Descargado el: 21-11-2026 ISSN 1727-897X

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Calidad percibida en servicios de asistencia al adulto mayor

Perceived quality in assistance services in older adults

Ernesto López González[1] Yolanda Cabrera Macias[1] Ernesto López Cabrera[1] Anaily Puerto Becerra[1]

[1] Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba

Cómo citar este artículo:
López-González E, Cabrera-Macias Y, López-Cabrera E, Puerto-Becerra A. Calidad percibida en servicios de asistencia al adulto mayor. **Medisur** [revista en Internet]. 2018 [citado 2026 Nov 21]; 16(3):[aprox. 26 p.]. Disponible en: https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3778

Resumen

La calidad percibida aplicada a los servicios se ha convertido en una estrategia prioritaria; el proceso evaluativo desde la dimensión de la satisfacción de usuarios y prestadores es de vital importancia, lo que implica contribuir a este proceso con la aplicación de lo más avanzado de los procedimientos empleados en el sector salud. El objetivo de este trabajo es explicar cómo la dimensión satisfacción de usuarios y prestadores en los servicios de asistencia al adulto mayor, es esencial para la evaluación de la calidad si se hace desde sus propias voces, sustentado en procedimientos e instrumentos actualizados. La determinación de la situación actual de la calidad percibida con énfasis en la satisfacción de usuarios y prestadores en los servicios de asistencia al adulto mayor, permitirá precisar las principales limitaciones y potencialidades de estos servicios, teniendo como soporte los fundamentos teóricos que internacionalmente sustentan su evaluación. Medirla contribuye a la eficiencia, la toma de decisiones y el uso inteligente de los recursos en las organizaciones.

Palabras clave: calidad de la atención de salud, servicios de salud para ancianos

Abstract

The perceived quality applied to services has become a strategic priority; the evaluating process from the user and provider satisfaction dimensions is of great importance, which implies to contribute to it, applying the most advanced of the procedures used in the health sector. The objective of this work is to explain how the dimension user and provider satisfaction of assistance to older adults, is essential for quality evaluation if done from their voices on the bases of updated instruments and procedures. Determining the present situation of the perceived quality, emphasizing in the provider and user in the assistance of older adults, will allow specifying the main limitations and potentials of these services, taking as theoretical foundation those which internationally support their evaluation. Measuring it contributes to the efficiency, decision making and the intelligent use of the resources in the organizations.

Key words: quality of health care, health services for the aged

Aprobado: 2018-06-11 13:37:25

Correspondencia: Ernesto López González. Universidad de Ciencias Médicas. Cienfuegos. asesorf@ucm.cfg.sld.cu

INTRODUCCIÓN

En la actualidad el Sistema de Salud Cubano trabaja basado en el concepto internacional más reciente de concebir la salud como un producto social con un enfoque de ecosistema humano basado en la participación social e intersectorial, donde confluyen los individuos, la comunidad, el ambiente en aras de lograr bienestar y calidad de vida. Entre los atributos que lo caracterizan aparecen: ser universal, gratuito, accesible, regionalizado, integral, con participación comunitaria e intersectorial y con una concepción internacionalista. Es una estructura dinámica que se innova para responder al encargo social de desarrollar un sistema de salud pública de calidad, eficiente y sostenible en el marco de los cambios económico-sociales en el país. Su primer objetivo se enfoca en incrementar el estado de salud de la población y su satisfacción con los servicios.

Para dar cumplimiento a este objetivo y poder evaluar sus resultados, los procedimientos para el proceso de Autoevaluación de la Calidad Percibida desde la satisfacción de usuarios y prestadores en los servicios de asistencia destinados a preservar la calidad de vida dentro del Programa de Atención al Adulto Mayor, específicamente en hogares de ancianos, deben perfeccionarse. En tal sentido se impone actuar incorporando lo más avanzado de los procedimientos e instrumentos actuales, con vistas al logro de niveles cualitativamente superiores en este proceso.

En el Informe Central al 7mo. Congreso del Partido Comunista de Cuba, el 16 de abril de 2016 en La Habana, el Primer Secretario del Comité Central, General de Ejército Raúl Castro Ruz, expresó: ..."*Aun con las limitaciones económicas presentes, se han preservado y perfeccionado los servicios sociales a la población cubana en Educación, Salud, Cultura, Deportes y la Seguridad Social. Sin embargo, debemos insistir en la necesidad de mejorar sostenidamente su calidad. Las transformaciones realizadas en el reordenamiento de estos sectores, a pesar de las quejas e incomprensiones iniciales que fueron debidamente esclarecidas o realizados los ajustes requeridos, han contribuido a elevar la calidad de los citados servicios con un menor costo presupuestario, lo que se evidencia en los indicadores de salud obtenidos*".[1]

Mantener estos logros significa trabajar por elevar su calidad. Nunca se debe confundir la calidad con niveles superiores de atributos del producto o servicio, sino con la obtención regular y permanente de los atributos del bien ofrecido que satisfaga a los clientes para los que ha sido diseñado. La calidad de un producto o servicio es la percepción que el cliente tiene del mismo, es una fijación mental del consumidor que asume conformidad con dicho producto o servicio y la capacidad del mismo para satisfacer sus necesidades, es entender que el cliente es quien define la calidad de nuestro servicio. El autor de este trabajo considera que la calidad no es más que cumplir con las necesidades y expectativas del usuario del producto o servicio a quien vaya dirigido. Una de las primeras acciones en la calidad de servicio, es averiguar quiénes son los clientes, qué quieren y esperan de la organización. Solo así se podrán orientar los productos y servicios, así como los procesos, hacia la mejor satisfacción de los mismos.

La calidad aplicada a los procesos de servicios es un concepto intangible y abstracto, difícil de definir y evaluar. En este sector en el mundo se tiene una presión creciente por demostrar que la gestión empresarial posee un enfoque al cliente y que se desarrolla la mejora continua conociendo los criterios de estos, por tanto sus percepciones de calidad o calidad percibida se tienen en cuenta todo el tiempo y esta debe ser evaluada para orientar las acciones a emprender por las organizaciones.[2]

En el sector de la salud se concuerda con que en la práctica no se aplican frecuentemente procedimientos que enlacen la evaluación de la calidad percibida con la mejora continua y el resto de los procesos que se realizan en las organizaciones de esta naturaleza.

Resulta novedoso este tema dado que la complejidad y multidimensionalidad en la definición de la calidad percibida se expresa en la opinión de varios autores cuando se refieren al empleo de instrumentos multicriterios, otros plantean que la subjetividad prima actualmente al considerar la autoencuesta como método para la vigilancia activa de la calidad, algunos expertos valoran tres dimensiones (estructura, procesos y satisfacción de usuarios y prestadores), otros las dimensiones de calidad (técnica, humana y comodidades), así como la imagen (percepción a priori) y la opinión (percepción a posteriori). El autor de este trabajo considera que el nivel de satisfacción constituye el resultado más importante en la evaluación de

la calidad de los servicios, por lo que considera un proceso de autoevaluación (con tres instrumentos) sistemática y sistémica, abordando solamente las dimensiones procesos y satisfacción de usuarios y prestadores para los centros especializados en la atención al adulto mayor empleando evaluadores internos, con un enfoque hacia el cliente.[2]

Por tales razones el objetivo de este trabajo es explicar cómo la dimensión satisfacción de usuarios y prestadores en los servicios de asistencia al adulto mayor, es esencial para la evaluación de la calidad si se hace desde sus propias voces, sustentado en procedimientos e instrumentos actualizados.

