 49: Variantes para la determinación de la satisfacción

Fuente: Elaboración propia a partir de SPSS, Versión 19

Médicos

Correlaciones			Satisfacción determinada por mediana	Satisfacción con los médicos	Satisfacción determinada por media
Rho de Spearman	Satisfacción determinada por mediana	Coeficiente de correlación	1.000	.377**	.622**
		Sig. (bilateral)	.	.000	.000
		N	95	95	95
	Satisfacción con los médicos	Coeficiente de correlación	.377**	1.000	.576**
		Sig. (bilateral)	.000	.	.000
		N	95	95	95
	Satisfacción determinada por media	Coeficiente de correlación	.622**	.576**	1.000
		Sig. (bilateral)	.000	.000	.
		N	95	95	95

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

Enfermeros

Correlaciones			Satisfacción con el personal de enfermería	Satisfacción determinada por mediana	Satisfacción determinada por media
Rho de Spearman	Satisfacción con el personal de enfermería	Coeficiente de correlación	1.000	.668**	.600**
		Sig. (bilateral)	.	.000	.000
		N	95	95	95
	Satisfacción determinada por mediana	Coeficiente de correlación	.668**	1.000	.722**
		Sig. (bilateral)	.000	.	.000
		N	95	95	95
	Satisfacción determinada por media	Coeficiente de correlación	.600**	.722**	1.000
		Sig. (bilateral)	.000	.000	.
		N	95	95	95

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

Personal de servicios

Correlaciones

			Satisfacción con el personal de servicios	Satisfacción determinada por mediana	Satisfacción determinada por media
Rho de Spearman	Satisfacción con el personal de servicios	Coeficiente de correlación	1.000	.768**	.806**
		Sig. (bilateral)	.	.000	.000
		N	95	95	95
	Satisfacción determinada por mediana	Coeficiente de correlación	.768**	1.000	.835**
		Sig. (bilateral)	.000	.	.000
		N	95	95	95
	Satisfacción determinada por media	Coeficiente de correlación	.806**	.835**	1.000
		Sig. (bilateral)	.000	.000	.
		N	95	95	95

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

Infraestructura

Correlaciones

			Satisfacción con la infraestructura	Satisfacción determinada por mediana	Satisfacción determinada por media
Rho de Spearman	Satisfacción con la infraestructura	Coeficiente de correlación	1.000	.401**	.627**
		Sig. (bilateral)	.	.000	.000
		N	95	95	95
	Satisfacción determinada por mediana	Coeficiente de correlación	.401**	1.000	.506**
		Sig. (bilateral)	.000	.	.000
		N	95	95	95
	Satisfacción determinada por media	Coeficiente de correlación	.627**	.506**	1.000
		Sig. (bilateral)	.000	.000	.
		N	95	95	95

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

Anexo 50: Trabajo con expertos para ponderaciones de satisfacción

Fuente: Elaboración propia a partir de SPSS, Versión 19

Prueba W de Kendall

Rangos	
	Rango promedio
Satisfacción con los médicos	3.89
Satisfacción con los enfermeros	3.00
Satisfacción con el personal de servicio	1.72
Satisfacción con la infraestructura	1.39

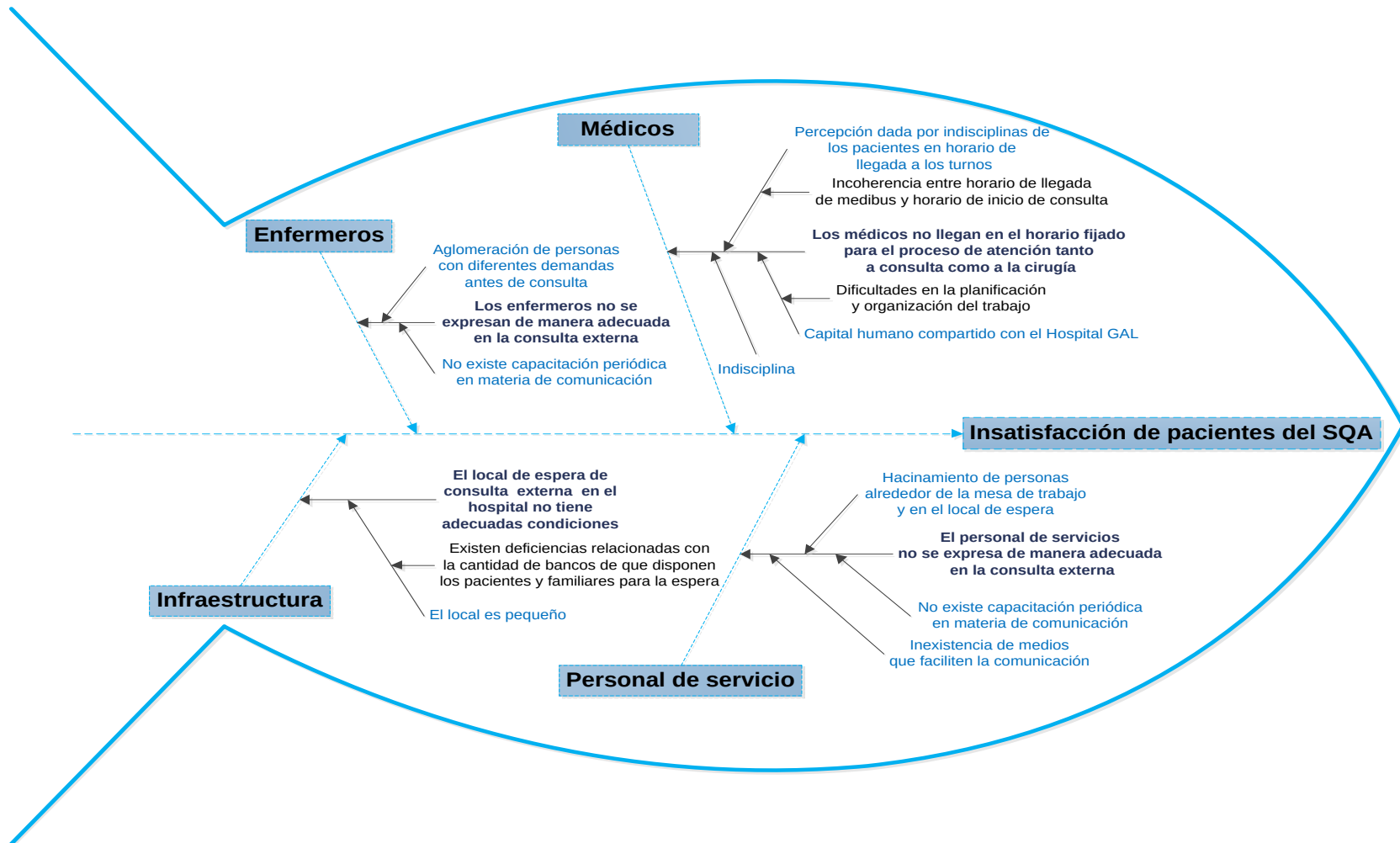
Estadísticos de contraste	
N	9
W de Kendall ^a	.916
Chi-cuadrado	24.722
gl	3
Sig. asintót.	.000

