



**TESIS EN OPCIÓN AL TÍTULO ACADÉMICO
DE MASTER EN CALIDAD**

**“Procedimiento para la mejora continua de la calidad
percibida en la atención a pacientes hipertensos”**

Autor

Ing. Dayron Díaz Ferrer

Tutor

Dr. C. Ing. Fernando Marrero Delgado

Sancti Spíritus, 2013

“Año 55 de la Revolución”

**“Cuando se es joven, se crea. Cuando se es inteligente, se produce.
No se adapta, se innova: la medianía copia; la originalidad se atreve”**

José Julián Martí y Pérez

***A mis padres,** que con su inigualable apoyo,
dedicación y entrega hicieron posible la realización de este sueño.*

De pequeño me surgían preguntas para las cuales no tenía respuesta, con el tiempo fueron apareciendo y pude ver la importancia de cada uno de los elementos de nuestro mundo, que por pequeños sean, todos son necesarios, la vida no difiere mucho y hoy quiero agradecer a todos los que de una forma u otra me brindaron su mano, a mis compañeros de trabajo por saber ayudarme con mis tareas cuando el tiempo no parece alcanzar; a mis tutores por darme la confianza y el grado de profesionalidad requerido en mi estudio; a mis amigos por estar allí en cada momento de mi vida, por saber enseñarme la luz cuando solo hay oscuridad; a mi familia que por cerca o distante que este me hace saber que no estoy solo en el mundo; a mi madre, a mi padre; a mi hermana por aguantar cada capricho mío, por tener la paciencia de mostrarme que todo es posible; sólo me falta una persona por mencionar, una persona que aunque no está a mi lado, ha presente en todo lo que he caminado para llegar al final, gracias Yadira.

RESUMEN

Los instrumentos utilizados anteriormente por parte del Ministerio de Salud Pública de Cuba no son suficientes para dar una valoración profunda de los determinantes de la calidad del servicio, por tanto no generan suficientes fundamentos para la toma de decisiones racionales por parte de los directivos del sector, que permitan orientar estrategias y diseñar herramientas de mejora continua de la calidad. El autor de la presente investigación diseñó un procedimiento para la mejora continua de la calidad percibida del servicio en una institución de la Atención Primaria de Salud, adaptado a las condiciones actuales del sistema único de salud cubano, lo cual constituye el aporte teórico-metodológico del trabajo desarrollado.

La propuesta permitió conocer qué aspectos son indicativos de alta calidad para el paciente, los cuáles son imprescindibles para satisfacer sus necesidades e identificar en qué condiciones la calidad de servicio puede ser percibida como deficiente. También se vincula con el cumplimiento de los objetivos estratégicos propuestos para el país, de esta forma se logró un resultado integrador de los factores identificados con las causas de no calidad y las propuestas de mejora.

La herramienta se aplicó en el área de salud Centro del municipio Sancti Spíritus, evidenciándose su significación práctica, consistente en la posibilidad de emplearla, no sólo en dicha área de salud, sino también en otras de cualquier parte del país, a fin de evaluar la capacidad de gestión de los directivos y el logro de alta calidad en los servicios prestados a pacientes hipertensos.

Abstract

The instruments used by the Cuban Public Health Ministry are insufficient to answer a profound assessment of the quality and service's determinants, and they do not provide enough foundations to direct improvement's strategies. So that, managers do not take into account these instruments to improve the quality. The author of this research designs a procedure for the continuous improvement in quality in the health institutions. The methodological theoretical contribution of the research is that the designed procedure is suitable for the current Cuban conditions.

The proposal allows knowing the aspects that indicate high quality for users, which are essential to satisfy users' needs and also helps to perceive in what conditions the service's quality is deficient. The proposal is also related to the fulfillment of strategic objectives proposed by the country which provides a better result of integration of all factors. Besides it is analyzed the bad quality' causes and the proposals to improve it.

The practical significance consists in the possibility of this procedure's implementation in all health institutions of Cuba. In that way it is possible to assess the managers' ability to achieve a high quality in the hypertensive people's services. This tool was employed in the Centro area of Sancti Spíritus municipality.

Índice

	Página (s)
Introducción	1-7
CAPÍTULO I Marco Teórico y Referencial de la Investigación	8-40
1.1 Definición de Calidad. Antecedentes y evolución histórica	11-16
1.2 Generalidades sobre la Calidad de los Servicios	16-19
1.3 Características del servicio	19-21
1.4 Calidad percibida	21-22
1.5 Modelos de procedimientos de mejora continua de la calidad	22
1.5.1 Modelo Deming	22-24
1.5.2 Modelo Deming Baldrige	24-26
1.5.3 Modelo EFQM de Excelencia	26-30
1.5.4 Triángulo de la Calidad del Servicio	30-32
1.6 La calidad de los servicios de salud. Particularidades en la Atención Primaria	32-36
1.7 Calidad en salud. Particularidades cubanas	36-37
1.8 Atención integral al paciente hipertenso en Cuba	37-39
1.9 Conclusiones parciales	39-40
Capítulo II. Procedimiento para la Mejora Continua de la Calidad Percibida en la Atención a Pacientes Hipertensos	41-54
2.1 Características del procedimiento general para la mejora continua de la calidad percibida en la atención a pacientes hipertensos	41-43
2.2 Diseño del procedimiento general para la mejora continua de la calidad percibida en la atención a pacientes hipertensos	43-53
2.3 Validación del procedimiento según el criterio de experto	53-54
2.4 Conclusiones parciales	54
Capítulo III Aplicación del Procedimiento para Contribuir a la Mejora Continua de la Calidad Percibida en la Atención a Pacientes Hipertensos	55-64
3.1. Introducción	55
3.2. Aplicación del procedimiento general en la organización objeto de estudio	55-64
Conclusiones	65
Recomendaciones	66
Bibliografía	
Anexos	

Introducción

En la actualidad la calidad es un factor de éxito y además un determinante necesario para mejorar la competitividad cualquier organización o institución. La calidad del servicio es un requisito imprescindible para competir en las organizaciones de todo el mundo, ya que las implicaciones que tiene en la cuenta de resultados, tanto en el corto como en el largo plazo, son muy positivas. Tanto la investigación académica como la práctica, proporciona considerables beneficios en cuanto a atención al cliente, productividad, costes, motivación del personal, lealtad e interacción con nuevos clientes, por citar algunos de los más importantes. Como resultado de esta evidencia, la gestión de la calidad de servicio se ha convertido en una estrategia prioritaria y cada vez son más los que tratan de definirla, medirla y, finalmente, mejorarla.

De esta forma, la calidad del servicio se convierte en un elemento estratégico que confiere una ventaja diferenciadora y perdurable en el tiempo a aquellas que tratan de alcanzarla (Ruiz Olalla, 2007). La creciente importancia que representa el sector de servicios en las economías de todo el mundo ha sido, sin duda, la causa principal del aumento de la literatura sobre la calidad de los servicios en general. En ella se han tratado profusamente diferentes temas en los últimos años, uno de los cuales ha sido la medida de la calidad de servicio. Desafortunadamente, la definición y medida de la calidad han resultado ser particularmente complejas en el ámbito de los servicios, derivada de la naturaleza intangible de los servicios (Gronroos, 1994).

Aún así, la calidad se ha convertido en una pieza clave dentro de los sectores y su búsqueda ha llevado a numerosos investigadores a desarrollar posibles definiciones y diseñar modelos sobre la misma (Buttle, 1996). Diferentes modelos han sido definidos como instrumento de medida de la calidad de servicio es el SERVQUAL (Parasuraman, Zeithml y Berry, 1985, 1988) y el SERVPERF (Cronin y Taylor, 1992) los que mayor número de trabajos aportan a la literatura sobre el tema específicamente en lo relacionado a la calidad percibida.

La calidad percibida es un término dentro de las sucesivas transformaciones del término Calidad a lo largo del tiempo. En un primer momento se habla de Control de Calidad, etapa en la gestión de la calidad que se basa en técnicas de inspección aplicadas a producción. Posteriormente nace el Aseguramiento de la Calidad, fase que persigue garantizar un nivel continuo de la calidad del producto o servicio proporcionado y finalmente se llega a lo que hoy en día se conoce como calidad percibida, un sistema de gestión empresarial íntimamente relacionado con el concepto de mejora continua y que incluye las fases anteriores.

La ampliación del nivel de vida ha conllevado a aumentar las exigencias de servicio, por lo que se crea toda una serie de nuevas industrias de servicios, donde se incluyen: bancos, compañías de seguros, empresas de transporte, agencias de viajes, hoteles, restaurantes, estaciones de servicios, salones de belleza, talleres de reparación de automóviles, bufetes de abogados, economistas, consultores, agencias de publicidad, institutos educativos, empresas de informática, cines, videoclubes, gimnasios y balnearios, entre otras. Además, existen gran número de instituciones que pertenecen al sector público: hospitales, instituciones, escuelas, servicios públicos, entre otras.

La salud es, por encima de toda consideración, un tipo de organización que depende de la calidad de los servicios que presta. Su futuro depende de la capacidad que tenga de anticiparse a las necesidades reales de los pacientes y brindarles, en todos los órdenes, un servicio de calidad.

El sistema de salud cubano estuvo inmerso en la parte final de la década de los noventa y principios de los 2000, en significativas transformaciones, encaminadas a la gestión, adoptan cada día un sistema de dirección más acorde con las tendencias actuales que ha mantenido como una dirección estratégica el elevar la calidad de los servicios. La calidad de servicio en el sector sanitario es uno de los medios para diferenciar un área de salud de otra y es muy importante para conocer los elementos a tener en cuenta para que un servicio tenga calidad la opinión de los pacientes con vista a su medición

Han existido varias tentativas de medición de la calidad de los servicios en las áreas de atención en Cuba: Álvarez, O.; Rodríguez, M. y Díaz, Y (2006); Roca, M (2009); además, se efectúa periódicamente por parte del departamento provincial de Atención Primaria una encuesta que valora el conocimiento de los pacientes de todo los servicios así como la satisfacción de sus expectativas.

Para el sector salud cubano lograr la excelencia del servicio es un imperativo, si se trata de alcanzar una actividad sanitaria exitosa, desarrollar una alta calidad en los servicios y elevar la economía de la organización. Resulta evidente por investigaciones realizadas anteriormente, que actualmente dicha institución a pesar de las acciones aisladas que, por lo general, son orientadas y/o ejecutadas, o son intenciones locales por perfeccionar el funcionamiento de áreas concretas, no cuenta con herramientas para evaluar la calidad del servicio que brinda a los pacientes ni propone planes de mejora continua.

Los instrumentos utilizados por el ministerio de salud hasta la fecha, resultan insuficientes para dar respuesta a una valoración profunda de los determinantes de la calidad del servicio y no generan suficientes fundamentos sobre los cuales se puedan orientar estrategias de desarrollo. Debido esencialmente a que las herramientas diseñadas hasta la actualidad tienen limitaciones en su aplicación, fundamentalmente se orientan a una sola área de servicio, el lapso de tiempo para realizar los análisis es demasiado extenso, se deja a un lado el análisis integrador del cumplimiento de los objetivos estratégicos de la institución, donde se restringen las investigaciones solo a determinar cómo se encuentra la calidad, es decir medirla, no se valora de forma profunda las causas de la no calidad ni se logran planes de mejora continua de los procesos de servicio, además los instrumentos diseñados anteriormente se generalizan en todo el sistema de sanitario, lo que provoca que no exista uniformidad cuando se necesita dar una valoración de la calidad del servicio en un área de salud determinada.

En la actualidad cada vez resulta más frecuente encontrar estudios sobre calidad, elaborados sobre la base de documentos normativos de carácter internacional, por ejemplo la familia de las normas ISO 9000 (2008), que garantizan la fiabilidad de

los resultados y una adecuada orientación durante el proceso investigativo. Muchos de estos programas necesitan una previa transformación para que puedan ser aplicados con certeza a los pacientes hipertensos, ajustándolos a las condiciones concretas de las instituciones sanitarias cubanas. Lo antes expuesto constituye la **situación problemática** identificada que fundamenta la presente investigación.

A juicio de la autor, ese es el punto de partida que permite que se reflexione en la búsqueda de mecanismos adecuados para la valoración de la calidad percibida en los servicios, que conlleve a establecer una acertada dirección de los procesos encaminados a que se logre mayor eficiencia. Esto condujo a determinar el **problema científico** siguiente: ¿Cómo mejorar la calidad percibida del servicio en la atención a pacientes hipertensos?

Hipótesis de la investigación

Si se diseña un procedimiento para la mejora continua de la calidad percibida del servicio de atención a pacientes hipertensos, se dispondrá de un instrumento metodológico que contribuya a establecer acciones para la mejora de la calidad.

En este orden, se plantean los objetivos siguientes:

Objetivo general

Diseñar un procedimiento de mejora continua de la calidad percibida del servicio de atención a pacientes hipertensos.

Objetivos específicos:

1. Analizar la literatura especializada, que permita contextual los diferentes enfoques y bases teórico-prácticos, calidad en los servicios y su mejora continua, donde se particulariza en los servicios sanitarios, con el fin de construir el marco teórico y referencial de la investigación.
2. Diseñar un procedimiento para la evaluación de la calidad percibida del servicio de forma tal que se identifiquen las acciones necesarias para contribuir a la mejora en áreas de atención primaria de salud.

3. Aplicar el procedimiento de mejora de la calidad percibida del servicio de atención a pacientes hipertensos en el área salud Centro perteneciente al municipio de Sancti-Spiritus.

El aporte teórico-metodológico de la tesis está dado por la propuesta del procedimiento de mejora continua de la calidad percibida del servicio de atención a pacientes hipertensos, para responder y ajustarse a las determinantes de conformidad.

La significación práctica consiste en que es posible aplicar este procedimiento en todas las áreas de salud para conocer qué aspectos son indicativos de alta calidad para el paciente, cuáles son imprescindibles para satisfacer sus necesidades y en qué condiciones la calidad de servicio puede ser percibida como deficiente. Además, ofrece la oportunidad de evaluar la capacidad de gestión de los directivos de salud para dar cumplimiento a su objetivo estratégico de lograr alta calidad en los servicios, permite valorar el clima organizacional de las dependencias de salud que se determina por una parte, el tipo de cultura y liderazgo existente dentro del área que va a condicionar la actitud, disponibilidad, motivación, comportamiento, etc. del personal y, muy especialmente, de aquel que está en contacto directo con el paciente y permite considerar el diseño del sistema de comunicaciones internas.

La novedad científica y actualidad de la investigación radica en la propuesta de un procedimiento para la mejora continua de la calidad total en el servicio adaptado al caso de las instituciones sanitarias cubanas en el momento actual, que permita la medición, de manera fiable y válida, de las deficiencias de calidad en el servicio a partir de la identificación de los ítems más representativos en relación a las necesidades de los pacientes, lo que constituye el punto de partida para proponer acciones de mejora.

Se utilizaron diferentes métodos en la investigación, que incluyeron en el nivel teórico el dialéctico que permitió el estudio del problema en cuanto a contenido y esencia de los elementos que lo integraban, el histórico lógico para conocer los antecedentes, el desarrollo, y tendencias de la calidad percibida en la prestación de los servicios, enfocado en la atención a pacientes hipertensos, el análisis y la

síntesis la primera permitió el estudio de la literatura especializada en calidad y los documentos normativos y metodológicos establecidos para el proceso de atención en la hipertensión arterial, mientras que la síntesis facilitó el diseño del propio proceso de mejora continua de la calidad para el proceso de atención de pacientes hipertensos, otro método general de la ciencia a nivel teórico utilizado fue el hipotético-deductivo, a través del cual y mediante el criterio de experto se corroboró si realmente el proceso diseñado para la mejora continua de la calidad percibida cumplía con las expectativas del problema objeto de estudio práctico. En el caso de los métodos científicos generales de nivel empírico, se utilizaron análisis documental, interrogatorio, la entrevista, así como otros de naturaleza cualitativa para la identificación de problemas, de sus causas, así como para identificar y validar las soluciones propuestas.

El informe de la tesis cuenta con una introducción, tres capítulos, conclusiones, recomendaciones y anexos. El primer capítulo se lleva a cabo una revisión de las diferentes conceptualizaciones sobre la calidad del servicio en general y calidad percibida en particular, que han aparecido en la literatura de gestión de servicios. También se realiza un análisis de los modelos más reconocidos para la prestación de servicios surgidos en los últimos años. En el segundo se presenta la propuesta para el procedimiento de mejora de la calidad, mientras que en el tercero se presentan los resultados de la implementación parcial de dicho procedimiento en el área de salud Centro, objeto de estudio práctico de la investigación.

CAPÍTULO I MARCO TEÓRICO Y REFERENCIAL DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Introducción

El presente capítulo está dirigido a presentar el marco teórico conceptual que sustenta la investigación. Se realiza un bosquejo de la calidad de los servicios, sus antecedentes, evolución histórica, conceptos, definiciones del término y sus características fundamentales, así como un análisis de la calidad de los servicios como pilar fundamental en la organización, sustentado en estudios realizados para medir la calidad percibida de los servicios y en los diferentes modelos para medirla, son reflexiones sobre algunos procedimientos diseñados para la mejora de la calidad del servicio a nivel mundial, enfocada hacia los servicios de salud, se particulariza en la experiencia acumulada en Cuba. Su lógica está guiada por el siguiente hilo conductor:

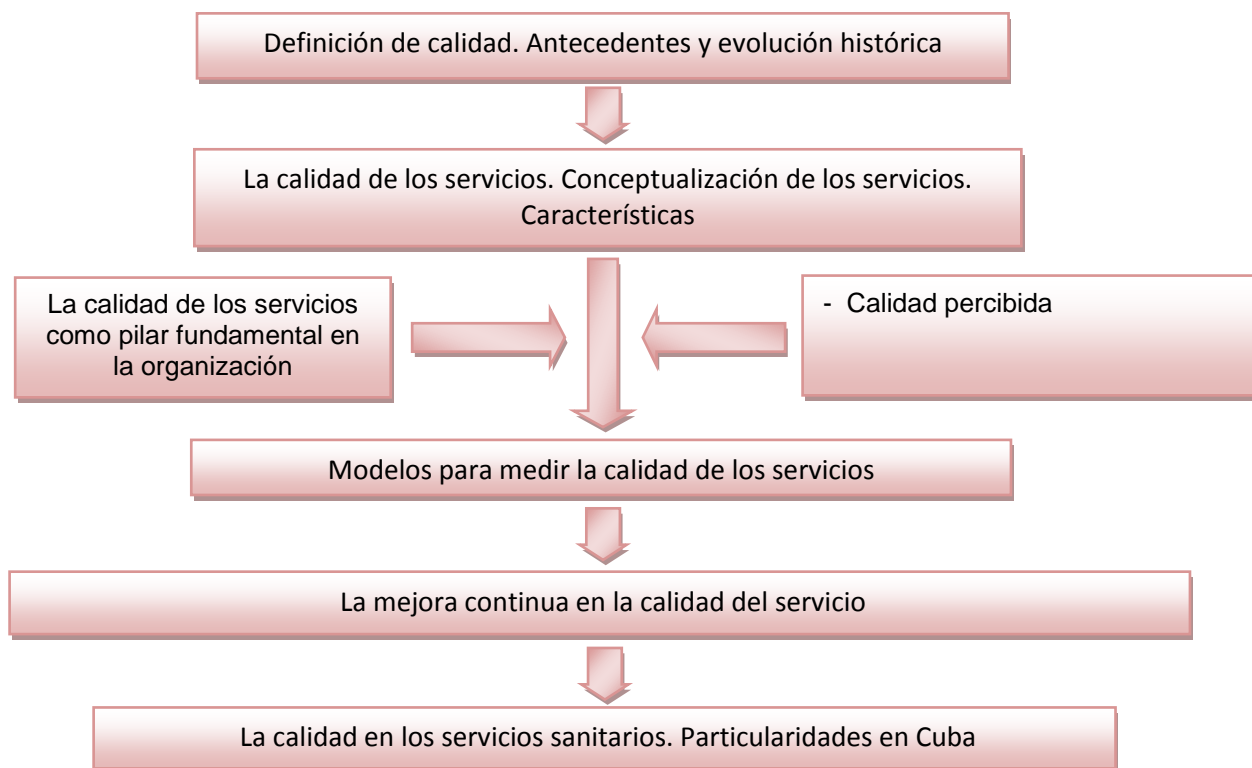


Figura 1.1 Hilo conductor del marco teórico y referencial.

1.2 Definición de Calidad. Antecedentes y evolución histórica

La expresión calidad, desde el punto de vista etimológico proviene del latín "*qualitas*" y fue empleado por primera vez por Cicerón para transmitirlo a la cultura griega (Moreno Ortega, 2008), también significa "cualidad, manera de ser", su significado castellano es "propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa, que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie".

Plutón, Cicerón y Aristóteles, entre otras personalidades históricas de la antigüedad clásica marcan su referencia en la evolución diacrónica de este concepto. En la literatura existen numerosas publicaciones sobre calidad, sin embargo su conceptualización presenta ciertas ambigüedades, en lo adelante se presentan definiciones de varios autores.

Feigenbaum (1995) precisa la calidad como la totalidad de rasgos y características de un producto o servicio respecto a su aptitud para satisfacer las necesidades establecidas o implícitas, agrega que está basada en la experiencia real del cliente con el producto o servicio, medida contra sus requisitos definidos o tácitos, operacionales o técnicos, así como en aquellos completamente subjetivos percibidos por clientes, en ambos casos representan objetivos dinámicos en el mercado competitivo.

Ruiz Olalla (2007), define este término como conjunto de atributos o propiedades de un objeto que permite emitir un juicio de valor acerca de él. La calidad es una filosofía que involucra a toda la organización, cuyo propósito es satisfacer las necesidades de los clientes y mejorarla continuamente. Esto le confiere un carácter estratégico con ventaja diferenciadora y perdurable en el tiempo para aquellos que tratan de alcanzarla.

En la actualidad la calidad se considera como la aptitud de productos y servicios deben para el uso que se les asigna, además debe igualar e incluso superar las expectativas que los clientes ponen en ellos, su objetivo final es satisfacer a los clientes desde el principio hasta el fin del proceso (Ruiz Olalla, 2007).

La conceptualización de la calidad del servicio inicialmente se centró en la realización de prestación y la adaptación a las especificaciones fijadas por los prestatarios,

ceñidas a la calidad del producto (Grönroos, 1982). Posteriormente el concepto se vincula de alguna forma a la noción del nivel de satisfacción con la realización del servicio, lo que genera una transformación del concepto, desde de una calidad objetiva a una subjetiva (Morin y Jallais, 1991).

La evolución conceptual ayuda a la comprensión de la necesidad de ofrecer mayor calidad del producto o servicio a la sociedad con la involucración de toda la organización en la consecución de este fin.

Las definiciones objetivas de la calidad fueron definidas por Garvin (1988), Crosby (1991), Ishikawa (1991), Juran (1993). Juran la concibe como ausencia de deficiencias que se presentan en el retraso a entregas, fallos durante los servicios, facturas incorrectas y cancelación de contratos de ventas, entre otros elementos. Este autor propone una trilogía para el manejo de la calidad definida en tres momentos: planeación de la calidad, control de la calidad y mejoramiento de la calidad.

Garvin (1988) realizó tres contribuciones relevantes: calidad objetiva, calidad subjetiva y calidad rentable, mientras que Crosby (1991) plantea que la calidad debe suplir los requerimientos del cliente, y que para lograrlo se precisa eliminar los defectos.

Ishikawa (1991) formula que la calidad significa respeto a la humanidad como filosofía gerencial y plantea que cuando la gerencia resuelve establecer el control de la calidad en la empresa tiene que normalizar los procesos y procedimientos, para luego delegar autoridad a los subordinados. Por lo anteriormente expresado se infiere que el principio fundamental de una gestión acertada es aprovechar la totalidad de las capacidades de los subalternos para la búsqueda de la excelencia, mediante la prevención de las causas que originan los defectos.

Las definiciones objetivas de la calidad que tradicionalmente se utilizaron en la industria de los bienes tangibles (Garvin, 1988; Juran y Gryna, 1993) y los criterios de gestión que se derivaron de ellas resultaron difíciles de aplicar en los servicios debido a las características particulares de este sector.

Por otra parte la norma UNE-EN-ISO 9000-1 (AENOR, 1994) expone que el aseguramiento de la calidad es el conjunto de acciones planificadas y sistemáticas

implantadas dentro del sistema de la calidad, demostrables, si es necesario, para proporcionar la confianza adecuada de que una entidad cumplirá los requisitos para la calidad.

Este enfoque supone una evolución que llevó la calidad desde una perspectiva estrecha a otra mucho más profunda, que incluía una gestión más amplia y la necesidad de mejor conocimiento de sus implicaciones en la fuerza trabajadora, la dirección y, por supuesto, en el cliente (Garvin, 1988). Consiste en el cumplimiento de una serie de normas específicas, las cuales recogen un conjunto de requisitos y directrices a seguir destinados a dirigir la actividad relativa a la gestión y aseguramiento de la calidad (Escrig, 1998), para de esta manera alcanzar la satisfacción del cliente.