DESARROLLO

Evolución del constructo calidad

La calidad es un constructo que ha tenido su evolución en el tiempo como es lógico. A continuación se sintetizan las diversas etapas:[3,4]

1) Industrialización: Siglo XIX, en los años de la Revolución Industrial. A partir de la Primera Guerra Mundial, las cadenas de producción adquieren mayor complejidad y simultáneamente surge el papel del inspector. Es el primer gesto de control de calidad.

2) Control estadístico: Entre 1930 y 1950, surgen los controles estadísticos. Su desarrollo es favorecido en ellas, surgen los primeros sistemas de calidad y las compañías ya no dan prioridad a la cantidad de productos obtenidos; ahora el énfasis está en la calidad. Los japoneses Ishikawa, Taguchi, Ohno (citados por Sánchez)[5] realizaron desarrollos propios y crearon novedosas metodologías tales como el *Just In Time*, Quality Function Deployment (QFD) o Despliegue de la Calidad, los círculos de calidad, etc.

4) Estrategias: A partir de los años 80 y hasta mediados de los 90, la calidad se asume como un proceso estratégico, se introducen los procesos de mejora continua. La calidad es impulsada por la dirección, se contempla como una ventaja competitiva. Además, toma como centro de acción las necesidades del cliente. Los Sistemas de Gestión se consolidan y la implicación del personal aumenta.

5) Calidad total: A partir de los años 90 y hasta la fecha, la distinción entre producto y servicio desaparece. No hay diferencias entre el artículo y las etapas que lo preceden; prima la calidad total, es decir, el proceso en su conjunto. La figura del cliente adquiere mayor relevancia, se convierte en el principal indicador de calidad. Los sistemas se perfeccionan y se adaptan.

En aras de responder a las demandas dadas por las tendencias internacionales en materia de gestión de la calidad y considerando las necesidades declaradas para Cuba desde hace varios años y con mayor fuerza en los últimos tiempos, en las instituciones de salud se reconoce la relevancia de aplicar métodos científicos en su gestión, incorporar en la planificación de las investigaciones temáticas dirigidas a la profundización de la calidad y relacionarlas con las aspiraciones futuras en los servicios hospitalarios, promover propuestas de intercambio sobre temáticas de calidad hospitalaria que originen el desarrollo de iniciativas propias en la búsqueda y elaboración de las soluciones a los problemas identificados de la calidad hospitalaria.[6]

En Cuba también se han realizado estudios orientados a ello, pero la generalidad es que se aplican puntualmente, se alcanza un resultado pero luego no se sistematiza, no se vuelve la evaluación multicriterio una práctica habitual.[7]

Nunca se debe confundir la calidad con niveles superiores de atributos del producto o servicio, sino con la obtención regular y permanente de los atributos del bien ofrecido que satisfaga a los clientes para los que ha sido diseñado. La calidad de un producto o servicio es la percepción que el cliente tiene del mismo, es una fijación mental del consumidor que asume conformidad con dicho producto o servicio y la capacidad del mismo para satisfacer sus necesidades, es entender que el cliente es quien define la calidad de nuestro servicio. El autor de este trabajo considera que la calidad no es más que cumplir con las necesidades y expectativas del usuario del producto o servicio a quien vaya dirigido. Una de las primeras acciones en la calidad de servicio, es averiguar quiénes son los clientes, qué quieren y esperan de la organización. Solo así se podrán orientar los productos y servicios, así como los procesos, hacia la mejor satisfacción de los mismos.

La calidad aplicada a los procesos de servicios es un concepto intangible y abstracto, difícil de definir y evaluar. En este sector en el mundo se tiene una presión creciente por demostrar que la

gestión empresarial posee un enfoque al cliente y que se desarrolla la mejora continua conociendo los criterios de estos, por tanto sus percepciones de calidad o calidad percibida se tienen en cuenta todo el tiempo y esta debe ser evaluada para orientar las acciones a emprender por las organizaciones.

La calidad percibida (Perceived Quality) ha sido estudiada entre otros por los siguientes autores: Fonseca, Bécquer, Barletta, Arias, Gómez y Ponce;[a] Santos, Ordúñez, Bécquer y Rocha;[b] Iraola, Ordúñez, Rojas y Liriano;[8] Fonseca, Sardiñas, Lorenzo, Alejo y Alfonso;[c] Bernal González I, Pedraza Melo NA, Lavín Verástegui J;[10] Curbelo.[11]

Existen otros servicios en los que se ha evaluado la calidad percibida siendo los mismos: servicios de restauración (Taillacq),[12] bancarios (González),[13] turísticos (González et al.),[14] de restaurantes, deportivos,[15] turísticos, bibliotecarios, de líneas aéreas, de alojamiento, balnearios y de educación superior, expresa Curbelo.[11]

El modelo de la escuela americana de Parasuraman, Zeithaml y Berry, citados por Duque,[16] se ha denominado SERVQUAL, es el más utilizado por los académicos hasta el momento.

Según Donabedian, citado por Pérez et al.[17] la calidad es uno de los elementos estratégicos en que se fundamenta la transformación y la mejora de los sistemas sanitarios modernos y es el resultado de las políticas sanitarias, de hacer bien lo correcto, de la imagen de la organización que perciben los prestadores y receptores de los cuidados, de la definición del servicio en atención a usuarios y prestadores y de la adecuada interacción entre ambos.

Existen múltiples razones para diferenciar la **calidad percibida** de la **calidad real**, siendo la calidad percibida la calidad que el cliente **cree** que tiene el producto o servicio. Esta calidad percibida puede ser equivalente o no a la calidad real del producto o servicio, pues es una percepción subjetiva del cliente. Aunque puede estar influenciada por aspectos **físicos** del producto, también se ve afectada por intangibles.

La Organización Mundial de Salud, citada por Santana,[18] recomendó que los gestores consideraran las expectativas de los ciudadanos en la toma de decisión. Según Laschinger et al, citado por Santana,[18] la satisfacción del paciente es importante en sí y, además, ha sido sugerida como indicador de calidad del cuidado en países desarrollados.

Según Pérez et al.[17] cualquier cambio en la organización y la ejecución de los servicios incide en la satisfacción de los prestadores que los ofrecen y en los usuarios que los reciben, por ello algunos autores consideran que el nivel de satisfacción constituye el resultado más importante en la evaluación de la calidad de los servicios.

Con respecto al proceso para evaluar la calidad percibida del servicio en general, tanto en Cuba como en otros países se registran publicaciones e investigaciones realizadas por Valls et al., citado por González et al.,[14] Parasuraman, Zeithaml, y Berry; citados por Curbelo;[11] Martínez,[19] Díaz y Pons,[7] Argudo,[20] González,[21] Camisón,[22] Mayo Clinic,[23] Santana et al.,[18] Borré y Vega,[24] Forrellat,[25] las cuales presentan limitaciones que se resumen de la siguiente manera:

- No existe integración conceptual sobre la satisfacción, cuestión esta que necesita ser resuelta por consenso en la comunidad científica de estos tiempos.
- Es insuficiente la participación activa del paciente (usuario) y el personal asistencial (prestadores) así como la promoción de la autoevaluación.
- Las investigaciones no se enfocan hacia la opinión de ese grupo tan vulnerable que es el adulto mayor.
- En la praxis los instrumentos empleados requieren de un alto grado de especialización o adiestramiento del personal que los aplica, procesa e interpreta, antes de ser transferidos a la alta dirección de la organización.