a. Coeficiente de concordancia de Kendall

Estadísticos					
		Satisfacción con los médicos	Satisfacción con los enfermeros	Satisfacción con el personal de servicio	Satisfacción con la infraestructura
N	Válidos	9	9	9	9
	Perdidos	0	0	0	0
Media		.4889	.2667	.1333	.1111
Mediana		.5000	.2000	.1000	.1000
Moda		.50	.20	.10	.10
Desv. típ.		.07817	.08660	.04330	.02205
Varianza		.006	.008	.002	.000
Rango		.20	.20	.10	.05
Mínimo		.40	.20	.10	.10
Máximo		.60	.40	.20	.15

Anexo 51: Análisis de causas para criterios relevantes de los pacientes del SQA

Fuente: Elaboración propia



Anexo 52: Plan de mejoras para criterios relevantes de los pacientes relacionados con los médicos

Fuente: Elaboración propia

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

Fomentar la cultura de llegada en el horario de consulta en los pacientes	Todo el personal de salud que intercambia con los pacientes y sus familiares	Informando y dialogando al respecto con los pacientes y familiares	Porque las personas llegan antes o después y quieren recibir atención inmediata	CEA	Mayo 2013- Hasta tanto no se verifiquen cambios
Aumentar la exigencia a los médicos tanto del CEA como del GAL en el control de indisciplinas que afecten la satisfacción de los pacientes	Dirección del CEA-GAL	Tomando medidas en caso de indisciplinas	Porque los pacientes en ocasiones esperan porque el médico no llega a tiempo a la cirugía o a consulta sin motivos que la dirección conozca	CEA	Permanente

Anexo 53: Plan de mejoras para criterios relevantes de los pacientes relacionados con enfermeros y personal de servicios

Fuente: Elaboración propia

Plan de mejoras para criterios relevantes de los pacientes: Los enfermeros y el personal de servicios no se expresan de manera adecuada					
¿Qué?	¿Quién?	¿Cómo?	¿Por qué?	¿Dónde?	¿Cuándo?
Capacitar en materia de comunicación	Psicólogos del GAL	Ofreciendo talleres instructivos que demuestren la necesidad de comunicarse correctamente con los pacientes y alternativas para hacerlo	Porque los pacientes requieren atención específica, tienen diferente formación, edades, necesidades.	CEA	Julio de 2013
Valorar la posibilidad de compra de equipo de sonido para garantizar la mejora en la información a pacientes	Dirección del GAL	Analizando alternativas de compra	Porque la encargada de atender a los pacientes no tiene como comunicarse con la totalidad de estos de manera adecuada y cuidando su salud	CEA	Julio de 2013

Anexo 54: Plan de mejoras para criterios relevantes de los pacientes relacionados con infraestructura

Fuente: Elaboración propia

Plan de mejoras para criterios relevantes de los pacientes: El local de espera de consulta externa no tiene adecuadas condiciones					
¿Qué?	¿Quién?	¿Cómo?	¿Por qué?	¿Dónde?	¿Cuándo?
Valorar la posibilidad de ampliación del área destinada a la espera para consulta externa	Dirección del CEA- GAL	Consultando arquitectos para valorar alternativas	Porque el espacio es insuficiente dada la cantidad de pacientes-familiares que se reciben (100 diario como promedio)	CEA	Julio-Septiembre de 2013
Valorar la posibilidad de compra de bancos	Dirección del GAL	Analizando alternativas de compra	Porque la cantidad de bancos es insuficiente y es común encontrar familiares y pacientes de pie en espera de consulta (Capacidad para 68 personas sentadas)	CEA	Julio-Septiembre de 2013