A diferencia de enfoques anteriores, orientados fundamentalmente a la detección de errores, el aseguramiento de la calidad se centra en el proceso que siguen productos y servicios desde su origen, es decir, la calidad toma una orientación global hacia el control del sistema productivo (Pérez, 1994).

Dicho proceso se traduce en un sistema de calidad documentado que garantiza la realización de patrones estandarizados para detectar posibles defectos de producción, en tanto se proponen acciones correctivas que contribuyen con su eliminación del sistema. Para Padrón (1996), la documentación del sistema de calidad garantiza una política de calidad, procesos estandarizados, seguimiento de defectos, acciones correctivas y una revisión del sistema. De esta forma se puede conseguir, según Morales Sánchez (2003), la adecuada confianza de que el producto o el servicio cumpla con los requisitos de calidad para satisfacer a los/as consumidores/as.

Existen varios modelos a la hora de aplicar sistemas de gestión para conseguir un aseguramiento de la calidad, los cuales están estandarizados y gozan de una aceptación generalizada, como son las normas EN (European Norms), BSI (British Standards), UNE (Norma Española) o ISO (International Organization for Standardization), ésta última es la más popular y utilizada por el mayor número de empresas que pretenden, como principal objetivo, la adquisición del reconocimiento internacional.

La ISO produce normas técnicas de adhesión voluntaria y carácter específico, cuyas temáticas y sectores se amplían con el paso de los años, por lo que actualmente se aplican a cualquier tipo de organización o actividad orientada a la producción de bienes o servicios. Estas normas gozan de mayor relevancia y sirven de pilar de apoyo para el desarrollo y funcionamiento de la gestión de la calidad en una organización, al permitir la certificación del sistema de calidad de la empresa, lo que supone reconocimiento externo de la capacidad poseída en este sentido (Cruz, 2001).

Lo anteriormente expresado significa también que tanto los productos como los servicios ofrecidos se encuentran controlados y reglados, además de permitir utilización eficiente de los recursos disponibles, reducción de costes y mejora continua de la calidad (López, 1996).

Los sistemas de gestión basados en las normas ISO 9000 (2008) poseen ocho principios básicos: organización enfocada al cliente, liderazgo, participación del personal, orientación a los procesos, enfoque del sistema a la gestión, mejora continua, enfoque objetivo hacia la toma de decisiones y relación mutuamente beneficiosa con el proveedor.

El modelo de aseguramiento de la calidad en la norma ISO 9001 (2008) se usa para demostrar que los productos o servicios se realizan según se indica en el manual y los procedimientos de calidad de la empresa, usándose en un marco prescriptivo en el sentido que una empresa adquiere el derecho a exhibir el certificado durante un año, o más si es revisado. El modelo descrito anteriormente puede ser punto de partida para llegar a la excelencia empresarial, en competencia con los modelos del premio europeo (EFQM) y americano (Malcolm Baldrige) (Griful y Canela, 2004).

1.3 La calidad de los servicios. Conceptualización de los servicios. Características

Hasta 1980 la mayor parte de la literatura sobre calidad se centraba en el producto físico, algo que debía ayudar al cliente en la compra de un producto o bien para su posterior utilización. La palabra servicio se concebía como algo secundario relacionado con plazos de pago, modo de empleo, garantía,

reparaciones, mantenimiento, entre otros elementos, otras veces se usó para designar aquellas prestaciones gratuitas relacionada con la adquisición de un producto.

Producto del incremento exigido las condiciones de vida actuales en las últimas décadas el mundo evoluciona hacia sociedades de servicios, las cuales requieren más y mejores prestaciones, por dicha razón muchas empresas encargadas de tales fines experimentan un incremento y desarrollo explosivo desde el sector público y privado. Este desafío involucra a entidades prestadoras de servicios de todo tipo a la sociedad, entre ellas se encuentran las encargadas de: abasto de agua, energía, transportación, alimentación, vivienda, finanzas, aseo urbano, estética, jurídicos, económicos, publicitarios, informáticos, ocio y entretenimiento, así como las educacionales, deportivas y sanitarias.

La industria de los servicios es de gran importancia por asegurar empleo a más de las dos terceras partes de la población. Los argumentos anteriores son suficientes para dejar atrás la concepción de los servicios como un subproducto y entender que el servicio es el producto en sí.

El autor de la investigación es consciente de la pertinencia que para el estudio tiene la definición de servicio que aparece en la NC ISO 9000:2005 por considerar este proceso como actividad económica y sistema de relaciones sociales. Varios autores exponen sus criterios acerca de las características de los servicios y su contraste con los procesos productivos (Zimmerman, 1993 y Chase, 2000), mientras que el énfasis en su naturaleza interactiva es planteado por otro autor (Noda Hernández, 2004).

Debido al carácter intangible del constructo *calidad del servicio*, se ha comprobado que una empresa suele tener dificultades para comprender como la perciben sus clientes (Zeithaml, 1991). Es así, como la calidad se convierte en un elemento clave dentro del sector terciario y su búsqueda lleva a numerosos investigadores a desarrollar posibles definiciones y diseñar modelos sobre la misma (Buttle, 1996).

En la década de los años 90 del pasado siglo, Díaz de Santos (1990) planteaba que la dinámica competitiva de las empresas se centra cada vez más en las

estrategias de servicios convirtiéndose éste en elemento estratégico de su competitividad, hoy día esta afirmación mantiene su vigencia.

Kotler (1997) plantea que las empresas de servicios deben desarrollar tres tareas en sus programas de relación con los consumidores: incrementar la diferenciación competitiva, superar la productividad y mejorar la calidad de las prestaciones.

El cliente resulta ser un elemento primordial y su presencia es absolutamente indispensable pues sin este el servicio no puede existir. La empresa de servicio debe estudiar las necesidades, deseos, expectativas y el comportamiento del cliente para poderlo satisfacer.

El soporte físico resulta ser el soporte material que es necesario para la producción de un servicio y del que se sirven el personal en contacto y los clientes. Este soporte físico posee dos grandes categorías: los instrumentos necesarios para realizar el servicio y el entorno material en que este se desarrolla. Eiglierd y Langeard (1989) indicaron que, cuando existe mucha demanda, son muy importantes las tecnologías en servicio y el servicio a domicilio para un buen funcionamiento de la servucción.

El personal en contacto está constituido por la persona o las personas empleadas por la empresa de servicio y cuyo trabajo requiere el estar en relación directa con el cliente. Éste debe contribuir a la satisfacción del cliente (Díaz, 2001; Díaz y Díaz, 2002; Pérez, 2004; Veliz y Díaz, 2006; Álvarez, Rodríguez, y Díaz, 2006; Martínez y Martínez, 2008; Roca, 2009) y se considera el elemento central de la servucción. El personal en contacto tiene un doble papel: una función operacional y una función relacional. La función operacional es el conjunto de operaciones que deben ser efectuadas por este personal y que son traducidas por instrucciones muy precisas dadas a este personal. La función relacional es el desempeño de manera agradable de sus funciones. El personal en contacto constituye el pilar fundamental de una organización pues de su buen desempeño depende en gran medida el éxito de la institución.

Todos estos elementos revisten gran importancia para el cliente y deben ser objeto de un control preciso y riguroso por parte de la dirección, la cual debe tener

en cuenta el campo operacional y el relacional a la hora de invertir en un programa de formación.

El servicio constituye el objetivo del sistema y es resultado de la interacción entre los tres elementos base: el cliente, el soporte físico y el personal en contacto. La resultante en prestación del servicio debe ser favorable para sí satisfacer la necesidad del cliente.

Es importante destacar que estos seis elementos del sistema de servucción son importantes cuando existe un nivel de contacto elevado entre clientes y la empresa, en este caso, el cliente necesariamente tiene que estar presente en la prestación del servicio y participan activamente con la organización y su personal durante la entrega del servicio. Conocer los elementos del sistema de servucción es imprescindible para proporcionar un servicio de calidad, Barbosa (2007). Según Kotler (1997), la mejora de la calidad del servicio constituye una estrategia clave de éxito para las empresas del sector servicio.

1.3.1 Características del servicio

Kotler (1997) identifica diversas características de los servicios como: intangibilidad, carácter inseparable, variabilidad y carácter perecedero. A continuación se explican cada una de ellas:

- **Intangibilidad**

A diferencia de los bienes físicos, los servicios no se pueden experimentar por los sentidos antes de su compra. Para reducir la incertidumbre, el comprador buscará signos que evidencien la calidad del servicio, fijándose en el lugar, personas, equipo, material de comunicación, símbolos y precios de venta.

Mientras quienes venden productos tienen que añadir ideas abstractas, quienes venden servicios tienen que añadir evidencias físicas sobre sus ofertas abstractas.

- **Carácter inseparable**

Los servicios se producen y consumen al mismo tiempo. Si el servicio lo presta una persona, ésta es parte del servicio. Dado que el cliente está también presente

en el servicio, la interacción suministrador-cliente es esencial. Tanto suministrador como cliente afectan al resultado final del servicio.

- Variabilidad

Los servicios son altamente variables, ya que dependen de quién lo suministre, cuándo y dónde. Por eso los compradores de servicios son conscientes de la alta variabilidad y con frecuencia se informan antes de seleccionar el suministrador de un servicio.

Este autor considera que dada la variabilidad se puede llevar a cabo tres pasos para asegurar el control de calidad:

1. Invertir en una buena selección del personal y su formación.
2. Estandarizar el suministro del servicio a través de una buena organización.
3. Medir satisfacción del cliente mediante sugerencias, quejas, investigaciones al cliente, de tal forma que puedan detectarse o corregirse los servicios mal desarrollados.

- Carácter perecedero

Los servicios no se pueden almacenar. Este carácter no es un problema cuando la demanda es estable, porque se puede preparar los servicios previamente, pero cuando la demanda fluctúa, las empresas de servicios pueden tener problemas.

En el proceso funcional del servicio se destaca que la valoración del mismo debe ser analizada y evaluada por diferentes vías, así como considerar que los resultados son nuevos elementos para la retroalimentación o aprendizaje, que enriquecen y perfeccionan el proceso de forma cíclica.

Es importante insistir que la entidad que trabaje con el concepto de proceso funcional de servicio debe valorarlo sistemáticamente para que se produzca la retroalimentación y el aprendizaje previsto: si la satisfacción del cliente (salida del proceso) no ha sido plena, revisar cada paso de dicho proceso y determinar en qué fase pueden introducirse variantes que cumplan las expectativas del cliente. La insatisfacción de un cliente ante el servicio prestado, requiere revisar todo el proceso del servicio; hasta el detalle, analizar las causas y dónde y por qué se produjo el error, es obvio que se impone actuar de inmediato, porque se conoce

las implicaciones que trae un cliente insatisfecho, lo que afectará la imagen de la instalación.

1.4 La calidad de los servicios como pilar fundamental en la organización

La calidad del servicio es la base de la supervivencia de una empresa: la competencia y la existencia de clientes cada vez mejor informados son dos factores que contribuyen a este concepto (Cerezo, 1997).

En la medida en que las organizaciones tengan más dificultades para encontrar ventajas con las que competir, mayor atención tendrán que dedicar al servicio como fuente de diferenciación duradera (Ruiz Olalla, 2007).

Las empresas de servicios podrán diferenciarse por desarrollar un entorno físico superior en el cual se preste el servicio, es decir, la empresa debe “tangibilizar el servicio”, esto puede lograrlo, por ejemplo, a través de la incorporación de instalaciones, mobiliario o equipamiento atractivo, la utilización de información visible sobre los servicios que presta la institución y finalmente diseñar un proceso de entrega superior.

Dentro los aspectos más importantes en que se fija el cliente cuando se dirige a una empresa de servicios están la entrega por parte de la entidad de un servicio con calidad. Para ello es necesario investigar los criterios específicos de los clientes para cada servicio concreto. La calidad es el eslabón primario para obtener ya sea una productividad creciente como para el logro de la diversificación competitiva (Kotler, 1997). Labouchex (1990), en investigaciones y experiencias vinculadas a un estricto trabajo con empresas que logran asegurar con éxito una calidad de servicio infalible para su clientela, ha comprobado la presencia de cinco elementos clave para que una empresa pueda tener buena calidad de servicio.

El primero es la atención a la calidad. Se trata, mediante este esfuerzo, de asegurarse de que todo el personal en la empresa tiene una definición común y compartida de la calidad de servicio. Los ingredientes básicos de la atención a la calidad de servicio son: identificar para cada categoría de cliente sus expectativas en lo que se refiere al servicio, transformar esas expectativas en exigencias y

comunicar al conjunto de la empresa el nivel de calidad de servicio que ha sido fijado.

El segundo es la atención al cliente. Esto significa que la empresa debe asegurarse de que el cliente es considerado en la organización como la prioridad número uno y constituye un punto de convergencia único e innegable del trabajo y de los esfuerzos de todos; este es un factor clave para mejorar la calidad de servicio.

El tercer elemento es la atención al personal en contacto. Se trata de ocuparse del personal que está en contacto con el cliente a fin de que pueda servir a este de forma amable y pueda ser eficaz en su trabajo, o sea la empresa debe: pedir al personal en contacto que contribuya al programa de calidad, proporcionarle los medios de hacer su trabajo excelentemente, desarrollar un sistema de tutoría de modo que los antiguos formen a los nuevos y les ayuden a integrarse a la empresa, hacer que el resto del personal de la empresa sirva al personal en contacto, reconocer y recompensar la eficacia excepcional de las personas que han contribuido a la calidad y dar al personal en contacto autoridad para solucionar los problemas.

El cuarto elemento supone asegurar que el mensaje comunicado a sus clientes esté de acuerdo con el nivel de servicio dado. Se trata de un esfuerzo particular para evitar la mala interpretación de la calidad de servicio que puede tener el cliente y así evitar falsas expectativas, es decir lo que se comunica debe estar de acuerdo con el nivel de calidad del servicio que necesita el cliente.

El último elemento es la atención para gestionar la calidad, es decir es el modo de cómo los directivos dirigen al personal y a los equipos en las tareas cotidianas, lo que contribuye a la verdadera implicación del personal en la gestión de la calidad del servicio. Estos cinco esfuerzos son totalmente interdependientes para asegurar el éxito de un buen procedimiento de calidad de servicio.

Los líderes del servicio creen que la alta calidad siempre produce resultados positivos en la línea final de sus estados financieros. Sin embargo, muchos ejecutivos no están tan seguros de ello y de hecho pueden estar en lo cierto

debido a que las inversiones que se realizan para mejorar el servicio pueden no llegar a convertirse en beneficios. En la actualidad mejorar el servicio desde la óptica del cliente es lo que produce beneficios: cuando las inversiones que se realizan conducen a una mejora en el servicio percibido por los clientes entonces la calidad se convierte en una estrategia de beneficios.

Es el nivel de prestación del servicio lo que distingue a una empresa de servicios de las otras (Parasuraman, Zeithaml y Berry, 1993) por ello brindar un servicio con calidad produce beneficios porque crea verdaderos clientes, clientes que se sienten contentos al seleccionar una empresa después de experimentar sus servicios, clientes que comprenden más, que sean más leales, clientes que utilizarán la empresa de nuevo y que hablarán en términos positivos con otras personas, trae mayor productividad y más motivación en el personal, garantiza un espacio de mercado para la empresa o institución, transmite una mayor sensación de protección a los consumidores y, en consecuencia, se logra una posición competitiva privilegiada. Solanelles (2003) plantea que la calidad del servicio se relaciona estrechamente con la satisfacción del cliente y que cuanto más satisfecho se sienta un cliente más reconoce el servicio: más calidad más satisfacción, más participación, más fidelidad, más ventas, mejor precio y más rentabilidad.

1.5 Calidad percibida

La actual relación oferta/demanda potencia el rol del cliente como único juez y evaluador de la calidad por lo tanto, los métodos tradicionales utilizados para medir la calidad que no contemplaban el criterio del cliente se descartaron, estos son los que califican la calidad (Parasuraman, Zeithaml y Berry, 1993). La calidad se entiende entonces como: *“la conformidad a la necesidad real del cliente”* (Collet, Lansier y Ollivier, 1989) haciendo referencia que existe únicamente en la mente del cliente (Bailey, 1991). Por tanto, al hablar de calidad de servicio se debe agregar un adjetivo importante para este sector: percibida (Pons, Díaz, Morales y Rodríguez, 2003). De esta forma, existen dos aproximaciones de calidad percibida y pueden ser definidas como *“los juicios del consumidor acerca de la excelencia o superioridad global del producto”* (Zeithaml, 1988), o bien como

“conveniencia para el uso cubriendo las necesidades del cliente” (Steenkamp, 1990). De las dos definiciones señaladas solamente la primera permite adaptación a los servicios con base en sus especificaciones, la segunda perspectiva es una definición apropiada para los productos (Koelemeijer, Roest y Verhallen, 1993).

La primera aproximación permite definir la calidad percibida de acuerdo con Zeithaml (1988) como:

- diferente de la calidad objetiva
- un nivel de abstracción más alto que un atributo específico de un producto
- una valoración global que en algunos casos semeja la actitud
- un juicio hecho habitualmente dentro de un conjunto evocado.

Varios autores definen calidad percibida, en este sentido Eiglierd y Langeard (1989) plantean que: “un servicio de buena calidad es el que, en una situación dada, satisface al cliente”. Si se acepta esta definición se debe observar ante todo que la calidad se expresa globalmente, y está directamente en función de la satisfacción del cliente con la prestación en su conjunto.

Romero (2002) expresa que calidad percibida “es el proceso psíquico mediante el cual se reflejan los diferentes elementos que intervienen en el servicio en forma de imágenes concretas e inmediatas y manifestadas a través de juicios del consumidor sobre la excelencia de una organización en la que se satisfagan, superen o no sus necesidades o deseos”.

El concepto de calidad de servicio se vincula a las percepciones y expectativas de los consumidores, a pesar de que no existe consenso en su determinación. Cuando una organización de servicios decide ofrecer un nivel de calidad, debe asegurarse de que las exigencias y estándares establecidos sean cuidadosamente cumplidos y asegurarse de ello a través de la prevención de errores, control de la calidad, así como con la formación y motivación de los proveedores del servicio.

1.6 Modelos más difundidos para determinar calidad de un servicio

A continuación se refieren los modelos de calidad percibida más reconocidos en la literatura sobre el tema.

1.6.1 Modelos de calidad percibida

Un modelo de calidad del servicio es una representación simplificada de la realidad, que toma en consideración aquellos elementos básicos capaces de explicar convenientemente el nivel de calidad alcanzado por una organización desde el punto de vista de sus clientes (Parasuraman *et al.*, 1993).

Entre los modelos conceptuales existentes están: Calidad total percibida” (Grönroos, 1988); Evaluación del contacto de servicio (Bitner, 1990), Calidad de los servicios (Nguyen, 1991); Multietapa de valoraciones de los clientes de calidad de servicio y valor (Bolton y Drew, 1991); Calidad en el servicio percibida (Parasuraman, Zeithmal y Berry, 1993), desarrollados para comprender la definición y formación de las percepciones sobre calidad de servicios, así como para su medición.

Modelo “La calidad total percibida” de Grönroos (1988)

Grönroos (1988) define la calidad de servicio percibida a partir del vínculo entre las experiencias en calidad con sus expectativas (Anexo 1 figura 1). Este autor agrega que las expectativas son función de factores tales como: la comunicación de mercado, la imagen corporativa local y las necesidades del cliente; la calidad experimentada por el cliente depende de la imagen que este tenga y, a su vez, por dos componentes distintos: la calidad técnica y la calidad funcional. La calidad técnica hace referencia a todo lo que concierne al soporte físico, los medios materiales, la organización interna, sería lo “qué” el consumidor recibe. La calidad funcional aborda la forma en que el consumidor es tratado en el desarrollo del proceso de producción del servicio, sería el “cómo” se recibe.

Modelo “Evaluación del contacto de servicio” de Bitner (1990)

Bitner (1990) describe la calidad de servicio percibida como una consecuencia de la experiencia satisfacción/insatisfacción (Anexo 1, figura 2). Dicho modelo indica

que el paradigma no confirmatorio (de la disconformidad) se da entre las expectativas del servicio en su actitud inicial y las características del servicio percibida en una transacción lo que afecta a la experiencia de satisfacción/insatisfacción y, posteriormente, a la calidad de servicio percibida, derivándose de esta última la comunicación boca-oído, el cambiar de servicio y la fidelidad.

Modelo conceptual de la calidad de los servicios de Nguyen (1991)

Nguyen (1991) se inspira en el sistema de servucción (Anexo 1, figura 3). Se estructura a partir de las relaciones entre los componentes: imagen de la empresa, resultado del personal en contacto, organización interna de la servucción, soporte físico de la servucción y la satisfacción del cliente, para explicar la evaluación de la calidad de un servicio hecha por el consumidor. Estas relaciones se desarrollan solamente entre los distintos componentes y la calidad de servicio percibido de modo que se supone que cuanto mayor sea la percepción del cliente en cada uno de los componentes del modelo, mayor será la percepción de calidad de servicio, por tanto la hipótesis inicial se basa en la consideración de las variables anteriores como factores explicativos de la variable dependiente calidad de servicio percibida. Ahora bien, lo que sucede con este modelo es que desgraciadamente en la práctica no se muestra una relación causal simple entre sus variables pues existe una fuerte retroalimentación entre todos sus componentes; este modelo se inspira en el sistema de servucción y por tanto los sistemas en esencia no son más que elementos relacionados entre sí.

Modelo multietapa de valoraciones de los clientes de calidad de servicio y valor de Bolton y Drew (1991)

El modelo de Bolton y Drew (1991) presenta la calidad de servicio percibida como la disconformidad que existe las expectativas del cliente en relación al servicio y las percepciones de las características por niveles de componentes (Anexo 1, figura 4). Los autores asumen que las expectativas del cliente se forman por la comunicación boca-oído, las necesidades personales del cliente y sus experiencias pasadas. Agregan que las percepciones se evalúan en base a

atributos y dimensiones del servicio y que dichos atributos se pueden clasificar en atributos organizacionales y atributos de ingeniería.

De la disconformidad entre las expectativas de los clientes y las percepciones en base a dichos atributos y dimensiones, el cliente quedará satisfecho o insatisfecho y, resultado de varias satisfacciones, el cliente percibirá calidad en el servicio, lo cual llevará al cliente a reconocer que el servicio tiene valor desde su punto de vista y llevará a cabo conductas post-compra. Bolton y Drew (1991 a) declaran que la calidad de servicio que percibe el cliente, así como el valor del servicio, depende de las características del cliente y de la consideración por parte de la empresa de no tener ventas con pérdidas.

Modelo de calidad en el servicio percibida de Parasuraman, Zeithaml y Berry (1993)

En el modelo de Parasuraman, Zeithaml y Berry (Anexo 1 , figura 5) se distinguen dos partes claramente diferenciadas pero relacionadas entre sí:

1. La primera hace referencia a la manera en que los clientes se forman una opinión sobre la calidad de los servicios recibidos.
2. La segunda refleja las deficiencias que pueden producirse dentro de las organizaciones, lo que provoca una falta de calidad en el suministro a los clientes.

El resultado de la investigación de los autores es un modelo que presenta cinco deficiencias identificadas como el origen del déficit de la calidad de servicio. Las deficiencias de la uno a la cuatro que se presentan en las empresas proveedoras de servicio juegan un papel significativo en la puntuación de la calidad que tiene como base las dimensiones de expectativas y percepciones que tiene el cliente.

El modelo de las deficiencias posee cinco brechas o también llamadas Gap que son desarrolladas en el anexo 2.

La calidad del servicio, desde la óptica de las percepciones de los clientes, se define como la brecha que existe entre las expectativas o deseos de los clientes y sus percepciones (Maza, 2002), y dicha diferencia o brecha se puede representar como una variable multidimensional (Díaz, 2003).

El instrumento de medición SERVQUAL, fue desarrollado a principios de los años 80 por Valirie A Zeithalm, A. Parasuraman y Leonard L Berry, en el Marketing Science Institute de Cambridge, Massachussets.

Según Vogel (2003) con SERVQUAL, un cliente valorará negativamente o positivamente la calidad de un servicio en el que las percepciones que ha obtenido sean inferiores o superiores a las expectativas que tenía. Por ello, las organizaciones prestadoras de servicios donde uno de los objetivos es la diferenciación mediante un servicio de calidad, y deben prestar especial interés al hecho de superar las expectativas de sus clientes.

A la aseveración anterior de otro autor (Parasuraman *et al.*, 1985) añade que si la calidad del servicio es función de la diferencia entre percepciones y expectativas, tan importante es la gestión de unas como de otras. Esto aparece en su definición del modelo SERVQUAL donde se considera que la calidad del servicio es una noción abstracta debido a las características fundamentales del servicio, pues éste es intangible, heterogéneo e inseparable.

El modelo SERVQUAL distingue la calidad esperada de la calidad percibida, a partir de la observación de cuatro factores que implican la ausencia de calidad:

1. La ignorancia de las expectativas del cliente por parte de la empresa.
2. La inexistencia de normas.
3. La discordancia entre las normas.
4. El incumplimiento de las promesas por parte de la empresa.