Conceptualización de la calidad. Historia y evolución

La ciencia se ha desarrollado a lo largo de la historia de la humanidad dando respuesta a cuestionamientos y problemáticas propias de cada disciplina del saber acerca de los fenómenos de la realidad. Estos, denominados usualmente “objetos de estudio”, son respondidos y estudiados frecuentemente desde posturas reduccionistas y simplificadoras que dejan de lado la naturaleza compleja que los caracteriza. Este fenómeno puede constituir una seria dificultad para el avance de la ciencia.[2]

Desde la complejidad, la calidad es entendida como un proceso que atraviesa y afecta a toda la organización, desde su unidad más pequeña hasta aquella que tiene relación directa con el funcionamiento total del sistema. La calidad abarca dimensiones múltiples y actores en interacción. Se realiza al interior de complejidades propias del entorno organizacional y del conjunto de subsistemas interrelacionados en su medio interno.[2] Esta perspectiva le otorga también un lugar privilegiado al equipo humano interno incorporando sus expectativas en el mismo nivel de las esperadas por el propio cliente.

Etimológicamente el término de calidad según la Real Academia Española (RAE), citada por Sanabria,[2] proviene del latin "qualitas", y se define como la "*propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa, que permite juzgar su valor*". Está ligada a la noción de "*posesión por una cosa de la virtud de ser la mejor, entendida como un estándar absoluto*" según Camisón, Cruz, & González, citados por Sanabria.[2]

Las definiciones del concepto de calidad son abundantes en la literatura. Algunos autores la plantean como vinculada a "*desarrollar, diseñar, manufacturar y mantener el producto (...) que sea el más económico, el más útil y siempre satisfactorio para el consumidor*", otros como "*un grado predecible de uniformidad y fiabilidad a bajo coste, adecuado a las necesidades del mercado*" y algunos más como "*todas aquellas cualidades con que cuenta un producto —o un servicio— para ser de utilidad a quien lo emplea* ", Ishikawa, Deming, Cantú, citados por Sanabria.[2]

Por su parte, como representante destacado de las organizaciones de normalización, la *International Organization for Standardization* (ISO), plantea que la calidad puede entenderse como el "*grado en que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos*" (**ISO 9000:2015, Sistemas de gestión de la calidad — Fundamentos y vocabulario.**[27]

A continuación se exponen algunas definiciones del término calidad en su evolución. En su tratamiento se especifica que calidad es: "*la satisfacción del cliente, y adecuado para el uso es una buena definición alternativa*"; "*es el juicio que el cliente tiene sobre un producto o servicio, el cual por lo general es la aprobación o rechazo*" según Juran y Blanton, Gutiérrez y de la Vara, citados por Curbelo.[11]

Especialistas en el tema de la calidad como Donabedian, Roemer y Montoya Aguilar, Edwards Deming, citados por Mejías,[28] han emitido concepciones de la calidad hasta hoy válidas como por ejemplo: "*aplicación de la ciencia y tecnología en una forma que maximice sus beneficios sin aumentar en forma proporcional sus riesgos*"; "*...el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios*"; "...el *desempeño apropiado (acorde con las normas) de las intervenciones que se sabe que son seguras, que la sociedad en cuestión puede costear y que tienen la capacidad de producir un impacto sobre la mortalidad, la morbilidad, la incapacidad y la desnutrición*"; y una definición general y quizás más simple: "*Hacer lo correcto, en la forma correcta, de inmediato*".

Actualmente se define que una organización orientada a la calidad promueve una cultura que da como resultado comportamientos, actitudes, actividades y procesos para proporcionar valor mediante el cumplimiento de las necesidades y expectativas de los clientes y otras partes interesadas pertinentes.[29]

Los conceptos anteriores permiten definir como determinantes de la calidad los criterios de clientes que demandan bienes y/o servicios a las organizaciones (conjunto de personas e instalaciones con una disposición de responsabilidades, autoridades y relaciones,[29] su conformidad (satisfacción del cumplimiento de un requisito que puede ser reglamentaria, profesional, interna o del cliente)[27] y satisfacción (percepción del cliente sobre el nivel de satisfacción de sus exigencias. La falta de reclamos no significa necesariamente un nivel elevado de satisfacción).[27]

El concepto de calidad implica dos aspectos esenciales que son los que permiten su constatación al comparar el resultado (parcial o total) obtenido en un proceso frente a determinados requerimientos planteados previamente (estándares). En la aplicación en las organizaciones, estos dos aspectos son susceptibles de variación de acuerdo con el enfoque y el avance teórico sobre el tema.

En términos generales, la historia y evolución del término de calidad puede dividirse en cinco etapas básicas (son denominadas también eras o enfoques, añadiéndose también la evolución de la incorporación del capital intelectual a este

actividad.

1) Inspección (Industrialización):

Para entender el concepto de calidad es preciso remitirnos al siglo XIX, en los años de la Revolución Industrial, cuando el trabajo manual es reemplazado por el trabajo mecánico.[30]

La etapa de la Inspección (siglo XIX) se caracterizó por la detección y solución de los problemas generados por la falta de uniformidad del producto, verificación de todos los productos de salida, después de la fabricación y antes de que fueran distribuidos hacia los clientes. Aquellos productos que no cumplen las especificaciones deben ser rechazados. La inspección empleada como único instrumento de calidad, genera un nivel bajo pero supone un costo elevado ya que los esfuerzos de calidad se orientaban a detectar errores no a evitarlos.

En los últimos años del siglo XIX comienza la producción en series relativamente grandes, las fábricas crecen y para mejorar su rendimiento surge la necesidad de establecer una división del trabajo. Aparece la necesidad de que alguien posterior al obrero en la cadena de fabricación, compruebe que lo que ha hecho cumple con las "especificaciones del producto", Garvin, citado por Avelenda.[31] A principios de 1900 surge el capataz de control de calidad, el cual supervisa el trabajo realizado por los operarios que realizan tareas similares, según Feingenbaum, citado por Avelenda.[31]

En la Primera Guerra Mundial, las cadenas de producción adquieren mayor complejidad y simultáneamente surge el papel del inspector, que era la persona encargada de supervisar la efectividad de las acciones que los operarios realizaban. Es el primer gesto de control de calidad.[30] En esa época surgió el término “no conformidad”, el cual hacía referencia a los productos que, al terminar su proceso de creación, no cumplían los criterios generales para su comercialización. La noción de calidad, aplicada a las organizaciones (en la ciencia administrativa), surge a principios del siglo XX, con el interés de superar los criterios de inspección final. Estos acercamientos planteaban como criterio central el cumplimiento, por parte del área de producción, de las especificaciones técnicas del producto (material y tangible) frente a lo establecido en el diseño y en el programa de producción (ya sea al final del proceso —inspección— o durante el desarrollo de los procesos —control—).

2) Control estadístico:

La segunda etapa se sitúa entre 1930 y 1950. Las compañías ya no solo dejan ver su interés por la inspección, sino también por los controles estadísticos. Estos procesos se vieron favorecidos por los avances tecnológicos de la época. Se pasó de la inspección a un control más global.[30] La calidad pasa a ser una característica del producto, no solo cumple las especificaciones sino que además satisface las expectativas de los clientes.[31]

En el período de la Segunda Guerra Mundial (1939- 1945), el desbordado crecimiento en el volumen de producción generó un caos en la eficiencia de las operaciones en la industria que solo pudo ser controlado mediante la creación de lo que se denominó: Control Estadístico de la Calidad (*Statistical Quality Control*, SQC por sus siglas en inglés) o Control Estadístico de Procesos (*Statistical Process Control*, SPC por sus siglas en inglés). Los pioneros en esta materia fueron Shewhart y Deming, al aplicar el concepto en los laboratorios de la compañía telefónica Bell en Estados Unidos hacia 1930, según plantea Berlinches, citado por Sanabria.[2] Estos mecanismos de control usaban herramientas estadísticas (muestreo o las gráficas de control) para hacer un seguimiento permanente a las diferentes operaciones de la línea de producción. Con este se pretendía que fuera posible evitar y corregir los errores de fabricación y la entrega al mercado de productos sin las especificaciones de calidad preestablecidas.[2]

3) Aseguramiento de la calidad (Primeros sistemas):

La etapa del aseguramiento de la calidad (década de los cincuenta) que es cuando surge la necesidad de involucrar a varios departamentos como: producción, I+D, compras, marketing de la organización en el diseño, planeación y ejecución de políticas de calidad e incluso la implicación de los proveedores tanto internos como externos. Los procesos de inspección y control de salida se reducen considerablemente debido a que la calidad se planifica desde el diseño, lo que disminuye drásticamente el número de fallos y defectos.[31]

Entre 1950 y 1980, las compañías descubren que el control estadístico no es suficiente. En estos años surgen los primeros sistemas de calidad y

las compañías ya no dan prioridad a la cantidad de productos obtenidos; ahora el énfasis está en la calidad.[30]

A partir de los años sesenta, las funciones de la calidad pasaron del control aplicado únicamente al producto al control total de la calidad (*Total Quality Control*, TQC por sus siglas en inglés). Este procuraba la calidad tanto en productos como en servicios y un desarrollo no solo para el área y los procesos de producción, sino también para todo el resto de la organización (Feigen-baum, 1951).[2]

Al tiempo que se desarrollaba el concepto de gestión total de la calidad, Jurán, en el año 1954, planteó la necesidad de superar la noción de calidad centrada en la organización para construir una idea de calidad vinculada con el cliente. Este es un aporte fundamental al progreso del concepto, es uno de los primeros aspectos que evidenciaría los vínculos de la organización con el entorno.[2]

En el periodo posterior a la Segunda Guerra Mundial (también en la década del sesenta), aparecen los círculos de calidad y de participación (Ishikawa, 1990). Estos serían otro enorme aporte al desarrollo de la cultura de la calidad en la producción industrial. Corresponden a reuniones periódicas de grupos de trabajadores realizadas con el fin de analizar el funcionamiento del proceso productivo y determinar alternativas de decisión que deben tomarse a nivel directivo para mejorar los inconvenientes detectados (Ogliastri, 1992).[2]

De los avances en la gestión total de la calidad, en esta época, se empieza a generar el concepto de garantía de calidad o aseguramiento de calidad (Jurán). Este propuso descentralizar la responsabilidad del logro de la calidad hacia todas las áreas y procesos de la organización. El propósito fundamental es generar en el cliente la confianza de que se cumplirán los requisitos de calidad. El criterio central de evaluación de la calidad es el cumplimiento, por parte de todas las áreas de la organización, de las especificaciones del producto o servicio (tangibles e intangibles) frente a los atributos requeridos por el cliente. Posteriormente, se ampliaría el concepto para considerar las necesidades de todos los grupos de interés.[2]

En los años setenta, William Edwards Deming planteó catorce principios de calidad, convirtiéndose en el referente principal del movimiento de la calidad total a nivel mundial y, por lo tanto, es el divulgador principal de la administración total de la calidad (*Total Quality Management*, TQM) y del mejoramiento continuo mediante un proceso circular denominado ciclo Deming (planear, ejecutar, estudiar y actuar, PEEA), desarrollando el modelo original planteado por Walter A. Shewhart (planear, hacer, verificar y actuar, PHVA) antes de los cincuenta. El objetivo es convertir la calidad en una oportunidad generadora de ventajas estratégicas y no en un problema a solucionar. En esta misma década, Philip B. Crosby aportó también la noción de cero defectos, la cual promovió la necesidad de tener un interés constante por hacer el trabajo bien, en cada proceso, desde la primera vez, evitando reprocesos y pérdida de productos.[2]

De acuerdo con García y Pelayo, la administración de la calidad total se transformó en un enfoque directivo orientado hacia el logro de tres objetivos: 1) el mejoramiento de las condiciones productivas al interior de las organizaciones, 2) el aumento en la calidad del producto o servicio y 3) el incremento de la satisfacción del cliente. El criterio central de evaluación de la calidad, desde esta perspectiva, es el cumplimiento, en todas las áreas de la organización, de las expectativas (tangibles e intangibles) de todos los grupos de interés frente a sus necesidades.[2]

4) Administración estratégica (Estrategias):

A partir de los años 80 y hasta mediados de los 90, la calidad se asume como un proceso estratégico. Este es quizá uno de los cambios más significativos que ha tenido el concepto, pues a partir de este momento se introducen los procesos de mejora continua. La calidad ahora ya no es impulsada por inspectores sino por la dirección. Además, toma como centro de acción las necesidades del cliente. Los Sistemas de Gestión se consolidan y la implicación del personal aumenta.[30]

La era de la administración estratégica de la calidad total (década de los noventa) donde se hace hincapié en el mercado y en las necesidades del consumidor. La calidad se convierte en calidad total que abarca no solo a productos sino a recursos humanos, procesos, medios de producción, métodos, a la organización, etc.; en definitiva se convierte en un concepto que engloba a toda la empresa y que involucra a todos los estamentos y áreas de la misma, incluyendo a la alta dirección como

líder activo, como principal impulsor en la motivación de las personas y consecución de los objetivos propuestos. Se produce la consolidación de una cultura organizacional del aseguramiento de la calidad. Esta, pretende dar confianza a los clientes respecto al producto final y a la manera en que este ha sido elaborado.

Producto de estos aportes, y como resultado de la formalización de los organismos verificadores y certificadores de calidad surgen, hacia finales de esta década, las normas nacional e internacional de calidad, de las cuales forma parte la familia ISO.[2]

5) Calidad total:

A partir de los años 90 y hasta la fecha, la distinción entre producto y servicio desaparece. No hay diferencias entre el artículo y las etapas que lo preceden; todo forma parte de un nuevo concepto que entra en escena: la calidad total, es decir, el proceso en su conjunto. Adicionalmente, la figura del cliente adquiere mayor protagonismo que en la etapa anterior y su relación con el artículo, que ahora llega incluso a etapas de posventa, se convierte en el principal indicador de calidad. Los sistemas se perfeccionan y se adaptan.[30]

Existen opiniones de autores como Avelenda,[31] que plantean seis etapas en la evolución de la calidad. Las cuatro primeras coinciden con las clásicas antes mencionadas. Sin embargo las dos últimas las enuncian de la forma siguiente:

Quinta etapa: La de reingeniería de procesos (década de los noventa) donde el avance tecnológico y de sistemas administrativos propone un mejoramiento radical, empezar de nuevo, cambiar toda la organización para alcanzar mejoras espectaculares en medidas críticas y contemporáneas de rendimiento tales como costos, calidad, servicio y rapidez. Es el rediseño rápido y radical de los procesos estratégicos de valor agregado y de los sistemas, las políticas y las estructuras de las organizaciones que los sustentan para optimizar los flujos del trabajo y la productividad de una organización.