Parasuraman *et al.* (1985) propusieron como dimensiones subyacentes integrantes del constructo calidad del servicio los elementos tangibles, la fiabilidad, la capacidad de respuesta, la seguridad y la empatía, como las dimensiones definitivas para SERVQUAL. La síntesis de estos diversos enfoques lleva a considerar que la satisfacción del cliente el elemento predominante de la calidad percibida, la definición de calidad de servicio que se debe adoptar sería la minimización de la distancia entre las expectativas del cliente con respecto al servicio y la percepción de éste tras su utilización.

Varios de los postulados teóricos básicos, analizado por los modelos anteriores, pueden tomarse en consideración en las empresas cubanas de servicios para lograr calidad percibida del cliente. El autor es consciente de la importancia de los elementos analizados críticamente a la hora de realizar propuestas de procedimientos para la mejora de la calidad percibida del servicio en instituciones sanitarias.

1.7 Mejoramiento continuo en la calidad del servicio

El mejoramiento continuo es un proceso que describe muy bien lo que es la esencia de la calidad y refleja lo que las empresas necesitan hacer si quieren ser competitivas a lo largo del tiempo. A continuación (Cuadro 1.2) se presentan algunas definiciones de mejora continua según diversos autores:

Cuadro 1.2: Definiciones de Mejoramiento continuo por diferentes autores

Autor	Definición
James Harrington	Significa cambiar un proceso para hacerlo más efectivo, eficiente y adaptable, con el enfoque específico del empresario y del proceso.
Fadi Kabboul	Conversión en el mecanismo viable y accesible para que las empresas de los países en vías de desarrollo cierren la brecha tecnológica que mantienen con respecto al mundo desarrollado.
Abell	Mera extensión histórica de uno de los principios de la gerencia científica, que afirma que todo método de trabajo es susceptible de ser mejorado.
Sullivan	Esfuerzo para aplicar mejoras en cada área de las organizaciones, lo que se entrega a clientes.

Fuente: <http://www.monografías.com>

El autor de esta investigación coincide con la descripción que hace la Norma ISO 9000, donde establece que el mejoramiento continuo “Parte de las actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización, orientada a aumentar la capacidad de cumplir con los requisitos de la calidad” (NC ISO 9000: 2005).

La importancia de esta técnica gerencial radica en que con su aplicación se puede contribuir a mejorar las debilidades y afianzar las fortalezas de la organización.

A través del mejoramiento continuo se logra ser más productivos y competitivos en el mercado al cual pertenece la organización, por otra parte las organizaciones deben analizar los procesos utilizados, de manera tal que si existe algún inconveniente pueda mejorarse o corregirse; como resultado de la aplicación de esta técnica puede ser que las organizaciones crezcan dentro del mercado y hasta llegar a ser líderes.

La búsqueda de la excelencia comprende un proceso que consiste en aceptar un nuevo reto cada día de manera progresiva y continua, que se incorporan a las actividades que se realicen en la empresa a todos los niveles, de tal manera que el proceso de mejoramiento es un medio eficaz para desplegar cambios positivos que permitan ahorrar el patrimonio tanto de la empresa y de los clientes, ya que resulta obvio que fallas de calidad implican pérdida de recursos y deterioro de las expectativas de los clientes.

Es evidente que este proceso implica inversión en nuevas maquinaria y equipos de alta tecnología más eficientes, mejoramiento de la calidad del servicio a clientes, aumento de los niveles de desempeño del recurso humano a través de la capacitación continua, e inversión en investigación y desarrollo que contribuya a que la empresa esté al día con lo más novedoso respecto a las tecnologías existentes.

De acuerdo a un estudio en los procesos de mejoramiento puestos en práctica en diversas compañías en Estados Unidos, según Harrington (1987), existen diez actividades de mejoramiento que deberían formar parte de toda empresa, sea grande o pequeña: obtener el compromiso de la alta dirección, establecer un consejo directivo de mejoramiento, conseguir la participación total de la administración, asegurar la participación en equipos de los empleados, conseguir la participación individual, establecer equipos de mejoramiento de los sistemas (equipos de control de los procesos), desarrollar actividades con la participación de los proveedores, establecer actividades que aseguren la calidad de los sistemas, desarrollar e implantar planes de mejoramiento a corto plazo y una

estrategia de mejoramiento a largo plazo, establecer un sistema de reconocimientos.

1.8 La calidad en los servicios sanitarios. Particularidades en Cuba

La salud (del latín *salus*, *-ūtis*) es el estado de completo bienestar físico (biológico), mental (psicológico) y social, y no solamente la ausencia de infecciones o enfermedades ligeras, fuertes o graves, según la definición presentada por la Organización Mundial de la Salud en su constitución de 1946. Este concepto se amplía a: "Salud es el estado de adaptación de un individuo al medio en donde se encuentra." Algunas voces críticas, como Milton Terris, han propuesto la eliminación de la palabra "completo" de la definición de la OMS. En la salud, como en la enfermedad, existen diversos grados de afectación y no debería ser tratada como una variable dicotómica. Así, se reformularía de la siguiente manera: "La salud es un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades". También puede definirse como el nivel de eficacia funcional o metabólica de un organismo tanto a nivel micro (celular) como a nivel macro (social). En 1992 un investigador amplió la definición de la OMS, al agregar: "y en armonía con el medio ambiente".

De lo dicho anteriormente se infiere que la salud es un proceso complejo en el cual intervienen factores individuales y colectivos y que en última instancia tiene un determinismo social factores que influyen en la salud. Según el reporte "Una Nueva perspectiva de la salud de los canadienses" Marc Lalonde ministro de salud de dicho país en el año 1974 sugiere un modelo explicativo a partir cuatro determinantes generales, a los cuales denominó, "biología humana", "ambiente", "estilo de vida" y "organización del cuidado de la salud". De esta manera, la salud es mantenida por la ciencia y la práctica de medicina, pero también por esfuerzo propio para ganar en aptitud física, llevar una dieta saludable, manejar el estrés, no fumar o abusar de otras sustancias nocivas entre otras medidas son pasos para mejorar la salud de cualquier persona, es decir llevar estilo de vida saludables.

La biología humana se relaciona con elementos adquiridos en la vida del ser humano o con la información genética que cada individuo porta, lo cuales pueden proteger o favorecer la aparición de enfermedades. El ambiente como determinante incluye todos aquellos factores que provienen del exterior y sobre los cuales el ser humano "no tiene control". Un informe, publicado el 4 de marzo de 2008 por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), advierte que "la contaminación del aire va a tener efectos crecientes sobre la salud a nivel mundial"; y si no se hace nada para remediarlo como ha venido sucediendo hasta ahora, en 2030 "el número de fallecimientos prematuros relacionados con el ozono troposférico se multiplicará por cuatro."

En la práctica, estos sistemas varían ampliamente de un país a otro. La comparación de sistemas es el enfoque de la política e investigación actual de la asistencia sanitaria, pero generalmente los sistemas son comparados por la manera en que son financiados y manejados. Pueden ser financiados y manejados por el sector público, por el sector privado, en forma mixta o por entidades sin fines de lucro. Está integrado por diversos subsistemas: de administración de recursos humanos, financiero, estructural, político; donde intervienen elementos demográficos, socioeconómicas, científicos y éticos.

Para lograr el ambicioso objetivo de Salud para Todos, las naciones del mundo junto a la OMS, el UNICEF y las principales agencias financieras se comprometieron a trabajar por la cobertura de las necesidades básicas de la población con un planteamiento integral y progresista denominado APS. En esta conferencia se definió la APS como la "asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnología prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema

nacional de salud, y lleva lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria”.

El concepto de APS tenía entonces fuertes implicaciones sociopolíticas, primeramente apunta explícitamente la necesidad de una estrategia de salud integral que no sólo proveyera de servicios de salud, sino que afrontara las causas sociales, económicas y políticas de la falta de salud.

Por tanto Atención Primaria de Salud (APS) representa el nivel básico e inicial de atención a las personas, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda su vida, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos. Comprende actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social. La asistencia sanitaria se presta a demanda ya sea, programada o urgente y tanto en la consulta como en el domicilio de las personas, constituye el primer nivel de acceso de los ciudadanos a un sistema sanitario público.

1.9 Conclusiones parciales

1. El concepto de calidad de los servicios ha evolucionado con el decursar del tiempo deviniendo hoy en día, al decir de varios autores e instituciones, en su vinculación con percepciones y expectativas de quienes los utilizan, sin que exista consenso en su determinación. Varios autores aportan aspectos afines con calidad en general y de los servicios en particular.
2. En relación a la calidad percibida del servicio, los fundamentos teóricos, prácticos y normativos en el sector sanitario son limitados, no existen regulaciones para el ordenamiento del proceso de medición y mejora de la calidad percibida del servicio, ni se localizan procedimientos sistémicos e integrales científicamente argumentados.
3. Los criterios básicos se tomaron en consideración en los principales modelos de calidad analizados pueden ser valorados en consideración en las instituciones sanitarias, con la adecuación necesaria a las características del entorno cubano actual.

4. Las instituciones sanitarias cubanas deben considerar las características de los servicios y los elementos objetivos que los integran, así como la opinión, necesidades, expectativas y percepciones de pacientes y prestadores para poder involucrarlos con su calidad desde planificación de los servicios.

CAPÍTULO II. PROCEDIMIENTO PARA LA MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD PERCIBIDA EN LA ATENCIÓN A PACIENTES HIPERTENSOS

2.1 Introducción

No existe organización sin necesidad de adaptarse a las exigencias del entorno que la rodea, aún más en los momentos actuales de cambios rápidos a nivel mundial, con impacto en las percepciones y expectativas de los clientes. Si se toma en consideración que el aumento de la calidad de servicio depende de la capacidad de adaptación, se hace necesario dotar a las organizaciones de herramientas que le permitan mejorar su funcionamiento de forma continua.

2.2 Características del procedimiento general para la mejora continua de la calidad percibida en la atención a pacientes hipertensos

Para que el procedimiento propuesto pueda constituir una verdadera vía que sirva de soporte al proceso de la toma de decisiones debe poseer, como cualidad fundamental, un carácter autóctono sin dejar de incorporar, de manera creativa y pertinente, las mejores prácticas aplicadas a escala internacional, tanto en países del primer mundo como del entorno en que se desarrolle. Ambas cualidades de un procedimiento de este tipo, se definen, en gran medida, por los objetivos, el conjunto de principios básicos, las premisas y demás características que lo sustentan.

Objetivos del procedimiento

1. Evaluar el estado de la calidad percibida en la organización prestadora de servicios y de las condiciones en que se desarrollan las actividades.
2. Establecer los portadores de la mejora como vía para el logro de mayor efectividad del sistema y de la mejora continua.
3. Seleccionar y aplicar las técnicas y métodos adecuados para desarrollar los planes y programas existentes.
4. Proporcionar un programa integral de preparación para el personal dedicado a la prestación del servicio, que le permita trabajar y mejorarlo continuamente.

Principios que sustentan el procedimiento

El procedimiento desarrollado se sustenta en los principios siguientes:

- **Mejora continua** para garantizar la retroalimentación sistemática y lograr una serie de cambios pequeños e incrementales sin grandes inversiones, además de contribuir al desarrollo del concepto de calidad en la organización.
- **Flexibilidad** como expresión de la potencialidad de adaptación a los dinámicos cambios provenientes del entorno interno y externo, así como a los diferentes programas existentes en la organización, sin que se produzcan alteraciones significativas en su estructura, métodos y en los propios procedimientos de trabajo.
- **Participativo** referido a la interacción para el logro de las mejoras en la organización, por lo que está prácticamente presente en todos sus pasos, donde de una forma u otra se vinculan todos los niveles dirección y los trabajadores que ejecutan el trabajo directamente.
- **Integrador** concebido como la vinculación del sistema de calidad, en mayor o menor medida, con las diferentes áreas funcionales de la organización para ajustarse racionalmente a lo interno, así como a los elementos externos implicados con ésta.
- **Transparencia y parsimonia** es afín con la estructuración del procedimiento y su consistencia lógica, que a la vez que permite cumplir los objetivos para los cuales fue diseñado permite rápida asimilación por parte de las personas que se inician en su implementación por su sencillez, comprensibilidad y practicidad.
- **Coherencia y pertinencia** es la posibilidad de ser aplicado a nivel organizacional para mejorar su sistema de calidad, todo ello sin incumplir las relaciones obligadas con los planes y programas de desarrollo económicos y sociales del país y del territorio, en el caso de Cuba fundamentalmente de la provincia y de estrategia maestra nacional.

Premisas indispensables para la aplicación del procedimiento

1. La participación y patrocinio de la alta dirección como fuente de ideas y de impulso al proyecto.
2. El compromiso de los trabajadores involucrados en la toma de decisiones relativa a la mejora continua de la calidad percibida en la atención a pacientes hipertensos.
3. La disponibilidad de especialistas, ya sean internos o externos, con las competencias necesarias para enriquecer la aplicación del procedimiento.
4. La disponibilidad de la información necesaria para la aplicación de las diferentes técnicas utilizadas en el desarrollo del procedimiento.

Entradas del procedimiento

Como entradas el procedimiento tiene:

- Objetivos gerenciales.
- Datos e informaciones sobre las variables evaluadas para definir el nivel de calidad dentro de los planes y programas de la organización.

Las salidas del procedimiento incluyen:

- Factores Críticos de Éxito en la prestación de los servicios, así como su importancia relativa.
- Clasificación de la criticidad del factor humano, aseguramiento de la prestación de los servicios, a partir de las variables que caracterizan el entorno social.
- Identificación de actividades de la prestación del servicio factibles de mejorar.
- Selección modelos y el diseño de indicadores para la evaluación de la prestación de los servicios prestados.
- Realización de programas o planes para el mejoramiento de la calidad en la prestación de los servicios.

2.3 Diseño del procedimiento general para la mejora continua de la calidad percibida en la atención a pacientes hipertensos

El procedimiento general propuesto se deberá ver como un conjunto de herramientas, las cuales deben ser personalizadas para satisfacer las necesidades del proyecto de mejora continua de la calidad percibida en la atención a pacientes hipertensos. En la figura 2.1 se muestra el procedimiento propuesto, el cual es explicado detalladamente en los epígrafes siguientes.

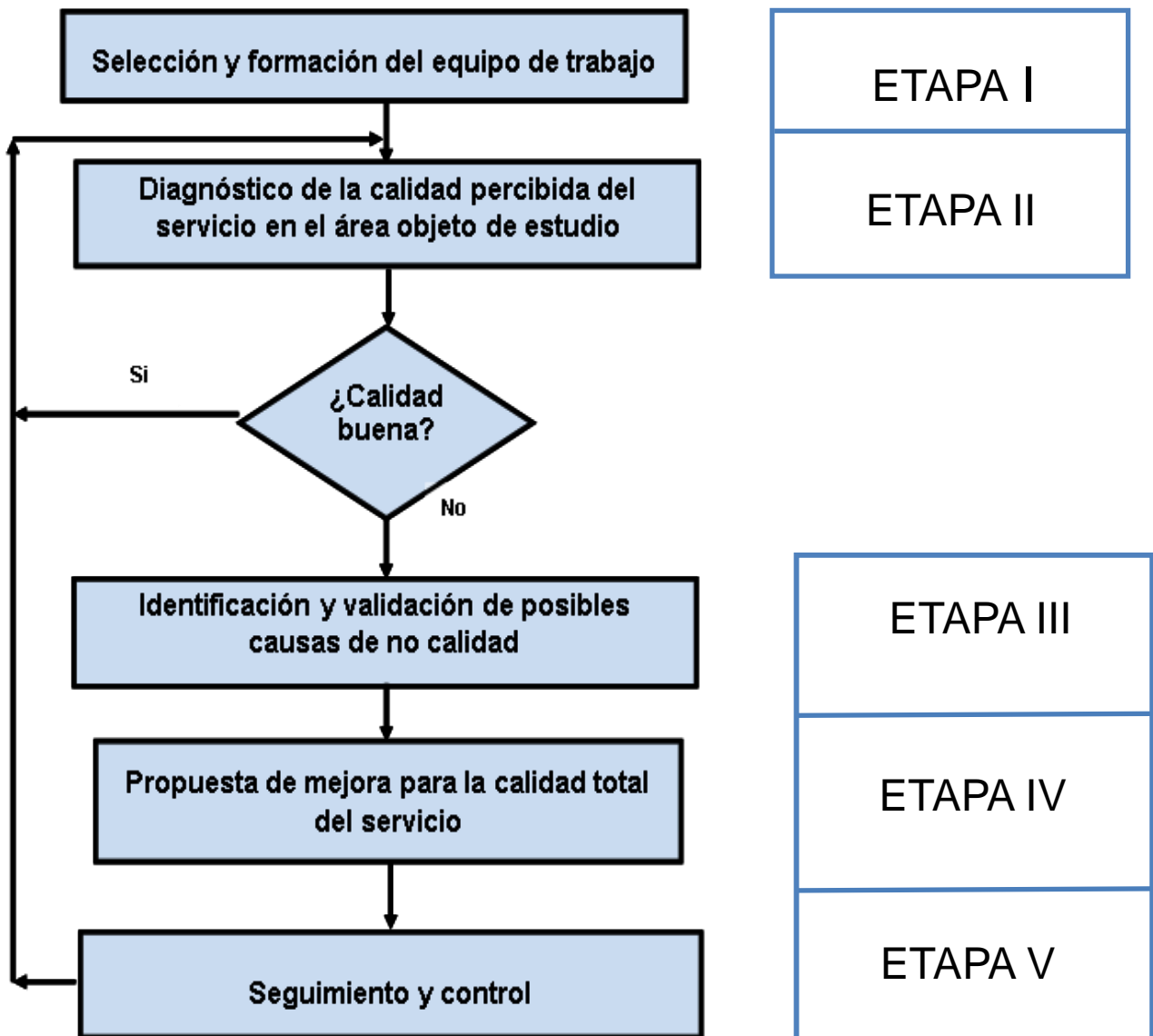


Figura 2.1 Procedimiento para la mejora continua de la calidad percibida.

Fuente: Elaboración propia

Etapa I: Selección y formación del equipo de trabajo

En esta etapa se selecciona un conjunto de personas con características similares, quienes estarían reunidos en torno a un coordinador. Para dicha selección se propone desarrollar los pasos siguientes.

a) Identificación de posibles miembros del equipo

Los candidatos a integrar el equipo deben ser identificados entre quienes posean características personales, intelectuales, sociales y psicológicas para que, de ser asignados, puedan desempeñar un papel específico o varios a la vez dentro del equipo. Para tales fines se deben utilizar los criterios: conocimiento, experiencia y habilidad en la gestión y prestación de servicios para la atención a pacientes hipertensos en la APS, así como la capacidad de trabajar con la multifuncionalidad o transversalidad que requiere el problema objeto de estudio, es decir que en todo lo posible contribuya a que el trabajo en equipo sea interdisciplinario e interjerárquico, con participación de todos los niveles para la búsqueda de soluciones efectivas y permanentes.

b) Conformación del equipo

Como paso previo a la reunión de conformación se informa individualmente los propósitos del trabajo, importancia de su participación y se pide su asentimiento para ser incluido como miembro y asumir el rol correspondiente. Durante la primera reunión se asignan las tareas y responsabilidades, se comunican las normas de trabajo, se fijan los objetivos, las actividades, así como los mecanismos de control, entre otros aspectos.

Como premisa se debe establecer que las personas asignadas, de acuerdo a habilidades y competencias específicas, desarrollen el trabajo sin ideas preestablecidas, rumbos prohibidos, presiones “orientadoras” y que las decisiones para cumplir los objetivos se tomen por consenso, siempre bajo la conducción de un coordinador. Por otra parte cada integrante del equipo debe cumplir con su responsabilidad y con las normas establecidas y sin perder la noción de equipo; para ello se debe garantizar que reúnan las características siguientes:

1. Capacidad para establecer relaciones satisfactorias con otros integrantes.
2. Comunicación verbal y extraverbal clara, concisa, concreta y suficiente.
3. Lealtad consigo mismo y con los demás.
4. Espíritu autocrítico y de crítica constructiva.
5. Responsabilidad para cumplir con los objetivos.
6. Capacidad de autodeterminación, optimismo, iniciativa y tenacidad.
7. Inquietud para el perfeccionamiento y la superación.
8. Adaptabilidad a los cambios internos y externos del contexto.

c) Definición de la estructura del equipo

La composición del equipo de trabajo se propone que sea la siguiente:

- Coordinador de equipo como responsable general y regente del proceso de identificación, análisis causal y del diseño y control de las acciones para la resolución de los problemas detectados.
- Secretario con responsabilidad administrativa del control de las actividades del equipo.
- Miembros, quienes utilizando sus capacidades intelectuales, características sociales, psicológicas y de personalidad identifican problemas, causas, encuentran soluciones y las implementan de manera efectiva y permanente.
- Especialistas incluidos ocasionalmente para asesorar a los miembros del equipo sobre cuestiones concretas.

Etapa II: Diagnóstico de la calidad percibida en el servicio del área objeto de estudio

En esta etapa se deben desarrollar un grupo de pasos según se muestra a continuación en la figura 2.2

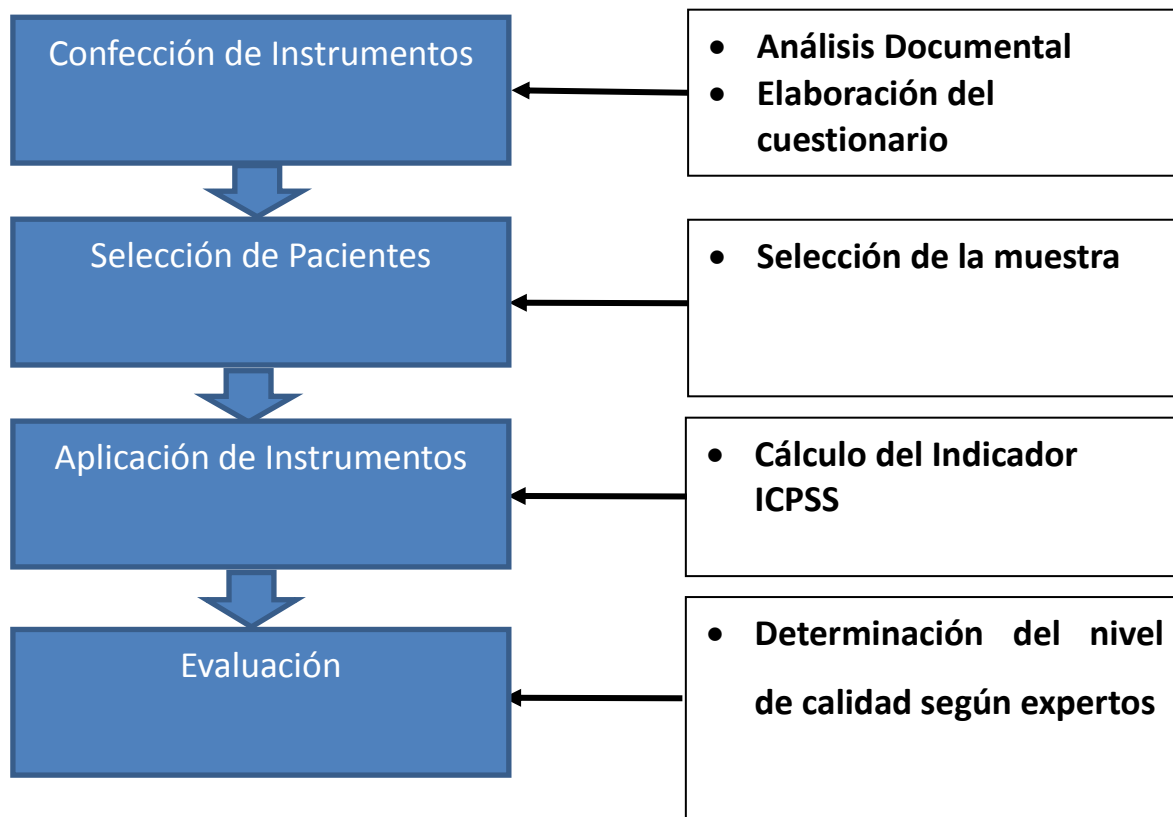


Figura 2.2 Diagnóstico de la calidad percibida en el servicio a pacientes hipertensos

Fuente: Elaboración propia

a) Confección de Instrumentos

Para el éxito de la aplicación de este procedimiento es imprescindible identificar los principales problemas relacionados con la calidad percibida a partir de la opinión de los pacientes hipertensos atendidos en el área de salud y de la revisión documental.

La primera fuente de información sobre los factores que influyen negativamente en la calidad percibida en la atención a pacientes hipertensos, opinión de los pacientes, está precedida de un estudio exploratorio cualitativo, en el que participan profesionales vinculados con la atención a pacientes, seleccionados por su prestigio y experiencia a nivel de la atención primaria, tales como: especialistas de Medicina General Integral, Medicina Interna, Licenciados en Psicología y Licenciados en Enfermería.

Los principales aspectos referidos en la encuesta se propone sean integrados en las dimensiones siguientes:

- Tiempo de espera
- Duración de la consulta
- Resolución interpersonal
- Condiciones ambientales de la atención

El cuestionario elaborado (ver Anexo 6) contiene preguntas abiertas sobre la identidad de los pacientes, la fecha de diagnóstico y la utilización de los servicios del área de salud, así como otras cerradas para percepción de la calidad, satisfacción con la calidad de los servicios prestados e importancia relativa de las dimensiones de la calidad exploradas.

En el cuestionario se valora el servicio de acuerdo con el nivel de importancia y de satisfacción de sus diversos componentes. El nivel de importancia mediante una escala de cinco niveles: "muy importante", "importante", "más o menos importante", "poco importante" y "sin importancia", mientras que el nivel de satisfacción posee igualmente cinco niveles se evalúa en: "excelente", "muy bueno", "bueno", "regular" y "malo".

Otra de las fuentes de información a utilizar es el análisis documental, a partir de la revisión de:

- Actas de reuniones de análisis de programas, consejos de dirección, comités científicos, entre otros.
- Resultados de inspecciones realizadas a la institución servicio o programa.
- Registro de planteamientos y quejas de la población.

Todo lo anterior permite la identificación del estado actual de la calidad percibida en la prestación de los servicios a dichos pacientes.

b) Selección de los pacientes

En este paso se realiza la selección de la muestra de pacientes a procesar en el estudio. El muestreo a utilizar es intencional, se toma a los hipertensos que demandan los servicios en las áreas de atención. Para ello se realiza una estimación de la probabilidad de demanda, a partir de la cantidad de hipertensos atendidos en el área de salud durante la primera y última semana de los dos meses anteriores en que se realiza el estudio.

Se debe garantizar el asentimiento individual de cada paciente para responder el cuestionario.

c) Aplicación de instrumentos y procesamiento estadístico de datos

En este paso primeramente se realiza la aplicación de los instrumentos diseñados con anterioridad y luego se elaboran las bases de datos homogeneizadas, listas para las pruebas y análisis estadístico. Para este procesamiento se propone utilizar el programa Microsoft EXCEL 2010, que permite obtener tablas de frecuencia para la interpretación de los resultados obtenidos.

Con la información estadística precedente de la aplicación de los instrumentos diagnósticos, el grupo de trabajo procede a evaluar la calidad percibida del servicio, basándose en el indicador de Calidad Percibida en Servicio de Salud (ICPSS), el cual agrupa el resultado de los diferentes indicadores medidos en el procedimiento a través de las expresiones relacionadas a continuación:

Wi: Peso del indicador i

$$INE = \sum_{i=1}^{12} (w_i * E_i) \quad (2.1)$$

$$E_i = \frac{\sum C_{ir}}{\sum C_{imax}} * 100 \quad (2.2)$$

INE: Indicador nivel de expectativa

Ei: Evaluación del indicador i según expectativas

Cir: Calificación del indicador i brindado por los pacientes r según expectativas

Cimax: calificación máxima posible del indicador i

$$INP = \sum_{i=1}^{12} (w_i * x_i) \quad (2.3)$$

$$X_i = \frac{\sum C_{ip}}{\sum C_{imax}} * 100 \quad (2.4)$$

INP: Indicador nivel de percepción

Xi: Evaluación del indicador i según percepción

Cip: Calificación del indicador i brindado por los pacientes r según percepción

$$ICPSS = INE - INP \quad (2.5)$$

Para realizar los cálculos, es necesario determinar el peso o importancia relativa de cada indicador, para ello se emplea el método de ordenación simple por su sencillez y facilidad de aplicación.

d) Definición del nivel de calidad alcanzada

Mediante el consenso de los expertos, referentes a los indicadores que se consideran críticos dentro cada área evaluada, se puede definir una escala (intervalo) en forma porcentual correspondiente al indicador ICPSS. En la tabla 2.1 se muestra un modelo de la escala propuesta para evaluar el nivel de calidad alcanzada.

Tabla 2.1. Modelo de escala para evaluar el indicador de calidad percibida en servicios de salud

Intervalo (%)	Calificación
ICPSS ≤ ...	Excelente
... < ICPSS ≤ ...	Bien
... < ICPSS ≤ ...	Regular
... ≤ ICPSS	Deficiente

Al evaluar la calidad percibida a través del ICPSS se considera que una calidad aceptable se presenta para el primer intervalo, mientras que para los tres restantes se deben plantear acciones de mejora en aras de superar las situaciones que se encuentran limitando el logro de la excelencia, y con ello lograr el mejoramiento continuo en el funcionamiento del procedimiento propuesto.

Etapas III: Identificación y validación de posibles causas de no calidad

La necesidad de esta etapa de trabajo viene dada por el hecho de que como consecuencia de los pasos anteriores, generalmente se obtienen problemas de índole general o de sus manifestaciones e incluso, no pocas veces se dejan de detectar algunos. Otra característica específica de este momento del procedimiento es que se consulta a las personas encargadas de prestar el servicio en el área objeto de estudio para buscar una implicación de los mismos en la búsqueda de problemas y aquellos con opinión más autorizada para el esclarecimiento de las posibles causas que afectan la gestión de la calidad percibida.

Para el logro de los objetivos de esta etapa, se utiliza el procedimiento que se muestra a continuación en la figura 2.3.

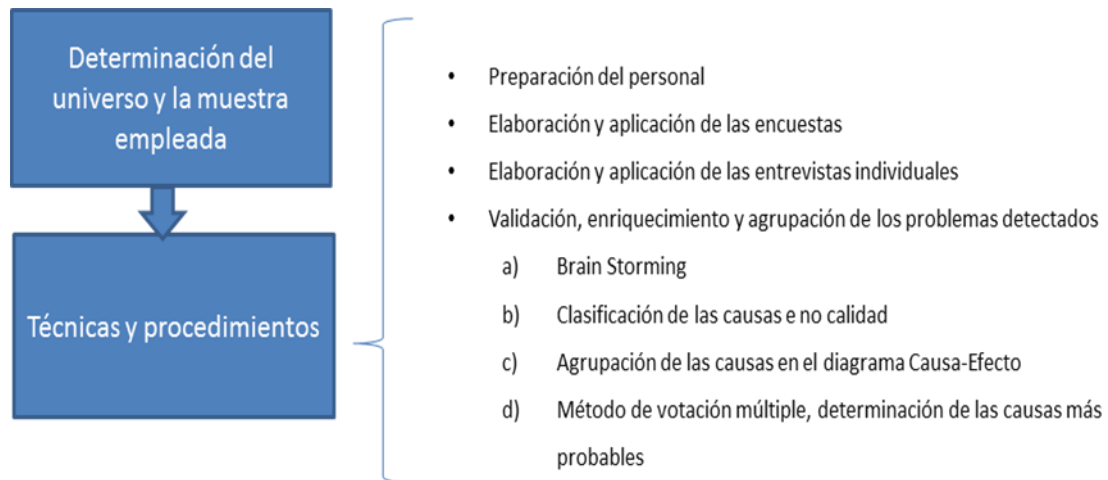


Figura 2.3 Procedimiento para la identificación y validación de posibles causas de no calidad

Fuente: Elaboración propia

a) Definición del universo y la muestra empleada

En la investigación se propone realizar un muestreo intencional entre profesionales con experiencia en la prestación de servicios en la APS, previa expresión de su conformidad para participar en la identificación y el análisis causal. Para la primera finalidad se seleccionan miembros de los equipos básicos de salud que laboran en el área objeto de estudio, mientras que para la segunda, análisis causal, se requiere de la participación de miembros de los Grupos Básicos de Trabajo (GBT) del área de salud y de otros profesionales con larga experiencia del área de salud y el municipio, por ser portadores de las mejores opiniones sobre los problemas a analizar.

b) Técnicas y procedimientos utilizados

- **Preparación del personal**

Las personas seleccionadas para participar en esta etapa del procedimiento reciben información selectiva, acorde con su nivel de participación, sobre la necesidad del diagnóstico y análisis causal de los problemas, de la importancia de la participación activa y de realizar la capacitación requerida. Para lograr el desarrollo efectivo de estas actividades juega un papel fundamental el equipo de trabajo conformado en la Etapa I de este procedimiento.

- **Elaboración, aplicación y procesamiento de los resultados de la encuesta**

El objetivo de este paso es realizar el levantamiento de los problemas principales que se encuentran afectando la calidad percibida por los pacientes hipertensos desde la óptica de los miembros de los equipos básicos de salud que laboran en el área objeto de estudio. Para ello se propone el empleo del cuestionario que aparece en el anexo 7.

El procesamiento se debe realizar mediante la aplicación de métodos estadísticos y otros de naturaleza cualitativa, con el objetivo identificar los resultados que realmente constituyen problemas que afectan la calidad percibida en la prestación del servicio.

- **Diseño, realización y procesamiento de los resultados de las entrevistas individuales**

Con el objetivo de realizar una primera validación de los resultados de la encuesta el equipo de trabajo consulta a especialistas seleccionados, a partir del criterio de que son las personas que mejores opiniones ofrecen sobre los resultados del proceso atencional. Con este paso se logra la precisión y enriquecimiento de los problemas detectados.

La técnica utilizada en el estudio es la entrevista en profundidad (ver anexo 8), ante la necesidad de analizar e interpretar las ideas que surgen durante el proceso de recopilación de información anterior, específicamente de la encuesta a miembros del equipo básico de salud, a las que se adicionan las nuevas indagaciones aportadas individualmente, para lograr ordenar, estructurar e incluso categorizar dichas ideas e informaciones, de manera que pasen su estado primario a una forma más elaborada.

- **Validación, enriquecimiento y agrupación de los problemas detectados.**

Para cumplimentar este paso, se utilizan técnicas de trabajo en grupos, en la investigación se emplea la llamada Tormenta de Ideas o “BrainStorming”, consistente en ejercicio donde un grupo de personas seleccionadas ofrece ideas, soluciones o resultados, sin restricciones ni censuras, y trata de romper la influencia de la rutina, de lo ya establecido, para buscar nuevas propuestas más creativas e imaginativas.

Una vez finalizada esta técnica se tiene como resultado problemas más preciso y mejor enunciados, así como las causas referidas por los participantes en dos categorías posibles y probables, por lo que es requerido clasificarlas y seleccionar causas probables de no calidad percibida.

En este momento se procederá a clasificar las causas de no calidad percibida trabajando a varios niveles, causas, subcausas y causas de subcausas, para así graficarlas según tipo en un Diagrama Causa- Efecto. Una vez visualizada la red

de causas, el grupo selecciona las más probables mediante el método de votación múltiple consistente en:

- Numerar las causas posibles.
- Cada miembro elige las que cree más probables, indicándose que son un tercio del total.
- Sumar los votos.
- Descartar las menos votadas.
- Repetir el procedimiento con las restantes hasta llegar a la cantidad de causas probables factibles de ser intervenidas en el plan de mejora continua a elaborar.

Las ponderaciones asignadas por los integrantes del grupo estarán entre los puntajes de 1 a 10 para cada causa posible, de acuerdo a criterios tales como:

- Frecuencia de aparición.
- Riesgo de no detección para pacientes.
- Importancia de los efectos para los pacientes.
- Posibilidad de modificación.

Una vez reducidas las causas posibles a las más probables, se está más cercano de las causas reales del problema, por lo que es posible la definición e implementación de acciones tendientes a la solución de los problemas de no relacionados con la calidad de la atención percibida por los pacientes hipertensos del área de salud Centro, las que son expuesta en la siguiente etapa del procedimiento diseñado al efecto.

Etapas IV: Propuesta de mejora continua de la calidad percibida en la atención al paciente hipertenso

En esta etapa se lleva a cabo la identificación de soluciones de fondo ajustadas a las causas de los problemas identificados y la búsqueda de apoyo para implementarla, si siempre existe más de una solución para una causa, es preciso elegir la más eficaz, barata, potencialmente exitosa y rápida, que garantice que los problemas no se repitan, ni aumenten los costos.

Posteriormente se socializa el Plan de Mejora Continua de la Calidad Percibida en la Atención al Paciente Hipertenso, elaborado de conjunto con el equipo de trabajo encargado, poniéndolo a consideración del Consejo de Dirección del área de salud.

La institución debe desarrollar una estrategia para la mejora de la calidad a mediano y largo plazo, y debe asegurarse de que todo el grupo administrativo comprenda la estrategia de manera que sus integrantes puedan elaborar planes detallados a corto plazo, que aseguren que las actividades de los grupos coincidan y respalden la estrategia a largo plazo.

- **Elaboración del informe final**

En el informe quedarán plasmados aspectos de interés vinculados al proceso investigativo (cantidad de pacientes encuestados, período de realización de la investigación, entre otros), así como los resultados obtenidos con la aplicación de las técnicas. Asimismo, se debe incluir una tabla que refleje los porcentajes obtenidos. Este informe es de vital importancia para la toma de decisiones en el área.

Es válido aclarar que el equipo de trabajo formado en la etapa número uno del procedimiento es el responsable de elaborar el informe y entregarlo a la máxima dirección del área.

Etapa V: Seguimiento y control

En esta etapa del procedimiento, se verifica el cumplimiento de las acciones planificadas. Lamentablemente, en muchos casos la realidad puede ser diferente a como se programó, pues aún cuando las previsiones sean correctas, causas como las variaciones en los suministros, la falta de equipos, y la ausencia de los trabajadores, son en extremo difícil de prever con exactitud, lo que implica inevitables cambios en los planes, por tanto resulta imprescindible el establecer esta etapa de control que permite analizar el nivel de cumplimiento de las acciones, buscando soluciones a las variaciones que puedan ocurrir en la ejecución de las

mismas y con ello minimizar sus efectos negativos. De ahí que se proponga el procedimiento de seguimiento y control que se muestra en la Figura 2.4.

En el proceso de seguimiento y control debe desagregarse de la misma manera en que se hizo con los anteriores. Debe señalarse que el seguimiento y control, a diferencia de los demás, es parte de la misma aplicación de las medidas.

Una vez definidos las acciones a realizar, es necesario definir como seguir y controlar dichas acciones. El paso siguiente del procedimiento está íntimamente vinculado a la implantación de las medidas, ya que sobre la base de las irregularidades que existan, es que se tomarán las acciones correctivas, lo que permite mantener un proceso de mejora continua en calidad percibida.

Después que se analizan las acciones a realizar y las correctivas tomadas de forma inmediata se pasa a aplicar el cuestionario a pacientes nuevamente, lo que permitirá evaluar el impacto de las medidas en los pacientes, todo ello se realiza a partir del recálculo y comparación del ICPSS

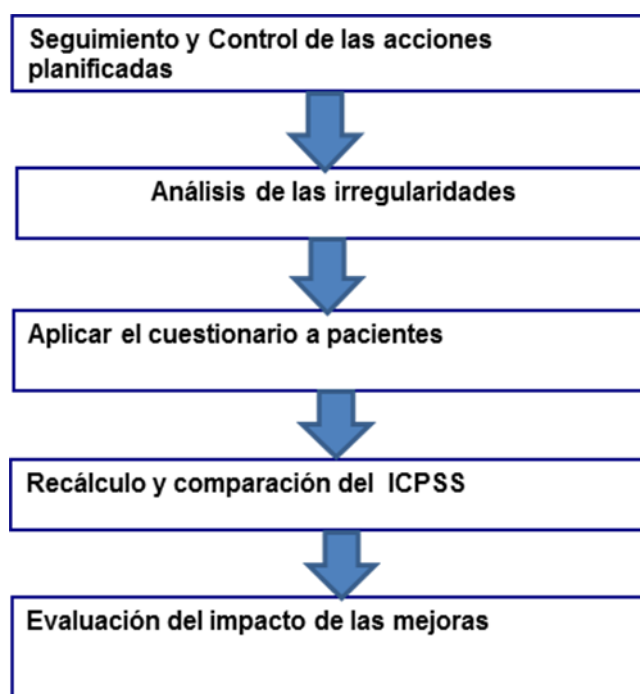


Figura 2.4 Procedimiento de seguimiento y control

Fuente: Elaboración propia

2.4 Validación del procedimiento según el criterio de experto

Para analizar la adecuación, posibilidad, validez, consistencia y vulnerabilidad del procedimiento propuesto se procedió a consultar un grupo de expertos en el tema, de forma tal que sus criterios validen el mismo para su aplicación futura y dejen señalados los puntos fuertes y débiles que favorezcan o dificulten su aplicación respectivamente.

Para ello se propone evaluar la factibilidad del procedimiento propuesto a través de la adaptación al contexto de la atención primaria de salud de la encuesta diseñada por Barbosa (2007), la cual incluye una serie de preguntas sobre el procedimiento propuesto (ver Anexo 3).

2.5 Conclusiones parciales

1. El procedimiento concebido constituye el soporte teórico-metodológico necesario para evaluar la calidad de servicio percibida por el paciente hipertenso en el área objeto de estudio, al integrar los principales elementos y conceptos con la consistencia lógica y flexibilidad necesaria. Este procedimiento puede ser aplicado por su flexibilidad a cualquier enfermedad trazadora con los ajustes pertinentes y toma en cuenta las críticas realizadas al proceso de medición y evaluación de la calidad de servicio percibida.
2. La integración coherente de técnicas cualitativas, cuantitativas y herramientas matemáticas y estadísticas en el procedimiento propuesto lo convierte en un valioso instrumento metodológico para la evaluación de la calidad de servicio.
3. En análisis de la eficacia del procedimiento propuesto a juicio de expertos del tema, se utilizan como criterios adecuación, posibilidad, validez, consistencia y vulnerabilidad para identificar los puntos fuertes y débiles en su aplicación.

CAPÍTULO III APLICACIÓN DEL PROCEDIMIENTO PARA CONTRIBUIR A LA MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD PERCIBIDA EN LA ATENCIÓN A PACIENTES HIPERTENSOS

3.1. Introducción

La HTA fue escogida para la validación del procedimiento por constituir una entidad trazadora según los criterios Kessner, postulados en los años setentas del siglo pasado, revolucionarios para la época y con vigencia actual, este autor propone como criterios para clasificar estas entidades: impacto funcional definitorio, precisión en su definición, facilidad de su diagnóstico, alta prevalencia que permita la recolección de datos de una muestra limitada de la población, existencia de técnicas de manejo bien definidas, así como facilidad de identificación de riesgos y alta probabilidad de modificar el curso de la situación de salud con la intervención adecuada del equipo de salud.

La provincia Sancti-Spiritus, su municipio cabecera y el área de salud Centro en particular muestran indicadores similares al país en cuanto a la morbilidad, mortalidad y calidad de vida relacionada con la hipertensión como enfermedad y factor de riesgo de otras más graves como las cardiovasculares.

La estructura organizativa interna del área de salud Centro cuenta con una dirección y varias subdirecciones en el policlínico que es la unidad, 28 consultorios médicos de familia, así como otros departamentos que incluyen administrativo, higiene y epidemiología, fisioterapia, laboratorio clínico, imageneología y docencia, entre otros. Se encarga de prestar servicios preventivos y curativos, ambulatorios y de urgencia, a una población estimada de 27 973 habitantes de ambos sexos y para todos los grupos de edades, está ubicada en la calle Isabel María de Valdivia del municipio cabecera y es un área eminentemente urbana.

El procedimiento propuesto permite en el área de salud seleccionada para su aplicación práctica: (1) revelar el estado actual de la área midiendo un conjunto de indicadores E_i y X_i quienes componen el ICPSS propuesto, (2) diseñar con enfoque multicriterio la evaluación de la calidad percibida, (3) proponer tareas a ejecutar para la implementación, y (4) controlar, con datos reales después de la implementación.

En este capítulo se detalla la aplicación del procedimiento diseñado, sustentado además en metas encaminadas a una reducción significativa del riesgo de enfermedad coronaria, enfermedad cerebro-vascular e insuficiencia cardíaca, mejoría de la expectativa de vida en la edad adulta y se su calidad de vida, con ganancia efectiva de años de vida saludables, así como satisfacción con los servicios requeridos para tales fines, recomendadas internacionalmente.

3.2. Aplicación del procedimiento general en la organización objeto de estudio

Con el objetivo de comprobar empíricamente el procedimiento general elaborado para facilitar el proceso de toma de decisiones referente a la mejora de calidad percibida en la atención a pacientes hipertensos fue seleccionado, como objeto de estudio práctico específico, el Área Centro de Salud de la provincia Sancti-Spíritus. A continuación se exponen los resultados fundamentales de la aplicación práctica del procedimiento en dicho objeto de estudio.

Etapa I: Selección y formación del equipo de trabajo

El equipo de trabajo encargado de aplicar el procedimiento diseñado para la mejora continua de la calidad percibida en el área Centro de Salud del municipio de Sancti Spiritus, lo integró personal externo e interno de la institución, compuesto por 8 profesionales y especialistas de los Grupos Básicos de Trabajo (GBT) y Equipos Básicos de Salud, vinculados directamente con el control administrativo y la prestación servicio al paciente hipertenso, respectivamente. Este grupo fue entrenado en cada uno de las etapas descritas en el capítulo II.

Etapa II: Diagnóstico de la calidad percibida

En esta etapa del procedimiento se realizó un diagnóstico de la calidad percibida en la prestación de servicios a pacientes hipertensos en el área objeto de estudio, con el objetivo de conocer el estado de la calidad percibida. Para esto se utilizó el instrumento diagnóstico expuesto en el capítulo anterior, el cual se explica a continuación:

Muestra

Pacientes que asisten a consultas a recibir el servicio durante la primera y última semana de febrero y marzo del 2012. Durante el período de investigación fueron encuestados un total de 76 pacientes en el área de objeto de estudio.

A partir del análisis de la información ofrecida por los encuestados, se definieron características importantes de la muestra tal como aparece en la tabla 3.1.

Cuestionario

Se aplicó el cuestionario a los pacientes seleccionados obteniéndose los resultados mostrados en (ver anexo 9),

Resultados a partir del cuestionario a pacientes

La aplicación del cuestionario a pacientes tuvo en cuenta la muestra siguiente:

Tabla 3.1. Características de la muestra pacientes.

Tiempo como pacientes	Cantidad	Porcentaje (%)
Menos de 1 año	12	15.8
De 1 – 4 años	17	22.4
De 5 – 9 años	36	47.4
Más de 10 años	11	14.4
Total	76	100

Fuente: elaboración propia

El 47.4% de los encuestados tiene entre 5 y 9 años como pacientes, lo que permite comprender que las personas encuestadas tienen un alto conocimiento y un nivel de opinión y percepción, lo cual resulta de vital importancia.

Al realizar el procesamiento estadístico de la información obtenida en esta área, se obtuvieron los resultados que a continuación se presentan en la tabla 3.2.

Tabla 3.2. Resultados encuesta a pacientes en el área objeto de estudio.

Evaluación del indicador según expectativas(Ei)	Indicadores	Evaluación del indicador según percepción(Xi)
73,7	Interés médico para conocer su estado de salud	69,2
74,0	Seguimiento médico de su caso	70,5
85,3	Confianza y seguridad en su médico	72,1
76,3	Información recibida sobre su problema	69,7
82,5	Trato humano recibido por Equipo de salud	70,0
83,0	Capacidad y habilidades médicas	72,7
60,2	Capacidad resolutive del consultorio	53,7
69,9	Equipamiento e instalaciones del centro	62,9
77,2	Privacidad del consultorio	67,9
69,9	Limpieza del centro	60,0
84,8	Tiempo de espera para atención	73,7
87,6	Tiempo que le dedica el médico	71,9

Fuente: elaboración propia

Puede observarse como, de manera particular, el indicador “Tiempo que le dedica el médico” presenta un Ei de 87,6%, sin embargo, se percibe un Xi del 71,9%. Por tanto, dado el alto nivel de importancia ofrecida y el bajo nivel de satisfacción percibido, resulta primordial reorientar las estrategias del área en este sentido, sin

dejar de reconocer que existen elementos que limitan su alcance y la efectividad requerida en dicho indicador.

Se puede constatar, además, que la evaluación de los indicadores, que poseen los clientes que acceden a esta área es satisfactoria, al reafirmarse en la evaluación de satisfacción con relación a los mismos. Sin embargo, resulta interesante el comportamiento de indicadores como: “Confianza y seguridad en su médico”, la “Trato humano recibido de los miembros del Equipo de salud” y “Tiempo de espera para atención”; que hoy se perciben de manera positiva, sin embargo, se encuentran en un nivel de satisfacción notablemente inferior a la importancia que se le concede.

Es por ello, que resulta estratégico el fortalecimiento de las acciones de capacitación y desarrollo de habilidades relacionadas con la atención al paciente, para lograr afianzar la imagen que hoy se posee de dichos indicadores, los cuales resultan de vital importancia para el servicio brindado en el área.

Con el cuestionario aplicado se pudo valorar el servicio de acuerdo con el nivel de importancia y de satisfacción de sus diversos componentes. El nivel de importancia se valoró mediante una escala de cinco niveles, como se explicó en el capítulo anterior de la presente investigación, así como el nivel de satisfacción.

Análisis documental

El equipo de trabajo, para realizar el estudio, se valió de diferentes documentos oficiales internos del sector, que de una forma u otra aportaron elementos relevantes sobre los antecedentes de medir la calidad en el área, principales propuestas que se le han hecho a la administración para solucionar las deficiencias señaladas, entre otras. En este marco se revisan documentos como:

- Actas de consejos de dirección.
- Resultados de inspecciones realizadas al centro.
- Planteamientos realizados por la población.