Sexta etapa: La rearquitectura de la empresa y rompimiento de las estructuras del mercado (a finales del siglo XX y principios del XXI) donde se propone que el conocimiento y la información son la base de los negocios actuales.

Así, de esta manera, el concepto de calidad en las organizaciones ha pasado de una etapa de inspección a una de control de la calidad, transitando luego por el aseguramiento y avanzando, finalmente, hacia la etapa de administración total de la calidad (Benavides & Quintana, Cantú, citados por Sanabria).[2]

Un avance significativo, dentro del concepto de calidad, es el hecho de incorporar al cliente como un actor fundamental (la minimización de los defectos generados durante la producción del bien o servicio, el cumplimiento de las expectativas de los consumidores y la satisfacción de sus necesidades, la búsqueda de soluciones rápidas a sus inconformidades y peticiones). Autores como López, Álvarez et al, citados por Sanabria,[2] muestran cómo la calidad comienza a integrarse de manera estructural a las organizaciones y se convierte en fundamento de desarrollo, innovación, mejoramiento e interacción de la organización con el cliente. La calidad representa un proceso de mejora continua, en el cual todas las áreas de la empresa buscan satisfacer las necesidades del cliente o anticiparse a ellas, participando activamente en el desarrollo de los productos o en la prestación de los servicios.

A pesar de que, en efecto, la inclusión del cliente en el concepto de calidad implique un avance importante en la consideración del medio externo, como un aspecto fundamental del análisis de la calidad, este olvida a los demás actores y variables existentes en el medio externo y, de este modo, termina generando un análisis parcial, unidimensional y homogéneo del mismo.

En lo relativo al medio interno, se puede considerar como otro avance en el concepto de calidad la inclusión de las nociones de sistemas y procesos para el análisis de las organizaciones. La *International Organization for Standardization* (Organización Internacional de Normalización, ISO por sus siglas en inglés), en la norma ISO 9000:2005, usa el enfoque de sistemas como un principio de la gestión de la calidad lo que contribuye a la eficacia y eficiencia de la organización en el logro de sus objetivos.

El concepto de “proceso” era considerado como una serie de pasos secuenciales, con principio y fin, que llevan a obtener un resultado (una concepción cerrada y lineal). Hoy, cuando se habla de proceso, este hace referencia automática a un conjunto de etapas, pero que se desarrollan de forma abierta, interrelacionada,

cíclica y recursiva.[2] El concepto de calidad ha abierto una importante esperanza acerca de su potencialidad de renovación, de aporte al desarrollo más amplio de la organización y de su entorno. Autores como Allen, Maguire, & McKelvey, Johannessen & Kuhn, McDaniel, Stacey, citados por Sanabria,[2] concuerdan en que las organizaciones que emprenden la calidad a partir de principios organizativos complejos no solo caminan a la misma velocidad de los cambios del entorno y de sus actores, sino que, frecuentemente, adquieren la capacidad para marcar el ritmo y la ruta de esas transformaciones, son capaces de leer, comprender y responder rápidamente a la realidad , de manera amplia, de generar competencias efectivas en materia de adaptabilidad.

En la actualidad, el concepto de calidad en las organizaciones implica el reconocimiento de la multivariabilidad del fenómeno organizacional y del dinamismo existente en todas las variables y criterios que forman parte de este, interrelación de la organización con la multiplicidad de actores y variables del entorno y se ve a la calidad como una instancia que establece algún tipo de vínculo entre los objetivos de las organizaciones y los de sus grupos de interés (aunque aún se mantenga como actor central al cliente). Se hace necesario que quienes asumen la labor de integrar el concepto de calidad con los propósitos, objetivos y metas organizacionales, tomen conciencia de que los criterios para su gestión no pueden ser solo instrumentales, invariables o inflexibles (deterministas).[2]

Al considerar la calidad como un medio para alcanzar los fines organizacionales (satisfacción de necesidades) y no como un objetivo, esta abarca múltiples dimensiones y actores que enriquecen, pero complejizan la gestión (los objetivos del negocio, el papel del Estado, las condiciones del mercado, el ciclo de vida del producto, las variables económicas, el tipo y número de proveedores, los aspectos culturales, el desarrollo tecnológico, las características de los competidores, la comunidad, el medioambiente, el estado interno de la organización, los productos obtenidos, los resultados esperados y las expectativas, necesidades y perfil de los clientes o usuarios; sobre ninguno de estos aspectos, por su naturaleza compleja, es posible pretender establecer una interpretación precisa y concreta y hoy no se encuentran incorporados a los modelos e instrumentos.

La calidad puede ser considerada, además, de forma compleja, al identificar que esta exige una visión de la organización como un sistema abierto, compuesto de múltiples relaciones con el medio externo que afectan su propio desempeño y su capacidad de adaptarse y perdurar. La calidad no es un resultado final sino que se trata de un camino sin final, un sendero que siempre es necesario recorrer (realidad inacabable). La velocidad a la que se mueve la organización nunca puede alcanzar la dinámica y amplitud de la realidad misma. Las adaptaciones logradas por la organización, en un momento determinado, no necesariamente la preparan para los nuevos giros que pueda dar la realidad (variabilidad).[2]

La calidad, al interior de las organizaciones, requiere de parte de la misma: una comprensión amplia y dinámica de la realidad, una aproximación que le permita, mediante la estrategia, formular políticas, objetivos estratégicos, indicadores de gestión y planes operativos estructurados, organizados y flexibles, que le faciliten adaptarse a cualquier cambio inesperado, fortalecer sus equipos de trabajo con personas que desde su pensamiento y acciones con una auténtica cultura de calidad hagan visibles aquellos elementos excluidos, los aspectos no explicables de manera determinista, y que los transforme en un motor de cambio y mejoramiento de sus procesos, de su cadena de valor, de su propia estructura, de su estrategia, entre otros.

Calidad y su gestión en las organizaciones

El término organización es entendido como conjunto de personas e instalaciones con una disposición de responsabilidades, autoridades y relaciones. Ejemplo: Compañía, corporación, firma, empresa, institución, institución de beneficencia, empresa unipersonal, asociación, o parte o una combinación de las anteriores.[29]

La gestión de la calidad se define como actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización con el objetivo de satisfacer sus propias necesidades y las del cliente.[27]

El Sistema de Gestión de la Calidad es entendido como e*l conjunto de actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización en lo relativo a la calidad. Generalmente incluye el establecimiento de la política de la calidad y los objetivos de la calidad, así como la planificación, el control, el aseguramiento y la mejora de la calidad.*[27]

Se han desarrollado diferentes modelos quedando definidos estos por Curbelo[11] como "conjunto de elementos interrelacionados de manera esquemática que sirven como guía a las empresas para diseñar e implementar sus sistemas de gestión". López[30-33] en su definición conceptual de modelo lo concibe como "una descripción simplificada de una realidad que se trata de comprender, analizar y, en su caso, modificar". En el siguiente epígrafe se abordarán los de mayor relevancia.

Modelos de gestión de la calidad en las organizaciones.