En esta etapa el grupo de trabajo realizó una revisión de los informes estadísticos del último trimestre del 2011, llegando a la conclusión que la administración en

todos sus consejos realiza análisis valorativos de cómo está el servicio en las consultas, pero solo se queda en el marco de las quejas de los clientes, y de la gestión de cómo darle solución, no se va más allá de una simple medición de la calidad del servicio según las quejas recibidas y las soluciones de las mismas.

Determinación del ICPSS

Para la determinación del Indicador de Calidad Percibida en Servicio de Salud (ICPSS) se debe identificar un grupo de expertos encargado de la definición del nivel de importancia de los diferentes indicadores que intervienen en el análisis y de la escala de evaluación.

En la tabla 3.3 se muestran algunas características de los siete expertos seleccionados.

Tabla 3.3. Datos de los expertos seleccionados.

Desempeño actual	Experiencia
Profesor Titular de la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP)	39
Profesor Auxiliar de la Universidad Médica de Sancti-Spíritus	28
Profesor Auxiliar de la Universidad Médica de Sancti-Spíritus	24
Profesor Auxiliar de la Universidad Médica de Cienfuegos	23
Profesora Auxiliar de la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP)	27
Profesora Auxiliar de la Universidad Médica de Pinar del Río.	19
Profesora Auxiliar de la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP)	19

Fuente: elaboración propia

A partir de las expresiones 2.1, 2.2, 2.3, 2.4 y 2.5 presentadas en el Capítulo II se calculó el ICPSS ver tablas 3.4 y 3.5, el cual alcanzó un valor de 10.95%.

Tabla 3.4 Pacientes encuestados agrupados por importancia relativa otorgada.

Indicadores	Cir	Wi	Ei	Cimax	INE
Interés médico para conocer su estado de salud	343	0,082	73,7	380	92,42
Seguimiento médico de su caso	343	0,082	74,0		
Confianza y seguridad en su médico	369	0,0878	85,3		
Información recibida sobre su problema	349	0,0831	76,3		
Trato humano recibido por Equipo de salud	363	0,0864	82,5		
Capacidad y habilidades médicas	364	0,0866	83,0		
Capacidad resolutoria del consultorio	310	0,0738	60,2		
Equipamiento e instalaciones del centro	334	0,0795	69,9		
Privacidad del consultorio	351	0,0835	77,2		
Limpieza del centro	334	0,0795	69,9		
Tiempo de espera para atención	368	0,0876	84,8		
Tiempo que le dedica el médico	374	0,089	87,6		

Fuente: elaboración propia

Tabla 3.5 Clientes encuestados agrupados por percepción de satisfacción

Indicadores	Cir	Wi	Xi	Cimax	INP
Interés médico para conocer su estado de salud	321	0,082	69,2	380	81,47
Seguimiento que hace el médico de su caso	327	0,082	70,5		
Confianza y seguridad que tiene en su médico	312	0,0878	72,1		
Información que recibe sobre su problema	319	0,0831	69,7		
Trato humano por el Equipo de salud	308	0,0864	70,0		
Capacidad y habilidades médicas	319	0,0866	72,7		
Capacidad resolutive del consultorio	277	0,0738	53,7		
Equipamiento e instalaciones del centro	301	0,0795	62,9		
Privacidad del consultorio	309	0,0835	67,9		
Limpieza del centro	287	0,0795	60,0		
Tiempo de espera para atención	320	0,0876	73,7		
Tiempo dedicado por el médico	307	0,089	71,9		

Fuente: elaboración propia

La escala para evaluar el comportamiento del ICPSS quedó definida como se muestra en la tabla 3.6.

Según la escala determinada por los expertos el comportamiento de la calidad percibida se puede catalogar de Bien. No obstante a que el resultado alcanzado muestra un comportamiento bastante cercano a la excelencia se deben identificar

las causas que están limitando este estado deseado, con el fin de lograr el mejoramiento.

Tabla 3.6 Escala para evaluar el ICPSS.

Intervalo (%)	Calificación
ICPSS \leq 10	Excelente
10 < ICPSS \leq 20	Bien
20 < ICPSS \leq 30	Regular
30 \leq ICPSS	Deficiente

Fuente: elaboración propia

Etapa III: Identificación y validación de posibles causas de no calidad

El cuestionario presentado en el Capítulo II de esta investigación fue aplicado a una muestra intencional de 42 profesionales, de los cuales 29 son médicos generales integrales, tres son dirigentes y 10 son Licenciadas en Enfermería vinculados con la actividad. El resultado de dicha encuesta permitió la determinación de 16 problemas que afectan la calidad percibida en la atención a pacientes hipertensos.

Realización de entrevistas individuales

Con el objetivo de validar y enriquecer los resultados de la encuesta se entrevistaron, de manera individual, un total de 20 personas, seleccionadas por el equipo de trabajo formado, a partir del criterio de que eran las personas que mejores opiniones podrían ofrecer sobre los resultados de la encuesta realizada. Como resultado de este paso, la cantidad de problemas aumentó hasta 22.

Validación, enriquecimiento y agrupación de los problemas detectados

El enriquecimiento de los problemas detectados resulta de vital importancia dado que permitió ahondar más en las limitantes cuya solución contribuye con el acercamiento de la institución a la excelencia. En este paso se utiliza la técnica de

trabajo en grupo Tormenta de ideas donde participaron especialistas con la siguiente finalidad.

- Validar los problemas identificados hasta ese momento.
- Enriquecer los problemas.
- Agrupar los problemas similares.

El trabajo se comenzó exponiéndole a los expertos seleccionados los 22 problemas detectados en la encuesta, cada uno fue exponiendo sus ideas acerca de estos, concluyéndose que todos eran realmente problemas, pero que existían otros, procediéndose nuevamente a generar ideas e incrementándose su cantidad de 22 a 28, las causas se clasificaron, siguiendo la regla de las seis "M" (en inglés), las causas se clasifican en seis posibles elementos (el hombre, el método de trabajo, el material, el medio ambiente, el mantenimiento y las máquinas) como se puede observar en la figura 3.1

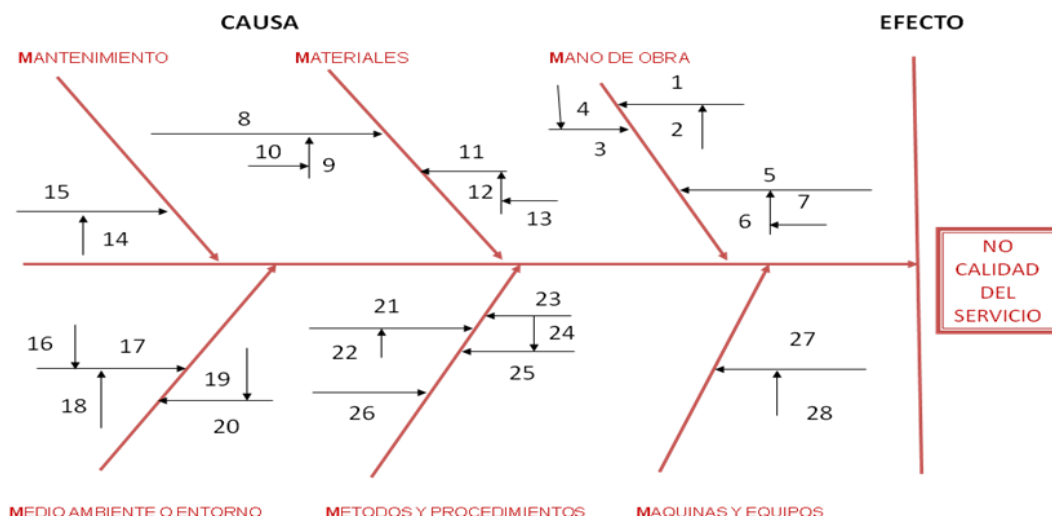


Figura 3.1 Diagrama Causa-Efecto.

Lista de problemas encontrados

1. Insuficiente nivel de capacitación del personal de todas las categorías ocupacionales.
2. El personal desconoce las potencialidades de su área de trabajo.
3. La insatisfacción de las necesidades de superación.
4. La dificultad en la confección de historias clínicas.

5. El personal no dispone de información actualizada sobre la actividad que realiza
6. El no reconocimiento de un vínculo entre el mejoramiento de los resultados de la organización y sus beneficios personales.
7. La consideración por parte del personal de que sus opiniones no se valoran en la solución de los problemas.
8. El no reconocimiento del vínculo existente entre el mejoramiento del resultado del servicio y sus condiciones de trabajo.
9. La inestabilidad e insuficiente gestión de recursos, para asegurar el buen servicio a los pacientes y con ello un incremento de la calidad percibida en el área.
10. Deficiente sistema de planificación y control del servicio de reparación de los instrumentales.
11. Tratamientos ordenados sin el aseguramiento de todos los recursos necesarios.
12. La constante falta de determinadas medicinas y dispositivos.
13. La existencia de atrasos en la entrega de los aseguramientos.
14. La mala condiciones de las instalaciones de atención.
15. La resistencia al cambio ante la implantación de un proceso de mejora.
16. El desaprovechamiento de las sugerencias y soluciones que a los problemas de la organización pueden aportar los miembros del equipo básico de salud.
17. La despreocupación de algunos pacientes y familiares por el tratamiento orientado.
18. La falta de una política de calidad coherente con las nuevas y futuras transformaciones de la organización.
19. Los obstáculos en que asistan un mayor número de pacientes a consulta.
20. La insuficiente promoción en el área sobre las complicaciones de la enfermedad y servicios que puede ofrecer la consulta.
21. El desconocimiento con la antelación necesaria de la tarea diaria a realizar.
22. El desordenamiento en el trabajo ante la llegada urgencias.
23. La imposibilidad de dar respuesta a un paciente sobre su enfermedad.

24. El control incompleto del tratamiento.
25. La imposibilidad de comunicar en breve plazo al paciente la fecha en que debe volver a la consulta.
26. La demora en la realización de acciones, provocado por los mecanismos de gestión existentes.
27. El desconocimiento de los inventarios mínimos para que los tratamientos no se interrumpan.
28. La falta de equipos imprescindibles para el diagnóstico.

Posteriormente se trabajó en función de agrupar los problemas similares mediante la diferenciación entre problema y síntoma, dando como resultado la reducción de la cantidad a cuatro problemas bien definidos, con sus respectivos efectos desfavorables y por último, se determina el orden de prioridad de estos problemas de acuerdo con los efectos negativos que provoca. Para el procesamiento estadístico se utiliza el método propuesto por Siegel (1972) (ver Anexo 10), obteniéndose el orden de prioridad como se muestra a continuación:

1. Deficiente sistema de planificación y control del servicio de reparación de los instrumentales.
2. Insuficiente nivel de capacitación del personal.
3. La inestabilidad e insuficiente gestión de recursos, para asegurar el buen servicio a los pacientes.
4. La insuficiente promoción en el área sobre las complicaciones de la enfermedad y servicios que puede ofrecer la consulta.

Etapas IV: Propuesta de mejora continua de la calidad percibida en la atención al paciente hipertenso

En esta etapa se elaboró un plan de acción, por parte del equipo de trabajo, con las principales alternativas de mejoramiento, en aquellos componentes del servicio que presentan limitaciones como se puede ver en la tabla 3.7

Tabla 3.7. Plan de Acción

Nº	Medida	Participantes	Responsable	Fecha cumplimiento
1	Realizar un análisis conjunto en el consejo de dirección de los indicadores de calidad percibida desfavorables.	Directora y miembros del CD.	Directora del Área.	Segundo semestre del 2012.
2	Planificar los mantenimientos de los instrumentales y controlar se ejecución con electromedicina.	Directora y miembros del CD.	Directora del Área.	Segundo semestre del 2012.
2	Realizar diagnóstico de necesidades de superación sobre calidad en la atención al paciente hipertenso entre los miembros del EBS.	Profesores del Grupo Básico de Trabajo.	Vicedirectora Docente.	Mes de agosto 2012.
3	Desarrollar acciones para satisfacer las necesidades de superación identificadas entre los miembros del EBS.	Profesores del Grupo Básico de Trabajo.	Vicedirectora Docente.	Mes de julio 2012.
4	Gestionar con EMSUME los medicamentos y recursos necesarios para los tratamientos	Directora y miembros del CD.	Directora del Área.	Segundo semestre del 2012.
5	Crear espacios de intercambio que promuevan la participación de los trabajadores y dirigentes en la toma de decisiones con respecto a la calidad en la atención a los pacientes hipertensos.	Trabajadores y dirigentes	Directora del Área. Secretarios de Secciones Sindicales.	Asambleas de afiliados programadas.
6	Facilitar el acceso a documentación relacionada con instrucciones y procedimientos del proceso de atención integral a la hipertensión arterial.	Vicedirectoras de asistencia médica y Docencia.	Directora del Área.	Mes de Diciembre 2012.
7	Aplicar el procedimiento de mejora de la calidad total de forma sistemática.	Grupo de Trabajo seleccionado	Directora del Área.	Al cierre de cada semestre

Elaboración del informe final

A partir del análisis realizado, el equipo de trabajo elaboró el informe final de la investigación y se presentaron los resultados del procedimiento así como la propuesta del plan de medidas para solucionar las deficiencias detectadas en el servicio de atención a pacientes hipertensos. Su planificación y realización está acorde a las condiciones y características del área estudiada, en aras de

garantizar el éxito del intercambio que debe producirse en la búsqueda de alternativas de mejoramiento sobre aquellos componentes del servicio que se percibieron inadecuados por los pacientes, tal como se plantea en la propuesta realizada.

Etapas V: Seguimiento y control

Luego de aplicar las mejoras propuestas, se hace necesario evaluar su impacto a partir del análisis del comportamiento del ICPSS. Para esto se realizó un seguimiento a lo largo de todo el período de implementación de las acciones, con vista a la existencia de irregularidades.

Con vista a constatar si las medidas dieron solución a los problemas identificados se utiliza nuevamente el cuestionario a pacientes hipertensos para recalcular el **ICPSS**, a partir de una muestra de 88 pacientes que asistieron a consultas para recibir el servicio durante la primera y última semana de los meses septiembre y octubre del 2012.

Resultados de la aplicación del cuestionario a pacientes

Los resultados obtenidos tras la aplicación del cuestionario se muestran en el anexo 11.

El tiempo transcurrido desde el diagnóstico de la enfermedad en la muestra utilizada se presenta en la Tabla 3.8

Tabla 3.8 Características de la muestra pacientes.

Tiempo como pacientes	Cantidad	Porcentaje (%)
Menos de 1 año	18	20.4
De 1 – 4 años	22	25
De 5 – 9 años	32	36.4
Más de 10 años	16	18.2
Total	88	100

Fuente: elaboración propia

Vuelve a destacar el hecho de que la mayoría de los pacientes se encuentran entre 5 y 9 años de diagnosticados.

Al realizar el procesamiento estadístico de la información obtenida se obtuvieron los resultados que aparecen en la tabla 3.9.

Tabla 3.9. Resultados encuesta a pacientes en el área objeto de estudio.

Evaluación del indicador según expectativas(Ei)	Indicadores	Evaluación del indicador según percepción(Xi)
74.6	Interés médico para conocer su estado de salud	70.2
76.1	Seguimiento médico de su caso	69.3
84.7	Confianza y seguridad en su médico	79.4
75.2	Información recibida sobre su problema	68.7
80.9	Trato humano por miembros del Equipo de salud	71.6
83,0	Capacidad y habilidades médicas	74.5
60,2	Capacidad resolutive del consultorio	54.2
68.3	Equipamiento e instalaciones del centro	62,5
74,2	Privacidad del consultorio	62,9
65,9	Limpieza del centro	61,0
81,8	Tiempo de espera para atención	72,7
71,6	Tiempo que le dedica el médico	65,9

Fuente: elaboración propia

Se observa como existen valores un acercamiento entre las expectativas y percepción es en la nueva aplicación del cuestionario. El indicador *Privacidad del*

consultorio presenta un Ei de 74.2% y un Xi del 62.9%, la más amplia diferencia entre la para un indicador.

De forma general los resultados alcanzados para los indicadores que presentaban mayor dificultad anteriormente son más favorables, lo que evidencia que las medidas tomadas son efectivas para el mejoramiento de la percepción de los pacientes con el servicio prestado, así el indicador *Tiempo que le dedica el médico* mejora considerablemente, de un 15.7% de diferencia se reduce a un 5.7%.

Para la nueva determinación del Indicador de Calidad Percibida en Servicio de Salud (ICPSS) se calcularon los índices de nivel de expectativa (INE) y de percepción (INP) como se aprecia en las tablas 3.10 y 3.11.

Tabla 3.10 Pacientes encuestados agrupados por importancia relativa otorgada.

Indicadores	Cir	Wi	Ei	Cimax	INE
Seguimiento médico de su caso	403	0,083	91,6	440	92.22
Confianza y seguridad en su médico	415	0,086	94,3		
Información recibida sobre su problema	409	0,084	93,0		
Trato humano Equipo de salud	423	0,087	96,1		
Capacidad y habilidades médicas	424	0,087	96,4		
Capacidad resolutive del consultorio	319	0,066	72,5		
Equipamiento e instalaciones del centro	394	0,081	89,5		
Privacidad del consultorio	411	0,085	93,4		
Limpieza del centro	394	0,081	89,5		
Tiempo de espera para atención	418	0,086	95,0		
Tiempo que le dedica el médico	434	0,090	98,6		

Fuente: elaboración propia

Tabla 3.11 Pacientes encuestados agrupados por percepción de satisfacción.

Indicadores	Cir	Wi	Ei	Cimax	INP
Seguimiento médico de su caso	397	0,085	90,2	440	88,85
Confianza y seguridad en su médico	395	0,085	89,8		
Información recibida sobre su problema	415	0,089	94,3		
Trato humano por Equipo de salud	409	0,088	93,0		
Capacidad y habilidades médicas	416	0,089	94,5		
Capacidad resolutive del consultorio	414	0,089	94,1		
Equipamiento e instalaciones del centro	313	0,067	71,1		
Privacidad del consultorio	379	0,081	86,1		
Limpieza del centro	399	0,086	90,7		
Tiempo de espera para atención	323	0,069	73,4		
Tiempo que le dedica el médico	368	0,079	83,6		

Fuente elaboración propia

A partir de las expresiones 2.1, 2.2, 2.3, 2.4 y 2.5 se determinó el ICPSS que alcanzó un valor de 3.37%

Un análisis de estos resultados muestra que:

- La calidad percibida de los pacientes hipertensos mejoró continuamente durante el período en que se han aplicado las mejoras; tomando como punto de referencia el diagnóstico inicial realizado se obtiene una disminución en la diferencia entre INE y el INP 3.37%.
- El comportamiento de los indicadores más desfavorables en el diagnóstico es positivo, aunque existe un deterioro en el indicador Privacidad del consultorio, por el cual se elevan el número de quejas a diario por los años de explotación de las instalaciones y los bajos recursos para su mantenimiento.

Finalmente, se determinó que el Indicador de Calidad Percibida en Servicio de Salud (ICPSS), utilizando el procedimiento descrito tiene una mejoría visible, realizando los cálculos correspondientes se obtiene que el nivel de ICPSS cambia de la categoría bien a la de excelente al comparar la evaluación realizada con la obtenida en el diagnóstico. Analizando comparativamente ambas evaluaciones se observan mejoras de las dimensiones relacionados directamente con el indicador fundamental, estas dimensiones son las siguientes:

- Seguimiento médico de su caso
- Confianza y seguridad en su médico
- Capacidad y habilidades médicas
- Capacidad resolutive del consultorio
- Equipamiento e instalaciones del centro
- Tiempo de espera para atención
- Tiempo que le dedica el médico

Estos resultados no constituyen una meta definitiva para el área, sino que deben convertirse en punto de partida para el mejoramiento continuo en próximos períodos.

3.3 Criterio de expertos

Para determinar el número de expertos a consultar se utilizó la siguiente expresión:

$$N = \frac{p(1-p)*k}{i^2} \quad (2.6)$$

Donde:

N : Número de expertos

p : Proporción de error estimado 0.01.....0.05

i : Nivel de precisión 0.005.....0.10

k : Constante cuyo valor está asociado al nivel de confianza elegido.

Fiabilidad (%) k

(1- α)	k
99	6.6564
95	3.8416
90	2.6896

Tomando:

$$p = 0.01$$

$$i = 0.1$$

Fiabilidad del 99% para una $k = 6.6564$

Luego $N \approx 6.5$ por lo que se utilizarán en el estudio un total de 7 expertos.

Para la selección de los expertos se tuvieron en cuenta los siguientes elementos:

- Experiencia en trabajo de la gestión de la calidad.
- Experiencia en las organizaciones donde se aplica la gestión de la calidad.
- Conocimiento sobre la gestión de la calidad.
- Nivel profesional
- Nivel de escolaridad
- Cargo actual

Con el resultado de la evaluación de los expertos, se procede a determinar si es o no confiable el mismo, utilizándose para ello el coeficiente de concordancia de Kendall. En el anexo 16 se muestra la tabulación de la información brindada por los expertos.

$$W = \frac{12 \sum \Delta^2}{M^2 (K^3 - 12)} \quad (2.7)$$

$$\tau = \frac{1}{2} M (K + 1) \quad (2.8)$$

$$\tau = \frac{1}{2} 7 (12 + 1) = 45.5$$

(2.9)

$$\Delta = \sum R_j - \tau$$

Entonces:

$$W = \frac{12 * 3809.00}{7^2 * (12^3 - 12)} = 0.5435$$

Como 0.5435 es mayor que 0.5 se puede decir que presumiblemente existe concordancia entre el criterio de los expertos pero esto es necesario validarlo estadísticamente. Se plantean las siguientes hipótesis.

H₀: No hay concordancia entre los expertos.

H₁: Hay concordancia entre los expertos.

Como la cantidad de características es mayor que siete se utiliza el estadígrafo χ^2

$$\chi^2 = M (K - 1) W, \quad \alpha = 0.01 \quad (3.0)$$

Entonces:

$$\chi^2 = 7(12 - 1)0.54 = 41.84$$

Región crítica:

$$x^2 \geq x^2_{\alpha, k-1}$$

$$x^2 \geq x^2_{0.01, 11}$$

$$41.84 \geq 24.725$$

Como se evidencia, se cumple la región crítica por lo que se rechaza H_0 , lo que demuestra que existe concordancia entre los expertos.

3.4 Conclusiones parciales

1. A partir de los resultados de la opinión de expertos y los obtenidos en el área objeto de estudio se demostró factibilidad en la aplicación del procedimiento diseñado para identificar los problemas y las principales causas de no calidad.
2. El plan de acción propuesto mostró efectividad para minimizar o eliminar el efecto de las deficiencias detectadas en la calidad percibida por el servicio prestado en el área de salud objeto de estudio.
3. La validación del procedimiento diseñado permite y hace recomendable su utilización en el área de salud Centro para el logro de mejoras en la calidad percibida a través acciones pertinentes con los problemas actuales y futuros de la atención a pacientes hipertensos.

CONCLUSIONES

Como resultado de la presente investigación pudo arribarse a las conclusiones generales siguientes:

1. La realización del Marco Teórico y Referencial de la investigación confirmó la existencia de una amplia base conceptual sobre la calidad, a la vez que reveló la no pertinencia de los procedimientos utilizados para la mejora continua de la calidad percibida en las áreas de salud, lo que corrobora la correcta formulación del problema científico de la presente investigación.
2. El análisis de la situación problemática que fundamentó esta investigación, demostró la necesidad de desarrollar un procedimiento para la mejora continua de la calidad percibida en las áreas de salud cubanas, de manera que contribuya a establecer acciones para la mejora de la calidad del servicio.
3. El procedimiento diseñado en la presente investigación constituye un aporte a la mejora de la calidad en la atención a pacientes hipertensos, pertinente con las reformas que enfrenta actualmente el sistema de salud cubano para alcanzar excelencia en la prestación de servicios a entidades prioritarias por su alto riesgo para la salud y calidad de vida de la población cubana.
4. La aplicación del “Procedimiento para la mejora continua de la calidad percibida en la atención a pacientes hipertensos” en el área Centro del municipio de Sancti Spíritus permitió constatar su efectividad en la identificación de los problemas y sus causas fundamentales, para así establecer acciones pertinentes en el mejoramiento de la calidad percibida en el proceso de atención a pacientes hipertensos, lo cual permite confirmar la hipótesis general de investigación.

RECOMENDACIONES

Con el fin de motivar la realización de trabajos futuros, que enriquezcan el resultado de la presente investigación, se plantean las recomendaciones siguientes:

1. Implementar las acciones de mejora propuestas en el área objeto de estudio, con el objetivo de mejorar la calidad del servicio.
2. Extender el alcance de la aplicación del procedimiento propuesto a otras áreas de salud.
3. Profundizar en el estudio y diseño de indicadores que permitan evaluar de forma más integral la calidad percibida del servicio prestado a pacientes hipertensos en Cuba.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abadía, S. (2006). El período de la transición democrática. La adopción de un nuevo modelo de cultura sanitaria en la ciudad de Barcelona: La eclosión de la salud para todos. En X. Pujadas y cols. (Comps.), *Culturas sanitarias y valores sociales*. VIII Congreso A.E.I.S.A.D. (43-51). Madrid: Librerías de salud Esteban Sanz.
2. Álvarez, O.; Rodríguez, M. y Díaz, Y (2006). Calidad de servicio percibida en instituciones sanitarias: caso área de salud Vigía de Santa Clara. Trabajo de Diploma. CDICT. UCLV. Santa Clara.
3. Afthinos, Y., Theodorakis, N. y Nassis, P. (2005). Customers' expectations of service in Greek fitness centres. Gender, age, type of health center and motivation differences. *Managing Service Quality*, 15(3), 245-258.
4. Anguera, M. T. (1990). Metodología observacional. En J. Arnau, M. T. Anguera y J. Gómez, *Metodología de la investigación en Ciencias del Comportamiento* (125136). Murcia: Secretariado de Publicaciones de la Universidad de Murcia. Metodología de la investigación en Ciencias del Comportamiento (9-122). Murcia: Secretariado de Publicaciones de la Universidad de Murcia.
5. Arunasalam, M., Paulson, A. y Wallace, W. (2003). Service Quality Assessment of Workers' Compensation Health Care Delivery Programs in New York State Using SERVQUL. *Health Marketing Quarterly*, 21(1-2), 29-64.
6. Asociación Española de Normalización (AENOR) (1994). Normas para la gestión de la calidad y el aseguramiento de la calidad. Parte I. Directrices para su selección y utilización. UNE-EN-ISO 9000-1. Asociación Española de Normalización y Certificación. Madrid: Delta Publicaciones.
7. Balaguer, I. (2000). Un estudio sobre los predictores de los estilos de vida saludables de los adolescentes valencianos. Dirección General de Salud

- Pública (I.V.E.S.P.011/1999). Valencia: Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana.
8. Balbastre, F. (2001). La autoevaluación según los modelos de la gestión de la calidad total y el aprendizaje en la organización. Una investigación de carácter exploratorio. Universidad de Valencia: Tesis doctoral.
 9. Barbosa, I (2007). Procedimiento General para el Perfeccionamiento de los procesos sanitarios con orientación a la participación del paciente en la gestión del servicio. Tesis en opción al Título Académico de Máster en Dirección.
 10. Barrera, R. y Reyes, M. C. (2003). Análisis comparado de las escalas de medición de la calidad de servicio. En XIII Jornadas Hispano-Lusas de Gestión Científica, 13,
 11. Berry, T. H. (1992). Cómo gerenciar la transformación hacia la calidad total. Santafé de Bogotá: Serie McGraw-Hill de Management.
 12. Bigné, J. E., Martínez, C., Miquel, M. J. y Belloch, A. (1996). La calidad de servicio en las agencias de viajes. Una aportación de la escala SERVQUAL. Revista Europea de Dirección y Economía de la Empresa, 5(2), 7-17.
 13. Blair, S. N., Khol, H. W., Gordon, N. F. y Paffenbarger, R. S. (1992). How much physical activity is good for health? Annual Review of Public Health, 13, 99-126.
 14. Blanco Villaseñor, A. (1989). Fiabilidad y generalización de la observación conductual. Anuario de Psicología, 43, 6-32.
 15. Blanco Villaseñor, A. (1991). La Teoría de la Generalizabilidad aplicada a diseños observacionales. Revista Mexicana de Análisis de la Conducta, 14(3), 23-64.
 16. Blanco Villaseñor, A. y Morales Sánchez, V. (2010). Teoría de la Generalizabilidad: investigaciones aplicadas. En M. J. Blanca, R. Alarcón y D. López-Montiel (Coords.), XI Congreso de Metodología de las Ciencias Sociales y de la Salud.

17. Bodet, G. (2006). Investigating customer satisfaction in a health club context by an application of the tetraclasse model. *European Sport Management Quarterly* 6(2), 149-165.
18. Brady, M. K., Cronin, J. J. y Brand, R. R. (2002). Performance-only measurement of service quality: a replication and extension. *Journal of Business Research*,
19. Brennan, R. L. (1980). Applications of generalizability theory. In R. A. Berk, *Criterion- Referenced Measurement: The State of the Art*. Baltimore: The Johns Hopkins
20. Buttle, F. A. (1996): SERVQUAL: Review, Critique, Research Agenda. *European Journal of Marketing*, Vol. 30, Nº 1. Administration, Helsinki.
21. Calabuig, F., Burillo, P., Crespo, J., Mundina, J. y Gallardo, L. (2010a). Satisfacción, calidad y valor percibido en pacientes hipertensos. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 10(40), 577-593.
22. Climent, S. (2003). Los costes de calidad como estrategia empresarial: evidencia empírica en la Comunidad Valenciana. Universidad de Valencia: Tesis doctoral.
23. Cottrell, S. y Bricker, K. S. (2003). Calidad en el Servicio y su repercusión en la fidelidad de los clientes entre los relectores de viajes incentivos a Islas Fiji y Kenia. En A. Apraiz y M. S. Iribar, *Experiencias y Técnicas en la Gestión del Ocio*. Documentos de Estudio del Ocio, 25 (143-159). Bilbao: Universidad de Deusto.
24. Crosby, P. B. (1979). *Quality is free. The Art of Making Quality Certain*. New York:
25. Crosby, P. B. (1982). *La calidad no cuesta*. México: Continental.
26. Crosby, P. B. (1990). *Hablemos de calidad. 96 preguntas que siempre deseó usted plantear a Phil Crosby*. New York: McGraw-Hill.

27. Cronin, J. Joseph Jr. y Taylor, Steven A. (1992). Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension. *Journal of Marketing*. Vol. 56. Julio.
28. Cruz, S. (2001). Relación entre el enfoque de gestión de la calidad y el desempeño organizativo. Una aproximación desde la perspectiva basada en los recursos.
29. Documentos de la familia de Normas ISO 9000 del 2005. Versión en formato magnético entregada por la Oficina Territorial de Normalización, metrología y Control de la Calidad (OTN), Sancti Spiritus.
30. Escrig, A. (1998). Dirección de calidad total y ventaja competitiva en la PYME. Madrid: Club de Gestión de Calidad.
31. Fonte, M., Guerrero, G. y Giraldez, R. (2004). Diagnóstico y evaluación de la calidad de los servicios en la biblioteca de la Universidad de Matanzas "Camilo Cienfuegos". Extraído de <http://www.congreso-info.cu/Userfiles/File/Info/Info2004 Ponencias/115.pdf>
32. Garvin, D. A. (1988). *Managing Quality: the Strategic and Competitive Edge*. New York: The Free Press, Macmillan.
33. Grönroos, C. (1978). A service-oriented approach to marketing for services. *European*
34. Grönroos, C. (1994). A service quality model and its marketing implications. *European*
35. Ishikawa, K. (1986). *Guide to Quality Control*. Tokyo: Asian Productivity Organization.
36. Ishikawa, K. (1994). *Introducción al control de la calidad*. Madrid: Díaz de Santos.
37. Jackson, D. L. (2007). The effect of the number of observations per parameter in misspecified confirmatory factor analytic models. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 14(1), 48-76.

38. Juran, J. M. (1990). *Juran y el liderazgo para la calidad*. Madrid: Díaz de Santos.
39. Juran, J. M., Gryna, F. M. y Bingham, R. S. (1974). *Quality control handbook* (3ª Edición). New York: McGraw-Hill.
40. Ko, Y. J. y Pastore, D. L. (2005). A hierarchical model of service quality for the recreational sport industry. *Sport Marketing Quarterly*, 14(2), 84-97.
41. Lloréns, F. y Fuentes, M. (2006). *Gestión de la calidad empresarial. Fundamentos e implantación*. Madrid: Pirámide.
42. Lowndes, M. y Dawes, J. (2001). Do distinct SERVQUAL dimensions emerge from mystery shopping data? A test of convergent validity. *Canadian Journal of Program Evaluation*, 16(2), 41-53.
43. Luna-Arocas, R., Mundina, J. y Gómez, A. (1998). La creación de una escala para medir la calidad de servicio y la satisfacción: el Neptuno-1. En J. Martínez del Castillo (Comp.), *Deporte y Calidad de Vida* (279-290).
44. Márquez, S., Rodríguez, J. y De Abajo, S. (2006). Sedentarismo y salud: efectos beneficiosos de la actividad física. *Apuntes: Educación Física y Deportes*, 83(1), 12-24.
45. Marsh, H. W., Hau, K. T. y Grayson (2005). Goodness of fit evaluation in structural equation modeling. En A. Maydeu-Olivares y J. McCordle (Eds.), *Contemporary psychometrics: A Festschrift to Roderick P. McDonald* (275-340). Mahwah, NJ: Erlbaum.
46. Martínez, J. A. y Martínez, L. (2008). Building better causal models to measure the relationship between attitudes and customer loyalty. *International Journal of Market Research*, 50(4), 437-447.
47. Miranda, F. J., Chamorro, A. y Rubio, S. (2007). *Introducción a la Gestión de Calidad*.

48. Morales Sánchez, V. (2003). Evaluación psicosocial de la calidad en servicios municipales deportivos: aportaciones desde el análisis de variabilidad. Málaga:SPICUM.
49. Nieto, C. y Ros, L. (2006). Comparación entre los Modelos de Gestión de Calidad Total: EFQM, Gerencial de Deming, Iberoamericano para la Excelencia y Malcolm Baldrige. Situación frente a la ISO 9000. X Congreso de Ingeniería de Organización, Valencia 7 y 8 de septiembre.
50. Normas ISO – 9001 (2008) Directrices para su selección y utilización. UNE – EN- ISO 9000 - 1
51. Parasuraman, A., Zeithaml, V. y Berry, L. (1985). A Conceptual Model of Service Quality and its Implications for Future Research. *Journal of Marketing*, 49, 4150.
52. Parasuraman, A., Zeithaml, V. y Berry, L. (1988). SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, 64(1), 12-40.
53. Parasuraman, A. Zeithaml, V. y Berry, L. (1993). More on improving service quality measurement. *Journal of Retailing*, 69, 140-147.
54. Parasuraman, A., Zeithaml, V. y Berry, L. (1994). Reassessment of expectations as a comparison standard in measuring service quality: Implications for further research. *Journal of Marketing*, 58(1), 111-124.
55. Pastor, J. (2007). Modelo de Gestión de Calidad en Instituciones Sanitarias. Integrandolos modelos de gestión EFQM y CMI. Madrid: Consejo Económico y Social.
56. Pastor, Y., Balaguer, I. y García-Merita, M. (2006). Relaciones entre el autoconcepto y el estilo de vida saludable en la adolescencia media: un modelo exploratorio. *Journal*, 25, 1-17.
57. Roca, M. (2009). Programa de Evaluación de la Calidad en el Servicio Percibido por los pacientes en la Sabela de Sagua. Tesis.

58. Ruiz, O. C. (2007). Gestión de la calidad del servicio. Documento electrónico, fuente en Internet. 2008. Control de la Gestión. Consulta 19 de Abril 2012.]. Disponible en: <<http://www.5campus.com/leccion/calidadserv>>.
59. Taguchi, G. (1979). Introduction to Off – line Quality Control. Tokyo: Japanese Standards Association.
60. Taguchi, G. (1986). Introduction to Quality Engineering. Tokyo: Asian Productivity Organization.
61. Talavera, C. (2001). Calidad en la Administración Pública Local: las Cartas de Servicios.
62. Tanaka, J. S. y Huba, G. J. (1985). A fit index for covariance structure models under arbitrary GLS estimation. British Journal of Mathematical and Statistical
63. Theodorakis, N., Kambitsis, C., Laios, A. y Koustelios, A. (2001). Relationship between measures of service quality and satisfaction.
64. Tucker, L. R. y Lewis, C. (1973). The reliability coefficient for maximum likelihood.
65. factor analysis. Psychometrika, 38, 1-10.
66. Zeithaml, V. (1988). Consumer perceptions of price, quality and value: A means – end model and synthesis of evidence. Journal of Marketing, 52(july), 2-22.
67. Zeithaml, V., Parasuraman, A. y Berry, L. (1985). Problems and strategies in service marketing. Journal of Marketing, 49, 33-46
68. Zeithaml, V., Parasuraman, A. y Berry, L. (1993). Calidad total en la gestión de servicios. Cómo lograr el equilibrio entre las percepciones y las expectativas de los consumidores. Madrid: Díaz de Santos.

Anexo 1: Diferentes modelos para la medición de la calidad percibida.

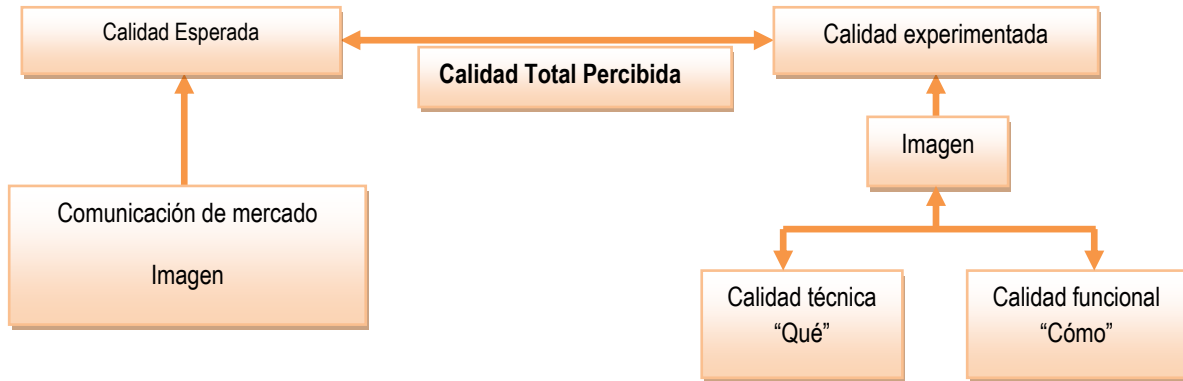


Figura 1. La calidad total percibida

Fuente: Grönroos (1988)

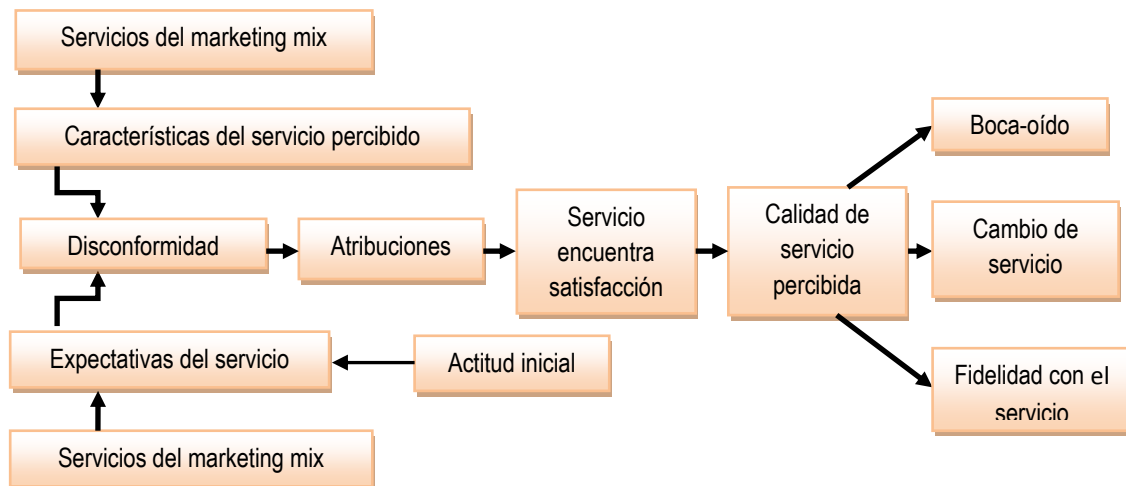


Figura 2. Modelo de evaluación del contacto de servicio

Fuente: Bitner (1990)

Continuación anexo 1

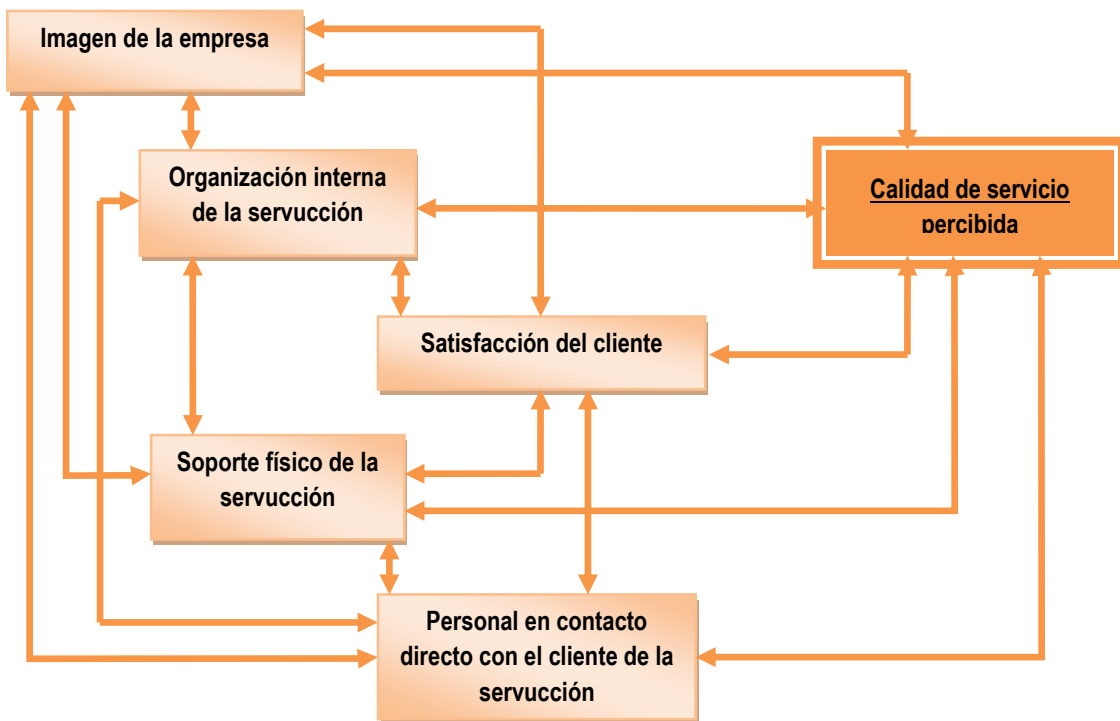


Figura 3 Modelo conceptual de la calidad de los servicios

Fuente: Nguyen (1991)

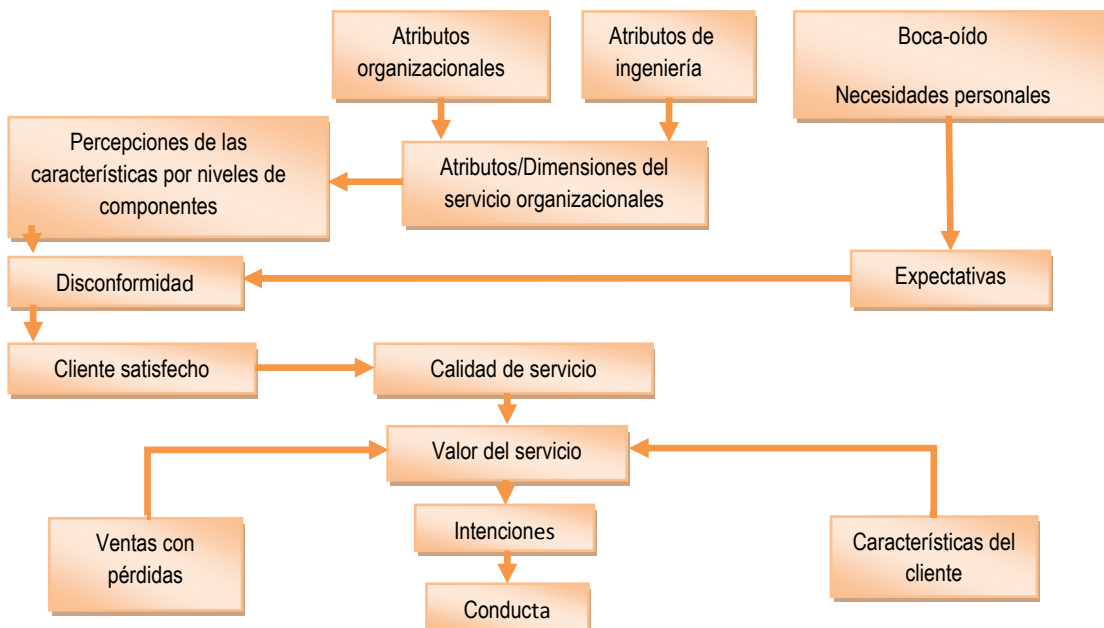


Figura 4 Un modelo multietapa de valoraciones de los clientes de calidad de servicio y valor

Fuente: Bolton y Drew (1991)

Continuación anexo 1

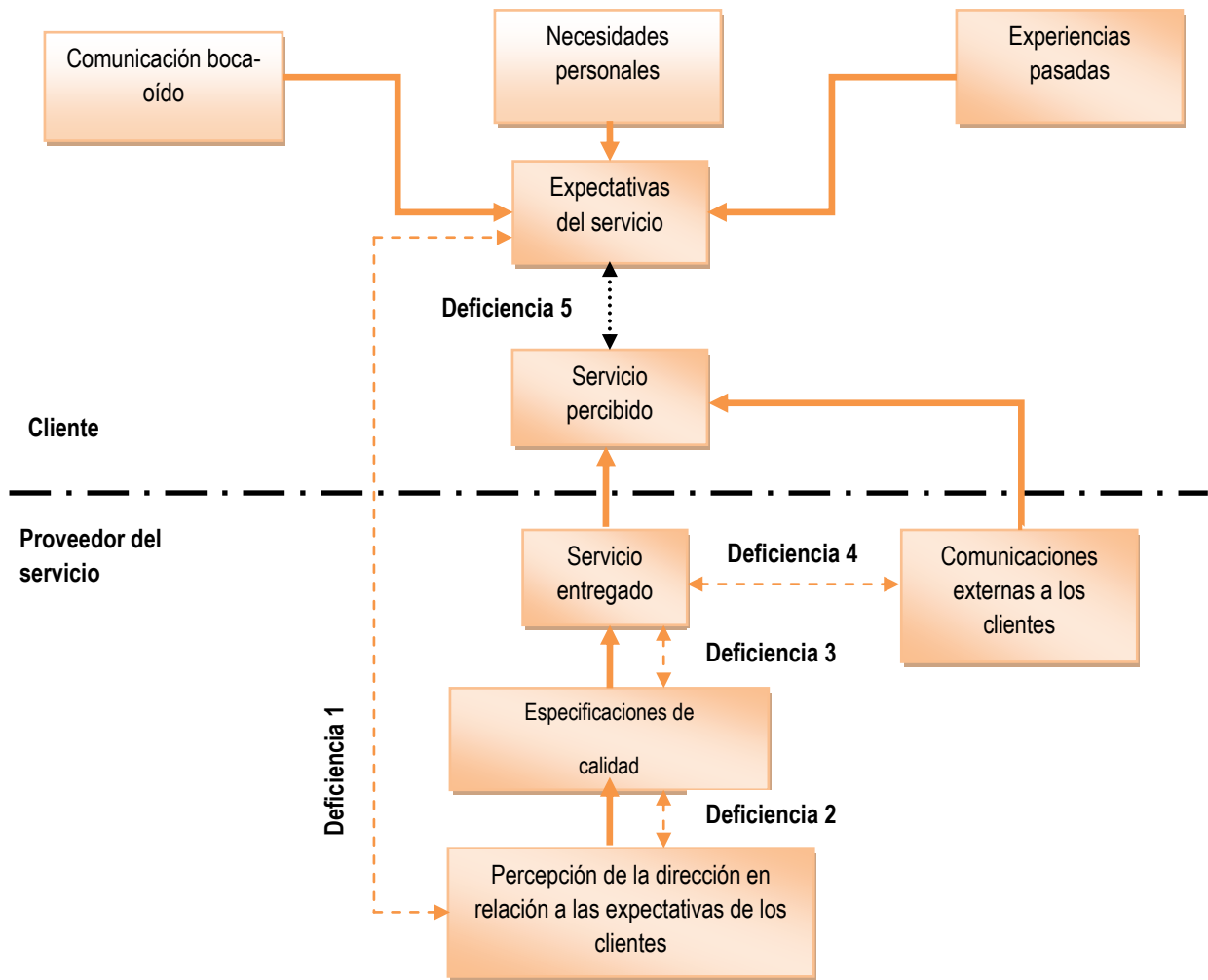


Figura 5 Modelo de calidad en el servicio percibida

Fuente: Parasuraman, Zeithaml y Berry (1993)