Un modelo de referencia para la organización y gestión de una empresa permite establecer un enfoque y un marco de referencia objetivo, riguroso y estructurado para el diagnóstico de la organización, así como para determinar las líneas de mejora continua hacia las cuales deben orientarse los esfuerzos de la misma, es un referente estratégico que identifica las áreas sobre las que hay que actuar y evaluar para alcanzar la excelencia y la eficacia, favorece la comprensión de las dimensiones más relevantes de una organización, así como establece criterios de comparación con otras organizaciones y el intercambio de experiencias.

Los modelos de gestión de calidad total más difundidos son el modelo Deming creado en 1951, el modelo Malcolm Baldrige en 1987, el Modelo Europeo de Gestión de Calidad o EFQM en 1992, el Modelo Iberoamericano de Excelencia en la calidad o FUNDIBEQ en 1999 y el modelo de la Familia de normas ISO 9000: 2000 creado en 1987.

A continuación, se trata de evidenciar algunos aspectos a través de los cuales esos modelos, teóricamente, han tratado de reflejar de forma adecuada la presencia subyacente tanto de complejidad como de la naturaleza sistémica en los conceptos de calidad, reconociéndolas e integrándolas como aspectos fundamentales

Método Deming o el ciclo de mejora PDCA

Desarrollado por Shewhart y perfeccionado por Deming (citados por López)[32] quien fue reconocido por sus logros en Japón, donde desde 1950 se dedicó a enseñar a ingenieros y altos ejecutivos sus conceptos y metodología de gerencia de calidad. Consiste en una serie de cuatro elementos que se llevan a cabo sucesivamente:

P.- PLAN (PLANEAR): establecer los planes.

D.- DO (HACER): llevar a cabo los planes.

C.- CHECK (VERIFICAR): verificar si los resultados concuerdan con lo planeado.

A.- ACT (ACTUAR): actuar para corregir los problemas encontrados, prever posibles problemas, mantener y mejorar.

Planificar, programar las actividades que se van a emprender. Consiste en analizar, identificar áreas de mejora, establecer metas, objetivos y métodos para alcanzarlos y elaborar un plan de actuación para la mejora.

Desarrollar (hacer), implantar, ejecutar o desarrollar las actividades propuestas. En esta fase es importante controlar los efectos y aprovechar sinergias y economías de escala en la gestión del cambio. En muchos casos será oportuno comenzar con un proyecto piloto fácil de controlar para obtener experiencia antes de abarcar aspectos amplios de la organización o de los procesos.

Comprobar, verificar si las actividades se han resuelto bien y los resultados obtenidos se corresponden con los objetivos. Consiste en analizar los efectos de lo realizado anteriormente.

Actuar, aplicar los resultados obtenidos para identificar nuevas mejoras y reajustar los objetivos.

Una vez cubierto el ciclo de mejora se reinicia el proceso puesto que siempre habrá posibilidades para mejorar.

Para ello, plantea diez **aspectos básicos** mediante los cuales se puede realizar dicha valoración:[33,34]

- Políticas y objetivos**.**
- Organización operativa.
- Educación y diseminación.
- Flujo de información.
- Calidad de productos y procesos.
- Estandarización.
- Gestión y control.
- Garantía de calidad de funciones, sistemas y métodos.
- Resultados.
- Planes para el futuro.

El modelo Malcolm Baldrige

Ante la masiva llegada de productos japoneses a Estados Unidos en la década de los 80, el país norteamericano se vio obligado a **mejorar la calidad de sus productos** para poder **competir.**[32,33] En dicho proceso, las compañías eliminan cargos burocráticos y se centran en una filosofía de permanente revisión de sus procesos, invirtiendo más recursos en las pruebas de calidad y en acciones que hagan visibles las necesidades de los clientes.[33,34] Lleva el nombre de su creador. Está elaborado en torno a 11 valores que representan su fundamento e integran el conjunto de variables y criterios de calidad.[33,34] Estos valores han tenido amplias modificaciones a lo largo de los años. Este modelo plantea una **interacción** permanente de siete **criterios que** se utiliza para la autoevaluación y aparecen recogidos de la forma siguiente:

1. Liderazgo: el concepto de liderazgo está referido a la medida en que la Alta Dirección establece y comunica al personal las estrategias y la dirección empresarial y busca oportunidades. Incluye el comunicar y reforzar los valores institucionales, las expectativas de resultados y el enfoque en el aprendizaje y la innovación.

2. Planificación estratégica: define cómo la organización plantea la dirección estratégica del negocio y cómo esto determina proyectos de acción claves, así como la implementación de dichos planes y el control de su desarrollo y resultados.

3. Enfoque al cliente: encierra cómo la organización conoce las exigencias y expectativas de sus clientes y su mercado. Asimismo, en qué proporción todos, pero absolutamente todos los procesos de la empresa están enfocados a brindar satisfacción al cliente.

4. Información y análisis: examina la gestión, el empleo eficaz, el análisis de datos e información que apoya los procesos claves de la organización y el rendimiento de la organización.

5. Enfoque al recurso humano: examinan cómo la organización permite a su mano de obra desarrollar su potencial y cómo el recurso humano está alineado con los objetivos de la organización.

6. Proceso administrativo: examina aspectos como factores claves de producción, entrega y procesos de soporte. Cómo son diseñados estos procesos, cómo se administran y se mejoran.

7. Resultados del negocio: examina el rendimiento de la organización y la mejora de sus áreas clave de negocio: satisfacción del cliente, desempeño financiero y rendimiento de mercado, recursos humanos, proveedor y rendimiento operacional. La categoría también examina cómo la organización funciona en relación con sus competidores.

El modelo de excelencia empresarial o modelo europeo para la Gestión de Calidad Total (EFQM por sus siglas en inglés Fundación Europea para la Gestión de Calidad).

Este modelo tiene su origen en la **Fundación Europea para la Gestión de Calidad** (EFQM por sus siglas en inglés), organismo que fue creado en 1988 por 14 importantes compañías europeas que buscaban o**ptimizar sus procesos de calidad interna.** Su esquema es similar al del modelo de Malcome Bladrige, pero el énfasis está puesto en el **liderazgo** de los altos directivos y gerentes para **impulsar el trabajo** eficiente en los empleados, la política y estrategia empresarial y las alianzas y recursos. Para medir el impacto de un producto, los resultados se dividen en cinco **criterios** básicos:[33,34]

- Lo conseguido por la empresa durante el proceso.
- Lo logrado con respecto a los objetivos de la organización.
- Lo conseguido por los competidores.
- Lo conseguido por organizaciones referentes en el campo comercial.
- Las relaciones causa-efecto entre agentes y resultados.

Modelo Iberoamericano de Excelencia en la calidad (FUNDIBEQ por sus siglas en inglés, **Fundación Iberoamericana para la Gestión de la Calidad**).

Este método, creado en 1999 por la **Fundación Iberoamericana para la Gestión de la Calidad** (FUNDIBEQ), tiene una gran similitud con el modelo EFQM, dado que lo toma como base.

El modelo Iberoamericano se compone de nueve **criterios** que se **estructuran en procesos facilitadores**, que recoge los cinco primeros:[33,34]

- Liderazgo y estilo de gestión.
- Política y estrategia.
- Desarrollo de las personas.
- Recursos asociados.
- Clientes.
- Resultados de clientes.
- Resultado del desarrollo de las personas.
- Resultados de sociedad.
- Resultados globales.