Anexo 2: Discrepancias o diferencias del modelo de las deficiencias

GAP	Características
GAP 1	<p>GAP Estratégico Discrepancia entre las expectativas de los clientes y las percepciones que la empresa o institución tiene sobre esas expectativas. Una de las principales razones por las que la calidad de servicio puede ser percibida como deficiente es no saber con precisión que es lo que los clientes esperan (Vogel, 2003).</p> <p>El primer e imprescindible paso en el perfeccionamiento de la calidad de los servicios consiste en que la dirección de la empresa o institución adquiera suficiente información sobre las expectativas de los usuarios para que esto permita disminuir las discrepancias ocasionadas por la brecha 1 (Maza, 2002).</p>
GAP 2	<p>GAP Técnico de diseño. Discrepancia entre la percepción que los directivos tienen sobre las expectativas de los clientes y las especificaciones de calidad. Es la dificultad que los ejecutivos encuentran para convertir lo que entienden que son las expectativas de los usuarios en especificaciones o normas de la calidad del servicio (Vásquez y Díaz 1996).</p> <p>Esto implica establecer normas que respondan las expectativas de los clientes, debe producir un impacto favorable en las percepciones que tienen los usuarios sobre la calidad del servicio (Maza, 2002).</p>
GAP 3	<p>Gap Funcional o de Ejecución. Discrepancia entre las especificaciones de calidad y el servicio realmente ofrecido (Vogel, 2003).</p> <p>Para que las normas sean efectivas deben establecerse mecanismos que aseguren su cumplimiento: es decir, la actuación de los empleados deberá ser medida y compensada en base al cumplimiento de las normas (Cerezo, 1997).</p> <p>Aún que cuando las normas reflejen con precisión las expectativas de los usuarios, si los directivos fallan en perseguir hasta el fondo su cumplimiento, estas no funcionarán (Maza, 2002).</p>
GAP 4	<p>Gap de Relaciones Externas. Discrepancia entre el servicio real y lo que se comunica a los clientes sobre él. (Vogel, 2003).</p> <p>Los clientes no siempre están conscientes de todo lo que se hace para darles un buen servicio. Al no informar las empresas, o instituciones estas pierden la oportunidad de influir favorablemente en la percepción del servicio por parte del cliente (Vásquez y Díaz 1996).</p> <p>Las percepciones del servicio por parte del cliente pueden mejorarse por medio de un proceso de educación de los clientes, para que sean mejores usuarios del servicio, y explicando adecuadamente a los clientes todas las facetas del proceso requerido para la prestación del servicio, considerado muchas veces por los clientes como fastidioso (Maza, 2002).</p>
GAP 5	<p>Discrepancia entre el servicio esperado y el servicio recibido. Esta brecha es el resultado de las cuatro brechas anteriores.</p>

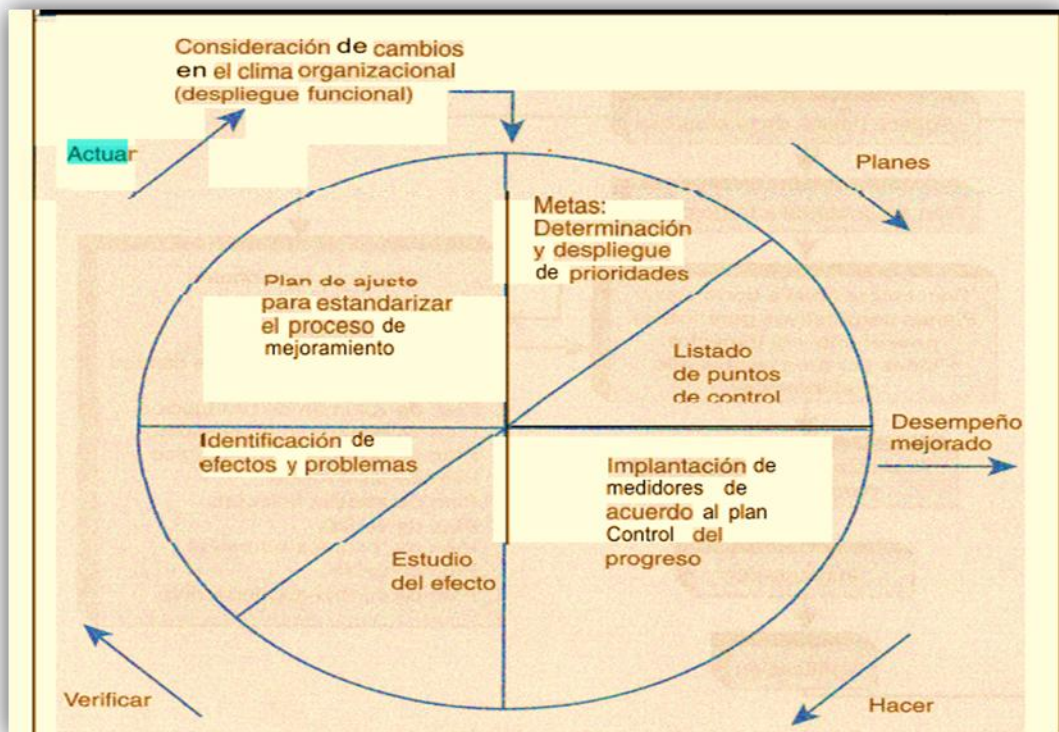
Fuente: Elaboración propia

Anexo 3: Modelos de calidad total

Modelo de Excelencia en la Gestión de Malcon Baldrige

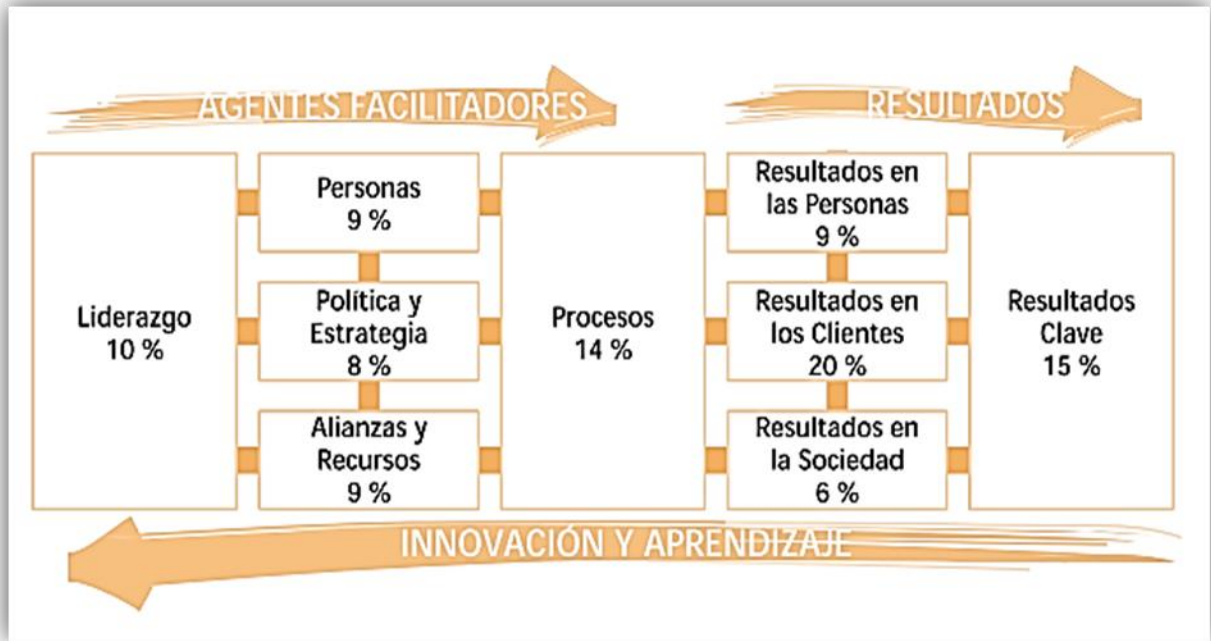


Modelo Gerencial de Deming (ciclo de planificar, hacer, verificar, actuar)



Continuación anexo 3

Modelo: Fundación Europea para la Gestión de Calidad (EFQM)



Modelo: Iberoamericano para la excelencia



Anexo 4: Subcriterios en los que se basan los modelos de calidad total

Criterios	Subcriterios		
	Modelo EFQM	Modelo Iberoamericano	Modelo Baldrige
1 Liderazgo	<ul style="list-style-type: none"> 1.a) Desarrollo de funciones, metas, objetivos y valores. 1.b) Implicación en el desarrollo, implantación y mejora del sistema de gestión. 1.c) Implicación con los ciudadanos, socios, colaboradores y representantes de la sociedad. 1.d) Motivación, apoyo y reconocimiento de las personal. 1.e) Impulsar el cambio en la organización. 	<ul style="list-style-type: none"> 1.a) Compromiso de los líderes con una cultura de compromiso 1.b) Implicación de los líderes con el personal de fuera y dentro de la organización. Cubrir las necesidades de los grupos de interés. 1.c) Desarrollo de una estructura organizativa para una eficaz aplicación de la política y la estrategia. 1.d) Mejora y Gestión sistemática de procesos. 	<ul style="list-style-type: none"> 1.a) Liderazgo Organizacional 1.b) Responsabilidad Social
2 Política y Estrategia.	<ul style="list-style-type: none"> 2.a) Necesidades y expectativas actuales y futuras como fundamento de la política y estrategia. 2.b) Información procedente de actividades relacionadas con el rendimiento y el aprendizaje. 2.c) Desarrollo, revisión y actualización de la política y estrategia. 2.d) Despliegue de la política y estrategia mediante un esquema de procesos clave. 	<ul style="list-style-type: none"> 2.a) Orientada hacia el mercado, se basa en las necesidades y expectativas de los grupos de interés. 2.b) Emplea información obtenida a partir de mediciones y actividades de investigación. 2.c) Se desarrolla, evalúa, revisa y mejora. 2.d) Comunicación de la Política y Estrategia. 	<ul style="list-style-type: none"> 2.a) Desarrollo de la estrategia. 2.b) Despliegue de la estrategia
3 Desarrollo de las personas.	<ul style="list-style-type: none"> 3.a) Planificación, gestión y mejora de los RR.HH. 3.b) Identificación, desarrollo, y mantenimiento del conocimiento y de las capacidades. 3.c) Implicación y asunción de responsabilidades. 3.d) Diálogo entre las personas y la organización. 3.e) Recompensa, reconocimiento y atención. 	<ul style="list-style-type: none"> 3.a) Planificación y mejora del personal. 3.b) Desarrollo de la capacidad, conocimiento y desempeño. 3.c) Comunicación y capacidad de las personas. 3.d) Atención y reconocimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> 5.a) Sistemas de trabajo. 5.b) Aprendizaje y Motivación del empleado. 5.c) Bienestar y satisfacción del empleado.

Continuación anexo 4

<p>4 Alianzas y Recursos.</p>	<p>4.a) Gestión de alianzas externas. 4.b) Recursos económicos y financieros. 4.c) Locales, dependencias, equipos y materiales. 4.d) Tecnología. 4.e) Información y conocimiento.</p>	<p>4.a) Gestión de recursos financieros. 4.b) Gestión de recursos de información y conocimientos. 4.c) Gestión de los inmuebles, equipos, tecnología y materiales. 4.d) Gestión de los recursos externos, incluidos los de los asociados.</p>	<p>4.a) Dimensión y Análisis del Rendimiento Organizacional 4.b) Gestión de la información y del Conocimiento:</p>
<p>5 Procesos y Clientes</p>	<p>5.a) Diseño y gestión sistemática de procesos. 5.b) Mejora continua de procesos. 5.c) Orientación de los procesos y procedimientos hacia la satisfacción del cliente. 5.d) Prestación de servicios y productos al cliente. 5.e) Gestión y mejora de la relación con los clientes.</p>	<p>5.a) Identificación de necesidades y expectativas. 5.b) Diseño y desarrollo de productos y servicios. 5.c) Fabricar, suministrar, y mantener productos y servicios. 5.d) Cultivar y mejorar las relaciones con los clientes.</p>	<p>3.a) Conocimiento del cliente y del mercado. 3.b) Relaciones con el cliente y satisfacción. 6.a) Procesos de creación de valor. 6.b) Procesos soporte</p>
<p>6,7,8,9 Resultados</p>	<p>6.a) Medidas de percepción 6.b) Indicadores de rendimiento</p>	<p>6.a) Medidas de percepción 6.b) Medidas del desempeño.</p>	<p>7.a) Resultados enfocados en el cliente 7.b) Resultados en los productos y servicios</p>
	<p>7.a) Medidas de percepción 7.b) Indicadores de rendimiento.</p>	<p>7.a) Medidas de percepción 8.a) Medidas del desempeño.</p>	
	<p>8.a) Medidas de percepción 8.b) Indicadores de rendimiento</p>	<p>8.a) Medidas de percepción 8.b) Medidas del desempeño.</p>	

Fuente: Nieves Nieto y Ros MacDonnel (2006)

Anexo 5: Principios fundamentales de los modelos

Modelo EFQM	Modelo Deming	Modelo Iberoamericano	Modelo Malcolm Baldrige
1. Orientación en los resultados.	1. Crear y difundir visión, propósito, misión.	1. Orientación en los resultados.	1. Enfoque en los resultados y en la creación de valor..
2. Orientación hacia el cliente	2. Aprender y adoptar la nueva filosofía.	2. Orientación hacia el cliente	2. Excelencia enfocada hacia el cliente
3. Liderazgo y coherencia con los objetivos	3. No depender más de la inspección masiva.	3. Liderazgo y coherencia con los objetivos	3. Visión de Liderazgo.
4. Dirección por procesos y hechos.	4. Eliminar la práctica de otorgar contratos de compra basándose exclusivamente en el precio.	4. Dirección por procesos y hechos.	4. Dirección por hechos.
5. Desarrollo e implicación del personal.	5. Mejorar de forma continua y para siempre el sistema de producción y de servicios.	5. Desarrollo e implicación del personal.	5. Valoración de los empleados y de los socios.
6. Aprendizaje, Innovación y Mejora continua.	6. Instituir la capacitación en el trabajo.	6. Aprendizaje, Innovación y Mejora continua.	6. Aprendizaje organizacional y personal y Mejora continua.
7. Desarrollo de alianzas y asociaciones	7. Enseñar e instituir el liderazgo.	7. Desarrollo de alianzas y asociaciones	7. Desarrollo de las asociaciones.
8. Responsabilidad Social.	8. Desterrar el temor, generar el clima para la innovación.	8. Responsabilidad Social.	8. Responsabilidad Social y Buen hacer ciudadano.
	9. Derribar las barreras que hay entre las áreas departamentales.		9. Agilidad y Respuestas rápidas
	10. Eliminar los eslóganes, las exhortaciones y las metas numéricas para la fuerza laboral.		10. Enfoque en el futuro
	11. Eliminar estándares de producción y las cuotas numéricas, sustituir por mejora continua.		11. Perspectiva en sistemas.
	12. Derribar las barreras que impiden el orgullo de hacer bien un trabajo.		
	13. Instituir un programa vigoroso de educación y reentrenamiento.		
	14. Empezar acciones para alcanzar la transformación.		

Fuente: Nieves Nieto y Ros MacDonnel (2006)

Anexo 6: Cuestionario sobre la percepción de la calidad y la satisfacción de los pacientes hipertensos con la atención médica recibida.

Con vistas a perfeccionar los servicios que se brindan en las áreas de salud a pacientes hipertensos se requiere conocer sus opiniones y criterios sobre la atención brindada, para ello se solicita de usted su consentimiento y sinceridad al responder la presente encuesta, agradecemos de antemano su cooperación,

Gracias

I. Características personales de los pacientes atendidos.

1.1 Edad_____

1.2 Sexo: Masculino_____ Femenino _____

1.3 ¿Qué tiempo hace que le fue diagnosticada la hipertensión?

1.4 ¿Por qué asistió hoy a consulta?_____

II. Tiempos de espera

2.1 ¿Cuánto tiempo esperó para ser atendido?_____ horas _____ minutos

2.2 ¿Le parece? Poco ___ aceptable ___ mucho_____

2.3 ¿Pudo obtener los medicamentos indicados?

Sí___ No___ NA___

2.4 ¿Qué tiempo tuvo que esperar para obtener los medicamentos indicados?

Semanas_____ Días _____ horas _____

¿Le parece? Poco ___ aceptable ___ mucho

2.5 ¿Pudo realizarse los análisis y otras pruebas indicadas?

Sí___ No_____

2.6 ¿Qué tiempo tuvo que esperar para realizarse los análisis y otras pruebas indicadas?

Semanas_____ Días _____ horas _____

¿Le parece? Poco ___ aceptable ___ mucho

III. Atención médica

3.1 ¿El médico lo examinó?

Sí___ No___

3.2 ¿El médico le explicó lo que tenía y qué hacer?

Sí___ No___

3.3 ¿Entendió las recomendaciones médicas?

Sí___ No___

3.4 ¿Le dijo si tenía que regresar?

Sí___ No___

3.5 ¿Considera que los profesionales mostraron interés en brindarle el servicio con calidad?

Sí___ No___

3.6 ¿Considera que los profesionales fueron responsables en su atención?

Sí___ No___

3.7 ¿Cómo fue el trato del médico?

Excelente___ Bueno___ Regular___ Malo ___

3.8 ¿Cómo fue el trato de la enfermera?

Excelente___ Bueno___ Regular___ Malo ___

IV. Condiciones en que se brinda el servicio

4.1 ¿Cómo considera la limpieza del consultorio?

Excelente___ Buena___ Regular___ Mala ___

4.2 ¿Cómo considera las condiciones de iluminación, ventilación y el mobiliario?

Excelente___ Buena___ Regular___ Mala ___

V. Consideraciones generales de la calidad de atención recibida

5.1 ¿En general, cómo considera la atención recibida?

Excelente___ Buena___ Regular___ Mala ___

5.2 ¿Cómo calificaría Ud. la relación que entabló con su médico?

Excelente___ Buena___ Regular___ Mala ___

5.3 ¿Las expectativas que tenía en cuanto a su atención, fueron satisfechas?

Sí___ No___

5.4 ¿La consulta recibida le permitió aprender algo más sobre su enfermedad?

Sí___ No___

5.5 ¿Al terminar la consulta, salió motivado del consultorio para realizarse los exámenes auxiliares que le indicaron y para seguir las indicaciones que le dieron?

Sí___ No___

5.6 ¿Si necesitara una nueva atención, regresaría donde el médico que le atendió o se lo recomendaría a algún amigo o familiar?

Sí___ No___

VI. Importancia relativa de las dimensiones referidas.

6.1 Marque con una (X) el **nivel de importancia** que usted le da a los siguientes aspectos:

Aspecto	Valoración				
	Muy Importante	Importante	Más o Menos importante	Poco Importante	Sin Importancia
Interés mostrado por el médico para conocer su estado de salud					
Seguimiento que hace el médico de Su caso					
Confianza y seguridad que tiene en Su médico					
Información que ha recibida sobre su problema					
Trato humano recibido por parte de los miembros del Equipo de salud					
Capacidad y habilidades médicas					
Capacidad resolutive del consultorio					
Equipamiento e instalaciones del centro					
Privacidad del consultorio					
Limpieza del centro					
Tiempo de espera para atención					
Tiempo que le ha dedicado el médico					

6.2 Marque con una (X) su **nivel de satisfacción** por los siguientes aspectos:

Aspecto	Satisfacción				
	Excelente	Muy Bueno	Bueno	Regular	Malo
Interés mostrado por el médico para conocer su estado de salud					
Seguimiento que hace el médico de Su caso					
Confianza y seguridad que tiene en Su médico					
Información que ha recibida sobre su problema					
Trato humano recibido por parte de los miembros del Equipo de salud					
Capacidad y habilidades médicas					
Capacidad resolutive del consultorio					
Equipamiento e instalaciones del centro					
Privacidad del consultorio					
Limpieza del centro					
Tiempo de espera para atención					
Tiempo que le ha dedicado el médico					

Llenado por: _____ Fecha: _____

Anexo 7: Cuestionarios sobre la percepción de la calidad y la satisfacción de los integrantes del Equipo Básico de Salud (EBS) con la atención médica recibida por pacientes hipertensos en el Consultorio Médico de Familia.

Con vistas a perfeccionar los servicios que se brindan en las áreas de salud a pacientes hipertensos se requiere conocer sus opiniones y criterios sobre la atención brindada, para ello se solicita de usted su consentimiento y sinceridad al responder la presente encuesta, agradecemos de antemano su cooperación,

Gracias

I. Características personales de los miembros del EBS.

1.1 Edad_____

1.2 Sexo: Masculino_____ Femenino _____

1.3 Profesión _____

1.4 Marque con una (X) su estado actual

a) Médico especialista en Medicina General Integral _____

b) Médico Residente Medicina General Integral _____

c) Otra especialidad o calificación _____ ¿Cuál? _____

d) Licenciado en Enfermería _____ Técnico Medio en Enfermería _____

e) Otra _____ ¿Cuál? _____

1.5 ¿Qué tiempo hace que se graduó? _____

1.6 ¿Años de experiencia en la Atención Primaria de Salud? _____

II. Competencia del profesional del miembro del a salud

a) ¿Conoce usted el Programa Nacional de Prevención, Diagnóstico, Evaluación y Control de la Hipertensión Arterial? Sí_____ No_____. En caso positivo pase a las siguientes preguntas, de lo contrario prosiga con la sección III.

b) Toma de Presión Arterial

Describa los pasos fundamentales en la técnica de toma de la presión arterial. Marque con X los pasos que vaya citando y luego llene el resumen.

() Seleccionar el tamaño adecuado del manguito.

() Dejar en reposo a la persona por 5 minutos.

() Sentar la persona con brazo extendido a la altura del corazón.

() Colocar el estetoscopio ni por debajo ni encima del brazalete

() Palpar la arteria braquial o radial y elevar la presión 30mmHg por encima del valor donde desaparece el pulso

() Desinflar el manguito al ritmo de 2 a 3 mmHg por segundo hasta 30 mmHg por debajo de la desaparición de los ruidos

() No reinsuflar el manguito en el transcurso de la toma

() Define la presión sistólica con la aparición del primer ruido y la presión diastólica con la desaparición del ruido.

() Toma la presión en ambos brazos la primera vez a la persona se le realiza este proceder.

() Escoger la extremidad con el mayor valor para controles subsecuentes y hacer **dos** tomas de Presión Arterial a intervalos de **2 minutos**.

() Si existen diferencias mayores de 5 mmHg entre las tomas, volver a tomar hasta obtener dos lecturas con diferencias iguales o menores de 5 mmHg

Resumen:

Cita todos los pasos = Excelente

Cita más de 6 pasos = Bien

Cita entre 6 y 5 = Regular

Cita menos de cinco = Deficiente

c) Identificación de pacientes

En caso de que se detecten cifras tensionales alteradas a una persona. Marque con X las acciones que refiere realizar realiza y luego llene el resumen.

() Le pregunta al usuario si ha sido diagnosticado como hipertenso o si es la primera vez que tiene la presión arterial alta.

() Toma la presión arterial en ambos brazos.

() Le realiza los procederes para su dispensarización o lo refiere a la consulta médica para tales fines según su competencia profesional.

Resumen:

Cita todos los pasos = Excelente

Cita 2 pasos = Bien

Cita entre 1 ó ninguno = Deficiente

d) Diagnóstico

e.1) ¿Podría citar los pasos de la toma de la Presión Arterial por sospecha de hipertensión? Marque con X los que vaya citando, luego llene el resumen.

() Toma de Presión Arterial en ambos brazos con paciente sentado

() Segunda toma de Presión Arterial dos minutos después en el brazo con la cifra más alta

() Tercera toma en el brazo con la cifra más alta dos minutos después de la segunda toma, con el paciente de pie para detectar la presencia de Hipotensión ortostática

Resumen:

Cita todos los pasos = Excelente

Cita 2 pasos = Bien

Cita entre 1 ó ninguno = Deficiente

e.2) Me puede indicar ¿cómo se define la hipertensión de acuerdo al programa vigente.

Espere la respuesta y luego verifique si indicó que es.... Sistólica mayor o igual de 140 y diastólica mayor o igual de 90 ó está tomando medicamentos antihipertensivos.

Respondió eso: Si = Bien No = Mal

e.3) Me puede indicar ¿qué se entiende por Sospecha de hipertensión?. Espere la respuesta y luego verifique si indicó que es.... Cuando el promedio entre dos mediciones es mayor o igual de 130 o mayor o igual de 85.

Respondió eso: Si = Bien No = Mal

e.4) ¿Cómo se define de acuerdo una crisis hipertensiva?. Espere la respuesta y luego verifique si refirió que es... (Verifique para las dos frases)

- Sistólica mayor o igual a 140 o diastólica mayor o igual a 90 asociado con alguno de los siguientes síntomas: disnea, dolor de pecho, pérdida de fuerza de alguna extremidad, dificultad para hablar.

Respondió eso: Si = Bien No = Mal

- Sistólica mayor o igual a 180 o diastólica mayor o igual a 110 sin que necesariamente esté asociado con síntomas.