Modelo de la familia de normas ISO 9000: 2000

La familia de normas ISO 9000 es un conjunto de estándares de participación designada para promover el comercio internacional creando un área en la que los productores de todo el mundo compitan en igualdad de condiciones. La finalidad es certificar a las empresas individuales, facilitando que las organizaciones compren bienes y servicios de todo el mundo y asegurándose de un nivel mínimo uniforme de calidad. Mientras que las series de estándares ISO 9000 se desarrollaron en Europa, con el tiempo se están aplicando globalmente. Cumpliendo los estándares de la familia ISO 9000, relativos a la creación y el mantenimiento de un sistema de gestión de calidad, incluyendo aspectos específicos de formación y desarrollo de RRHH, cuestiones de liderazgo y temas de reconocimiento de la actuación, y siendo competitivos con los principales premios de calidad, las organizaciones consiguen un nivel de actuación estándar para sus recursos humanos.

ISO 9001 es la norma de sistemas de gestión más conocida y certificada del mundo. Tradicionalmente los sectores en los que más se ha implementado y certificado desde su nacimiento en 1987 han sido el sector industrial y manufactura, pero en los últimos años ha cobrado especial protagonismo en sectores como el de las tecnologías de la información y la comunicación, la prestación de servicios, tanto para el sector público como el privado, siendo aplicable para las grandes, medianas y pequeñas empresas.

ISO 9001 es el estándar líder de calidad. Con más de 1.129.000 certificaciones vigentes hasta diciembre de 2013 y un área de influencia que alcanza a 187 países, la ISO 9001 continúa siendo la norma más popular utilizada mundialmente como herramienta de gestión de negocios. Con su implementación, las organizaciones pueden demostrar sus capacidades para proporcionar productos o servicios de manera acorde a requisitos, satisfaciendo las necesidades de sus clientes.[34-36]

Por estas razones antes mencionadas el autor de este trabajo valora como el más completo este modelo de la familia de normas ISO 9000 y se adhiere o toma partido por el mismo.

Este modelo es el reconocimiento de la existencia de múltiples procesos en la organización que interactúan de forma recurrente para el logro de sus fines. Como parte del modelo se reconoce también la interacción de la organización con el entorno (sistema abierto) y la existencia de una multiplicidad de actores y variables que integran el sistema. Tiene como base los procesos y juegan un papel importante las partes interesadas al declarar sus demandas y su satisfacción con lo recibido.

El modelo de la familia de normas ISO 9000 es un marco de trabajo que se sustenta sobre ciertos conceptos que sirven de base al modelo. La gestión de la calidad siguiendo este modelo se realiza a partir de ocho principios (conceptos) con el fin de conducir a una mejora en el desempeño, estos son:[34,35]

- Enfoque al cliente: las organizaciones dependen de sus clientes y por lo tanto deberían comprender las necesidades actuales y futuras de los clientes, satisfacer los requisitos de los clientes y esforzarse en exceder las expectativas de los clientes.
- Liderazgo: los líderes establecen la unidad de propósito y la orientación de la organización. Ellos deberían crear y mantener un ambiente interno, en el cual el personal pueda llegar a involucrarse totalmente en el logro de los objetivos de la organización.
- Participación del personal: el personal, a todos los niveles, es la esencia de una organización y su total compromiso posibilita que sus habilidades sean usadas para el beneficio de la organización.
- Enfoque basado en procesos: un resultado deseado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso.
- Enfoque de sistema para la gestión: identificar, entender y gestionar los procesos interrelacionados como un sistema, contribuye a la eficacia y eficiencia de una organización en el logro de sus objetivos.

- Mejora continua: la mejora continua del desempeño global de la organización debería ser un objetivo permanente de esta. Se define como actividad recurrente para aumentar la capacidad para cumplir requisitos.
- Enfoque basado en hechos para la toma de decisión: Las decisiones eficaces se basan en el análisis de los datos y la información.
- Relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor: una organización y sus proveedores son interdependientes, y una relación mutuamente beneficiosa aumenta la capacidad de ambos para crear valor.

Con la nueva versión de ISO 9001, los tradicionales 8 principios de gestión de la calidad pasan a ser 7 en la ISO 9001:2015 siendo los mismos:[34]

1. Enfoque al cliente:la gestión de la calidad está centrada en cumplir los requisitos del cliente y esforzarse en sobrepasar sus expectativas.

2. Liderazgo: los líderes de las organizaciones establecen la unidad de propósito y la dirección, y crean condiciones para que el resto de personas se impliquen en la consecución de los objetivos de la calidad de la organización.

3. Participación del personal: un aspecto muy importante para cualquier organización es que todas las personas que la componen sean competentes y estén facultadas e implicadas en entregar valor.

4. Enfoque basado en procesos: el hecho de entender y gestionar las actividades como procesos interrelacionados que conforman un sistema coherente, hace que se obtengan resultados afines y previsibles de una forma más eficaz y eficiente.

5. Mejora: para que una organización alcance el éxito se debe poner especial énfasis y centrar sus esfuerzos en la mejora.

6. Toma de decisiones basada en la evidencia: las decisiones que se toman fundamentadas en el análisis y evaluación de datos e información tienen una mayor probabilidad de producir resultados esperados y deseados.

7. Gestión de las relaciones: la gestión de las relaciones con las partes interesadas, por ejemplo con los proveedores, con los aliados estratégicos o con la sociedad, contribuyen al éxito sostenido de la organización.

La decisión de actualizar el estándar ISO 9001 estuvo motivada por la necesidad de adaptarlo a la realidad actual de las organizaciones. A diferencia de su antecesora, ISO 9001:2008, que no presentó cambios notables, ISO 9001:2015 sí trae grandes cambios que hará que los Sistemas de Gestión de la Calidad asimilen algunas modificaciones.[34-36] Los aportes de ISO 9001:2015 son los siguientes:

- Una perspectiva más suavizada en términos de diseño.
- Un refuerzo del enfoque basado en procesos.
- La eliminación del manual de calidad y del representante de la dirección.
- La necesidad de un análisis del contexto de la organización.
- Un sistema de documentación más flexible.
- Los principios de la calidad pasan a ser 7.
- La estructura de la norma pasa a tener 10 secciones o capítulos.
- Ajustes de terminología.

Se destaca especialmente la importancia de considerar el riesgo y sus elementos en toda la estrategia de gestión de la calidad. Esto hace necesario que las organizaciones vayan identificando por adelantado los riesgos que tengan en sus sistemas y las estrategias a poner en marcha para mitigarlos o eliminarlos.[34-36]

Múltiples autores han realizado comparaciones de los modelos de gestión de la calidad existentes, por citar algunos tenemos a Rangel,[36,37] De Nieves y Ros,[37,38] quienes concluyen:

- Apenas existen diferencias entre los Modelo EFQM e Iberoamericano, debido a que cuentan con los mismos principios, y básicamente los mismos criterios.
- Todos ellos sirven de autoevaluación, bien para incorporar mejoras, bien para comprobar el funcionamiento y rendimiento organizativo.
- El Modelo Malcolm Baldrige es quizá el más completo, pues incorpora una mayor cantidad de criterios englobando todos aquellos en los que se basa el Modelo EFQM, Iberoamericano, y el de Deming. Cabe mencionar que el más específico es el Modelo EFQM debido a que contiene treinta y dos subcriterios.
- Los Modelos EFQM, Iberoamericano, y Malcolm Baldrige son más éticos que el Modelo Deming

cuyo perfil es más técnico, pues los primeros están enfocados hacia la dirección de la calidad por parte de los empresarios y el segundo es administrado y estructurado por ingenieros japoneses.