Respondió eso: Si = Bien No = Mal

e) Tratamiento preventivo

Me podría ir indicando las principales recomendaciones no farmacológicas que deben darse a las personas hipertensas para reducir la presión arterial. Marque con X dentro del paréntesis las que vaya mencionando y luego llene el resumen

- Reducción de peso
- Evitar la ingesta excesiva de alcohol.
- Evitar la ingesta excesiva de sal
- Realizar actividad física
- Cambios en la alimentación
- Control del stress
- Cese de fumado

Resumen:

Cita todas = Excelente

Cita entre 5 y 6 = Bien

Cita 4 = Regular

3 ó menos = Deficiente

f) Educación en Salud

¿Me podría ir mencionando cuáles son las estrategias de educación en salud que utiliza para educar a la persona hipertensa en el área de salud? Marque con una X las respuestas y luego llene el resumen

- Educación individual en la primera consulta por parte de miembros del equipo de básico de salud
- Educación individual en todas las consultas médica de seguimiento
- Educación individual en las visitas domiciliarias
- Consejería individual
- Educación grupal en centros especializados
- Grupos de Apoyo

Resumen

Están marcadas con 1, las alternativas 1, 2 y 3 = Bien

Están marcadas con 1, dos de las alternativas 1, 2 y 3 = Regular

Está marcada 1, una o ninguna de las alternativas 1, 2 y 3 = Mal

6.2 ¿Me podría ir mencionando cuáles son los contenidos de educación en salud que utiliza para educar a la persona hipertensa? Marque con una X las respuestas y luego llene el resumen

- Cesación del fumado
- Reducir peso
- Reducir ingesta de alcohol
- Consumo de frutas y vegetales diarias
- Reducir o eliminar grasas y sal de la dieta diaria
- Realizar actividad física mínimo 30 minutos diarios 3 veces por semana
- Recomendaciones para el manejo de estrés

Resumen:

Están marcadas 4 o más alternativas = Bien

Están marcadas con Si 3 o menos alternativas = Bien

III. Tiempos de espera

3.1 ¿Cuánto tiempo espera como promedio una persona para ser atendida?

_____ horas _____ minutos

3.2 ¿Le parece? Poco ___ aceptable ___ mucho_____

3.3 ¿Pueden regularmente obtener los medicamentos requeridos?

Sí___ No___ NA___

3.4 ¿Qué tiempo tienen que esperar los pacientes para adquirir los medicamentos requeridos?

Semanas____ Días _____ horas _____

¿Le parece? Poco ___ aceptable ___ mucho

3.5 ¿Pueden realizarse los pacientes las pruebas indicadas con rapidez? Sí___ No___

3.6 ¿Qué tiempo tienen que esperar como promedio para realizarse las pruebas diagnósticas indicadas?

Semanas____ Días _____ horas _____

¿Le parece? Poco ___ aceptable ___ mucho

IV. Condiciones en que se brinda el servicio

4.1 ¿Posee el consultorio equipos para toma de tensión? Sí_____ No_____

4.2 ¿Los equipos para toma de tensión arterial que usted utiliza se revisan y calibran periódicamente? Sí_____ No_____

4.3 ¿Cómo considera la limpieza del consultorio?

Excelente___ Buena___ Regular___ Mala _____

4.4 ¿Cómo considera las condiciones de iluminación, ventilación y el mobiliario?

Excelente___ Buena___ Regular___ Mala _____

4.5 ¿Tiene su consultorio la privacidad requerida para la atención a un paciente hipertenso?

Sí___ No___ NA___

V. Consideraciones generales sobre la calidad de atención recibida

5.1 ¿En general, cómo considera la atención que reciben los pacientes hipertensos en el consultorio?

Excelente___ Buena___ Regular___ Mala _____

5.2 ¿Cómo calificaría la relación que entabla con sus pacientes?

Excelente___ Buena___ Regular___ Mala _____

5.3 ¿Las expectativas que tiene en cuanto a la atención de sus se satisfacen?

Siempre___ Casi siempre___ Algunas veces___ Casi nunca___ Nunca _____

5.4 ¿Permite la presión asistencial en el consultorio entrenar satisfactoriamente a los pacientes y sus familiares con respecto a hipertensión?

Sí___ No___

5.5 ¿Al terminar la consulta los pacientes y familiares expresan su satisfacción por el trato recibido y la disposición para indicaciones médicas y realizarse los exámenes diagnósticos indicados?

Siempre___ Casi siempre___ Algunas veces___ Casi nunca___ Nunca___

VI. Importancia relativa de las dimensiones referidas.

6.1 Marque con una (X) el **nivel de importancia** que usted le da a los siguientes aspectos:

Aspecto	Valoración				
	1	2	3	4	5
Interés del médico para conocer el estado de salud					
Seguimiento médico del caso					
Confianza y seguridad en el médico que actúa					
Información brindada sobre su problema de salud					
Trato recibido por parte de los miembros del Equipo Básico de salud					
Capacidad y habilidades médicas					
Capacidad resolutive del consultorio y de otras estructuras organizativas del área de salud para la atención integral					
Accesibilidad y calidad del equipamiento e instalaciones del área de salud					
Privacidad del consultorio					
Limpieza de las instalaciones del centro					
Tiempo de espera para atención					
Tiempo dedicado por los miembros del Equipo Básico de Salud					

Muy Importante=1 Importante=2 Más o Menos importante=3 Poco Importante=4 Sin importancia=5

6.2 Marque con una (X) su **nivel de satisfacción** en los siguientes aspectos:

Aspecto	Satisfacción				
	1	2	3	4	5
Aspecto					
Interés del médico para conocer el estado de salud del paciente					
Seguimiento médico del caso					
Confianza y seguridad en el médico que actúa					
Información brindada sobre su problema de salud					
Trato recibido por parte de los miembros del Equipo Básico de salud					
Capacidad y habilidades médicas					
Capacidad resolutive del consultorio y de otras estructuras organizativas del área de salud para la atención integral					
Accesibilidad y calidad del equipamiento e instalaciones del área de salud					
Privacidad del consultorio					
Limpieza de las instalaciones del centro					
Tiempo de espera para atención					
Tiempo dedicado por los miembros del Equipo Básico de Salud					

Muy Importante=1 Importante=2 Más o Menos importante=3 Poco Importante=4 Sin importancia=5

Llenado por: _____ Fecha: _____

Anexo 8.

Guía de Entrevista en profundidad para análisis e interpretación de información recopilada de encuesta a pacientes y a encuesta a profesionales

Gracias

I. Saludo y presentación.

II. Motivación

Con vistas a perfeccionar los servicios que se brindan en las áreas de salud a pacientes hipertensos se requiere conocer los factores y causas que influyen negativamente en la calidad de su atención, para ello las opiniones expresadas en esta entrevista son de gran valor, agradecemos de antemano su cooperación.

III. Información General.

2.1 Lugar de la entrevista: _____

2.2 Fecha: _____

2.3 Hora: _____

2.4 ¿Dónde labora actualmente? _____

2.5 ¿Cuál es:

2.5.1 su profesión? _____

2.5.2 su especialidad? _____

2.5.4 su experiencia profesional (Años)? _____

IV. Identificación de problemas de la calidad percibida en la atención a pacientes hipertensos

Puede mencionarme en orden de importancia los factores que desde su punto de vista influyen negativamente en la calidad de la atención que reciben actualmente los pacientes hipertensos en el policlínico y los consultorios del área de salud del municipio Sancti- Spiritus.

V. Identificación las causas de los problemas de la calidad percibida en la atención a pacientes hipertensos

Puede darme su opinión sobre las causas de los problemas la calidad de la atención que reciben actualmente los pacientes hipertensos que me ha referido, (si es necesario revise sus anotaciones para recordar algún problema que el entrevistado haya olvidado).

VI. Cierre de la entrevista, agradecimiento y despedida.

Realizada por: _____ Fecha: _____

Anexo 9: Análisis estadístico y porcentual de los indicadores evaluados a partir de la encuesta a pacientes en el área Centro del municipio de Sancti Spiritus

Tiempo de diagnosticado	Cantidad	Porcentaje
Menos de 1 año	12	15.8
De 1 – 4 años	17	22.4
De 5 – 9 años	36	47.4
Más de 10 años	11	14.4
Total	76	100

Nivel de importancia del interés mostrado por el médico para conocer su estado de salud

Nivel de importancia del interés	Cantidad	Porcentaje
Muy importante	49	64.5
Importante	17	22.4
Más o menos importante	10	13.1
Poco importante	-	-
Sin importancia	-	-
Total	76	100

Nivel de satisfacción por el interés mostrado por el médico para conocer su estado de salud

Nivel de satisfacción por el interés mostrado	Cantidad	Porcentaje
Excelente	44	57.9
Muy buena	21	27.6
Buena	11	14.5
Regular	-	-
Mala	-	-
Total	76	100

Nivel de importancia del Seguimiento que hace el médico de su caso

Nivel de importancia del Seguimiento	Cantidad	Porcentaje
Muy importante	49	64.5
Importante	17	22.4
Más o menos importante	10	13.1
Poco importante	-	-
Sin importancia	-	-
Total	76	100

Nivel de satisfacción del Seguimiento que hace el médico de su caso

Nivel de satisfacción del Seguimiento	Cantidad	Porcentaje
Excelente	44	57.9
Muy buena	21	27.6
Buena	11	14.5
Regular	-	-
Mala	-	-
Total	76	100

Nivel de importancia de la confianza y seguridad que tiene en su médico

Nivel de importancia de la confianza y seguridad	Cantidad	Porcentaje
Muy importante	67	88.0
Importante	7	9.2
Más o menos importante	2	2.8
Poco importante	-	-
Sin importancia	-	-
Total	76	100

Nivel de satisfacción de la confianza y seguridad que tiene en su médico

Nivel de satisfacción de la confianza y seguridad	Cantidad	Porcentaje
Excelente	60	78.9
Muy buena	16	19.8
Buena	1	1.3
Regular	-	-
Mala	-	-
Total	76	100

Nivel de importancia de la información que recibe sobre su problema

Nivel de importancia de la información recibida	Cantidad	Porcentaje
Muy importante	52	68.6
Importante	17	22.4
Más o menos importante	7	9.0
Poco importante	-	-

Sin importancia	-	-
Total	76	100

Nivel de satisfacción de la información que recibe sobre su problema

Nivel de satisfacción por la información recibida	Cantidad	Porcentaje
Excelente	49	64.5
Muy buena	23	30.3
Buena	4	5.2
Regular	-	-
Mala	-	-
Total	76	100

Nivel de importancia del trato humano recibido por parte de los miembros del Equipo de salud

Nivel de importancia del trato humano recibido	Cantidad	Porcentaje
Muy importante	63	82.9
Importante	9	11.9
Más o menos importante	4	5.2
Poco importante	-	-
Sin importancia	-	-
Total	76	100

**Nivel de satisfacción del trato humano recibido por parte de los miembros del
Equipo de salud**

Nivel de satisfacción del trato humano recibido	Cantidad	Porcentaje
Excelente	58	76.3
Muy buena	12	15.8
Buena	6	7.9
Regular	-	-
Mala	-	-
Total	76	100

Nivel de importancia de la capacidad y habilidades médicas

Nivel de importancia de la capacidad y habilidades	Cantidad	Porcentaje
Muy importante	65	85.5
Importante	6	7.9
Más o menos importante	5	6.6
Poco importante	-	-
Sin importancia	-	-
Total	76	100

Nivel de satisfacción de la capacidad y habilidades médicas

Nivel de satisfacción de la capacidad y habilidades	Cantidad	Porcentaje
Excelente	59	77.6
Muy buena	10	13.1
Buena	8	9.3
Regular	-	-
Mala	-	-
Total	76	100

Nivel de importancia sobre la capacidad resolutive del consultorio

Nivel de importancia sobre la capacidad resolutive	Cantidad	Porcentaje
Muy importante	26	34.2
Importante	30	39.5
Más o menos importante	20	26.3
Poco importante	-	-
Sin importancia	-	-
Total	76	100

Nivel de satisfacción sobre la capacidad resolutive del consultorio

Nivel de satisfacción sobre la capacidad resolutive	Cantidad	Porcentaje
Excelente	14	14.0
Muy buena	21	27.6
Buena	41	54.4
Regular	-	-

Mala	-	-
Total	76	100

Nivel de importancia del equipamiento e instalaciones del centro

Nivel de importancia de equipamiento e instalaciones	Cantidad	Porcentaje
Muy importante	45	59.2
Importante	16	21.0
Más o menos importante	15	19.8
Poco importante	-	-
Sin importancia	-	-
Total	76	100

Nivel de satisfacción del equipamiento e instalaciones del centro

Nivel de satisfacción del equipamiento e instalaciones	Cantidad	Porcentaje
Excelente	32	42.1
Muy buena	39	51.3
Buena	5	6.6
Regular	-	-
Mala	-	-
Total	76	100

Nivel de importancia de la privacidad del consultorio

Nivel de importancia de la privacidad	Cantidad	Porcentaje
Muy importante	51	67.1
Importante	21	27.6
Más o menos importante	4	5.3
Poco importante	-	-

Sin importancia	-	-
Total	76	100

Nivel de satisfacción de la privacidad del consultorio

Nivel de satisfacción de la privacidad	Cantidad	Porcentaje
Excelente	44	57.9
Muy buena	25	32.9
Buena	8	10.2
Regular	-	-
Mala	-	-
Total	76	100

Nivel de importancia sobre la limpieza del centro

Nivel de importancia sobre la limpieza	Cantidad	Porcentaje
Muy importante	41	64.5
Importante	24	31.6
Más o menos importante	11	3.9
Poco importante	-	-
Sin importancia	-	-
Total	76	100

Nivel de satisfacción sobre la limpieza del centro

Nivel de satisfacción sobre la limpieza	Cantidad	Porcentaje
Excelente	24	31.6
Muy buena	11	3.9
Buena	41	64.5
Regular	-	-

Mala	-	-
Total	76	100

Nivel de importancia del tiempo de espera para atención

Nivel de importancia del tiempo de espera	Cantidad	Porcentaje
Muy importante	67	88.1
Importante	6	7.9
Más o menos importante	3	3.9
Poco importante	-	-
Sin importancia	-	-
Total	76	100

Nivel de satisfacción del tiempo de espera para atención

Nivel de satisfacción del tiempo de espera	Cantidad	Porcentaje
Excelente	28	36.8
Muy buena	36	47.4
Buena	12	15.8
Regular	-	-
Mala	-	-
Total	76	100

Nivel de importancia del tiempo que le dedica el médico

Nivel de importancia del tiempo dedicado	Cantidad	Porcentaje
Muy importante	71	93.4
Importante	4	5.2
Más o menos importante	1	1.4
Poco importante	-	-

Sin importancia	-	-
Total	76	100

Nivel de satisfacción del interés mostrado por el médico para conocer su estado de salud

Nivel de satisfacción del interés mostrado por el médico	Cantidad	Porcentaje
Excelente	68	89.5
Muy buena	2	2.6
Buena	6	7.9
Regular	-	-
Mala	-	-
Total	76	100

Anexo 10. Determinación del orden de prioridad de los problemas de acuerdo a los efectos negativos que provoca.

A partir de la evaluación de los expertos será indispensable determinar su nivel de concordancia mediante la de hipótesis siguiente:

H₀: No es concordante el juicio de los expertos.

H₁: Es concordante el juicio de los expertos.

RC: $\chi^2 > \chi^2$

α ; k-1

Donde rechazar H₀, significa que el juicio de los expertos es consistente y que el orden de importancia en los problemas es el obtenido como resultado de dichos criterios.

Para evaluar la concordancia de los expertos, se construye una tabla con los resultados de la evaluación que los mismos dan a los problemas, la cual se denomina matriz de rangos:

Expertos Problemas	1	2	3	...	M	$\sum_{j=1}^M U_{ij}$	□	□□
1	U ₁₁	U ₁₂	U ₁₃	...	U _{1M}			
2	U ₂₁	U ₂₂	U ₂₃	...	U _{2M}			
3	U ₃₁	U ₃₂	U ₃₃	...	U _{3M}			
...
K	U _{K1}	U _{K2}	U _{K3}	...	U _{KM}			

Las fórmulas a utilizar se muestran a continuación:

$$\tau = \frac{1}{2} \cdot M \cdot (K + 1) \quad (1)$$

$$\Delta = \sum_{j=1}^M U_{i,j} - \tau \quad (2)$$

$$W = \frac{12 \cdot \sum_{j=1}^M \Delta^2}{M^2 \cdot (K^3 - K)} \quad (3)$$

$$\chi^2 = M \cdot W \cdot (K - 1) \quad (4)$$

Donde:

M: Cantidad de expertos.

Uij: Rango dado al problema i por el experto j

i[1..K]; j[1..M]

Puntuación promedio de los problemas o rango medio.

Desviación respecto a.

K: Cantidad total de problemas o categorías.

W: Coeficiente de concordancia.

Para el caso bajo estudio:

Experto \ Problema	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	$\sum U_{ij}$	\square
1	2	2	2	1	2	1	3	1	2	3	2	21	-6.5
2	4	4	3	4	3	4	4	4	4	4	4	42	+14.5
3	3	1	1	2	1	2	1	3	1	1	1	17	-10.5
4	1	3	4	3	4	3	2	2	3	2	3	30	+2.5

$$\tau = \frac{1}{2} 11(4 + 1) = 27.5$$

$$W = \frac{4428}{7260} = 0.60$$

$$X^2 = 11 \cdot 0.60 \cdot (4 - 1) = 20.12$$

$$RcX^2 > X^2_{\alpha, k-1}$$

$$X^2_{0.05, 3} = 7.815$$

$$20.12 > 7.81$$

Por lo que se rechaza H_0 , lo que significa que el juicio de los expertos es consistente y que el orden de importancia es el obtenido como resultado en la tabla anterior, donde el problema que más afecta toma el menor valor de $\sum U_{ij}$ y así sucesivamente.

Anexo 11. Plan de Acción

No.	Medida	Participantes	Responsable	Fecha cumplimiento
1	Realizar un análisis conjunto en el consejo de dirección de los indicadores de calidad percibida desfavorables.	Directora y miembros del CD.	Directora del Área de Salud.	Segundo semestre del 2012.
2	Planificar los mantenimientos de los instrumentales y controlar se ejecución con electromedicina	Directora y miembros del CD.	Directora del Área de Salud.	Segundo semestre del 2012.
2	Realizar diagnóstico de necesidades de superación sobre calidad en la atención al paciente hipertenso entre los miembros del EBS.	Profesores del Grupo Básico de Trabajo.	Vicedirectora Docente.	Mes de agosto 2012.
3	Desarrollar acciones para satisfacer las necesidades de superación identificadas entre los miembros del EBS.	Profesores del Grupo Básico de Trabajo.	Vicedirectora Docente.	Mes de julio 2012.
4	Gestionar con EMSUME los medicamentos y recursos necesarios para los tratamientos	Directora y miembros del CD.	Directora del Área de Salud.	Segundo semestre del 2012.
5	Crear espacios de intercambio que promuevan la participación de los trabajadores y dirigentes en la toma de decisiones con respecto a la calidad en la atención a los pacientes hipertensos.	Trabajadores y dirigentes	Directora del Área de Salud, Secretarios de las Secciones Sindicales.	Asambleas de afiliados programadas.
6	Facilitar el acceso a documentación relacionada con instrucciones y procedimientos del proceso de atención integral a la hipertensión arterial.	Vicedirectoras de asistencia médica y Docencia.	Directora del Área de Salud.	Mes de Diciembre 2012.
7	Aplicar el procedimiento de mejora de la calidad total de forma sistemática.	Grupo de Trabajo seleccionado	Directora del Área de Salud.	Al cierre de cada semestre

Anexo 12: Análisis estadístico y porcentual de los indicadores reevaluados a partir de la encuesta a pacientes en el área Centro del municipio de Sancti Spiritus

Tiempo de diagnosticado

	Cantidad	Porcentaje
Menos de 1 año	18	20.4
De 1 – 4 años	22	25
De 5 – 9 años	32	36.4
Más de 10 años	16	18.2
Total	88	100

Nivel de importancia del interés mostrado por el médico para conocer su estado de salud

	Cantidad	Ci
Muy importante	61	305
Importante	16	64
Más o menos importante	11	33
Poco importante	-	-
Sin importancia	-	-
Total	88	402

Nivel de satisfacción del interés mostrado por el médico para conocer su estado de salud

	Cantidad	Ci
Excelente	56	280
Muy buena	21	84
Buena	11	33
Regular	-	-
Mala	-	-
Total	88	397

Nivel de importancia del Seguimiento que hace el médico de su caso

	Cantidad	Ci
Muy importante	61	305
Importante	17	68
Más o menos importante	10	30
Poco importante	-	-
Sin importancia	-	-
Total	88	403

Nivel de satisfacción del Seguimiento que hace el médico de su caso

	Cantidad	Ci
Excelente	54	270
Muy buena	23	92
Buena	11	33
Regular	-	-
Mala	-	-
Total	88	395

Nivel de importancia de la confianza y seguridad que tiene en su médico

	Cantidad	Ci
Muy importante	67	335
Importante	17	68
Más o menos importantes	4	12
Poco importante	-	-
Sin importancia	-	-
Total	88	415

Nivel de satisfacción de la confianza y seguridad que tiene en su médico

	Cantidad	Ci
Excelente	66	330
Muy buena	16	64
Buena	7	21
Regular	-	-
Mala	-	-
Total	88	415

Nivel de importancia de la información que recibe sobre su problema

	Cantidad	Ci
Muy importante	64	320
Importante	17	68
Más o menos importantes	7	21
Poco importante	-	-
Sin importancia	-	-
Total	88	409

Nivel de satisfacción de la información que recibe sobre su problema

	Cantidad	Ci
Excelente	61	305
Muy buena	23	92
Buena	4	12
Regular	-	-
Mala	-	-
Total	88	409

Nivel de importancia del trato humano recibido por parte de los miembros del Equipo de salud

	Cantidad	Ci
Muy importante	75	375
Importante	9	36
Más o menos importantes	4	12
Poco importante	-	-
Sin importancia	-	-
Total	88	423

**Nivel de satisfacción del trato humano recibido por parte de los miembros del
Equipo de salud**

	Cantidad	Ci
Excelente	70	350
Muy buena	12	48
Buena	6	18
Regular	-	-
Mala	-	-
Total	88	416

Nivel de importancia de la capacidad y habilidades médicas

	Cantidad	Ci
Muy importante	77	385
Importante	6	24
Más o menos importante	5	15
Poco importante	-	-
Sin importancia	-	-
Total	88	424

Nivel de satisfacción de la capacidad y habilidades médicas

	Cantidad	Ci
Excelente	70	350
Muy buena	10	40
Buena	8	24
Regular	-	-
Mala	-	-
Total	88	414

Nivel de importancia sobre la capacidad resolutive del consultorio

	Cantidad	Ci
Muy importante	31	155
Importante	26	104
Más o menos importante	20	60
Poco importante	-	-
Sin importancia	-	-
Total	88	319

Nivel de satisfacción sobre la capacidad resolutive del consultorio

	Cantidad	Ci
Excelente	14	70
Muy buena	21	84
Buena	53	159
Regular	-	-
Mala	-	-
Total	88	313

Nivel de importancia del equipamiento e instalaciones del centro

	Cantidad	Ci
Muy importante	57	285
Importante	16	64
Más o menos importante	15	45
Poco importante	-	-
Sin importancia	-	-
Total	88	394

Nivel de satisfacción del equipamiento e instalaciones del centro

	Cantidad	Ci
Excelente	32	160
Muy buena	51	204
Buena	5	15
Regular	-	-
Mala	-	-
Total	88	379

Nivel de importancia de la privacidad del consultorio

	Cantidad	Ci
Muy importante	63	315
Importante	21	84
Más o menos importante	4	12
Poco importante	-	-
Sin importancia	-	-
Total	88	411

Nivel de satisfacción de la privacidad del consultorio

	Cantidad	Ci
Excelente	55	275
Muy buena	25	100
Buena	8	24
Regular	-	-
Mala	-	-
Total	88	399

Nivel de importancia sobre la limpieza del centro

	Cantidad	Ci
Muy importante	53	265
Importante	24	96
Más o menos importante	11	33
Poco importante	-	-
Sin importancia	-	-
Total	88	394

Nivel de satisfacción sobre la limpieza del centro

	Cantidad	Ci
Excelente	24	120
Muy buena	11	44
Buena	53	159
Regular	-	-
Mala	-	-
Total	88	323

Nivel de importancia del tiempo de espera para atención

	Cantidad	Ci
Muy importante	77	385
Importante	6	24
Más o menos importante	3	15
Poco importante	-	-
Sin importancia	-	-
Total	88	418

Nivel de satisfacción del tiempo de espera para atención

	Cantidad	Ci
Excelente	28	140
Muy buena	48	192
Buena	12	36
Regular	-	-
Mala	-	-
Total	88	368

Nivel de importancia del tiempo que le dedica el médico

	Cantidad	Ci
Muy importante	83	415
Importante	4	16
Más o menos importante	1	3
Poco importante	-	-
Sin importancia	-	-
Total	88	434

Nivel de satisfacción del interés mostrado por el médico para conocer su estado de salud

	Cantidad	Ci
Excelente	80	400
Muy buena	2	8
Buena	6	18
Regular	-	-
Mala	-	-
Total	88	426