- Todos los modelos conciben la organización como conjunto de subsistemas relacionados y conectados entre sí, todos tienen su papel y su importancia específica en el logro del objetivo primordial, la excelencia y la mejora continua.

Así, los modelos de gestión de la calidad planteados muestran, de algún modo, la intención de efectuar una comprensión compleja de la organización, asumiendo la calidad como un medio para alcanzar una instancia deseada (propósitos) o como un horizonte organizacional que orienta la acción. Estos reconocen tanto aspectos susceptibles de intervención, de manera predecible, como elementos que, en buena medida, se muestran como aleatorios, impredecibles e inesperados. Desde esta perspectiva, los modelos planteados pueden ser de utilidad para las organizaciones. Permiten lograr una estabilidad funcional mínima a partir de la correcta aplicación de los sistemas de gestión.

Existen grandes diferencias en la comercialización de bienes y la de servicios, se comparten ciertos aspectos generales, la satisfacción de los clientes y la rentabilidad de largo plazo, sin embargo se abordan desde criterios diferentes. Los servicios tienden a ser más heterogéneos, más intangibles y, en resumen, más difíciles de evaluar que los bienes. Las esencialidades de los servicios y los modelos empleados para la medición de la calidad con que se prestan los mismos, serán objeto de estudio en los próximos dos epígrafes que se presentan a continuación.

Aproximaciones a la evaluación de la calidad en los servicios

A continuación se exponen algunas de las definiciones imprescindibles para comprender la esencia de este estudio.

Se define el servicio (del latín *servitium*) como "acción y efecto de servir, como servicio doméstico e incluso como conjunto de criados o sirvientes"; "tipo de bien económico, constituye lo que denomina el sector terciario, todo el que trabaja y no produce bienes se supone que produce servicios o el conjunto de actividades, beneficios o satisfactores que se ofrecen para su venta o que se suministran en relación con las ventas"; "es el trabajo realizado para otras personas"; "es cualquier actividad o beneficio que una parte ofrece a otra; son esencialmente intangibles y no dan lugar a la propiedad de ninguna cosa. Su producción puede estar vinculada o no con un producto físico"; lo anterior fue extraído de la Real Academia Española, Fisher y Navarro, Colunga, Kotler, citados por Duque.[16]

Servicio es entonces entendido como el trabajo, la actividad y/o los beneficios que producen satisfacción a un consumidor.

Otro término de gran importancia también empleado con frecuencia por los investigadores es el de servicio al cliente. Horovitz, Peel, Gaither, Lovelock, citados por Duque,[16] expresan definiciones tales como: "conjunto de prestaciones que el cliente espera, además del producto o servicio básico, como consecuencia del precio, la imagen y la reputación del mismo"; "aquella actividad que relaciona la empresa con el cliente, a fin de que éste quede satisfecho con dicha actividad"; "es una gama de actividades que en conjunto, originan una relación"; "el servicio al cliente implica actividades orientadas a una tarea, que no sea la venta proactiva, que incluyen interacciones con los clientes en persona, por medio de telecomunicaciones o por correo. Esta función se debe diseñar, desempeñar y comunicar teniendo en mente dos objetivos: la satisfacción del cliente y la eficiencia operacional".

En estos conceptos de servicios se destaca su intangibilidad, una de las características que le hacen diferente de los productos tangibles, pero también se dan otras particularidades como: inseparabilidad o simultaneidad entre producción y consumo, y la heterogeneidad, abordadas por autores como Parasuraman, Zeithaml y Berry, Frías, Civera, Gálvez y Grönroos, citados por Curbelo,[11] este último adiciona además otras particularidades como valor esencial producido en la interacción comprador- vendedor, mayor participación del cliente, se logra una actividad o proceso, no se pueden almacenar y no hay transferencia de la propiedad. Autores como Varo, Martínez-Tur et al., citados por Curbelo,[11] las identifican nombrándolas: caducidad o carácter perecedero y propiedad temporal e intransferible.

Entre las organizaciones de servicios más conocidas se encuentran las de: salud, bancos, educación, hotelería, restaurantes, transporte, servicios públicos, entre otros de los que usualmente las personas tienden a emitir criterios, juicios, a dar sus percepciones en relación con el resultado y proceso de servicio.

Al comparar las características de los servicios con las de los bienes se concluye que los bienes son tangibles, estandarizados, tienen producción separada del consumo, y son no perecederos. Los servicios, en cambio, son intangibles, heterogéneos, tienen producción y consumo simultáneos, y son perecederos, según plantean Parasuraman, Zeithaml, & Berry, citados por Droguett.[32,38]

Zeithaml et al., citado por Droguett, describen en su libro las cualidades de los servicios siendo las mismas:

- Cualidades de búsqueda: son atributos que el cliente puede determinar y evaluar antes de la compra. Estas incluyen color, estilo, precio, ajuste, sensación, dureza y olfato. Algunos productos altos en cualidades de búsqueda son los automóviles, ropa, muebles y joyería.
- Cualidades de experiencia: son atributos que el cliente solo puede distinguir después de la compra o durante el consumo. Estas implican buen gusto y posibilidad de uso. Algunos productos altos en cualidades de experiencia son las vacaciones y comidas en restaurantes.
- Cualidades de credibilidad: son características que el cliente puede encontrar prácticamente imposibles de evaluar incluso después de la compra o el consumo. En estos casos el cliente desconoce o carece del conocimiento suficiente para determinar si el producto o servicio satisface sus necesidades o deseos, incluso después del consumo. Algunos productos altos en cualidades de credibilidad son las intervenciones quirúrgicas y las reparaciones de automóviles.
- Los productos altos en cualidades de búsqueda son los más fáciles de evaluar, luego vienen los altos en cualidades de experiencia (que son más complejos de evaluar porque requieren que el producto sea consumido para evaluarlo), y finalmente los más complejos de evaluar son los altos en cualidades de credibilidad (debido a que en este caso el consumidor puede ignorar o carecer de los conocimientos para evaluar la compra).

La calidad objetiva es una visión interna de la calidad, pues es vista desde un enfoque de producción, es la eficiencia y por ello se usa en actividades que permitan ser estandarizadas, mientras que calidad subjetiva es tratada como una visión externa, en la medida en que dicha calidad se obtiene a través de la determinación y el cumplimiento de las necesidades, deseos y expectativas de los clientes, dado que las actividades del servicio están altamente relacionadas con el contacto con los clientes.

En la literatura sobre la calidad del servicio, el concepto de calidad se refiere a la calidad percibida, es decir “al juicio del consumidor sobre la excelencia y superioridad de un producto”; “un juicio global, o actitud, relacionada con la superioridad del servicio”; “ajuste del servicio entregado a los consumidores con sus expectativas” , según exponen Parasuraman, Zeithaml y Berry, Zeithaml, Lewis y Booms citados por Duque.[16] En este sentido, la calidad percibida es subjetiva, supone un nivel de abstracción más alto que cualquiera de los atributos específicos del producto y tiene una característica multidimensional siendo este el criterio del autor de este trabajo.

En un contexto de mercado de servicios, la calidad merece un tratamiento y una conceptualización distinta a la asignada a la calidad de los bienes tangibles, criterio que comparte el autor de este trabajo.

El problema de la no existencia de medidas objetivas, es la causa por lo cual la percepción es la medida que más se ajusta al análisis. Las percepciones son las creencias que tienen los consumidores sobre el servicio recibido.[16]

Otros autores plantean que “la calidad de servicio percibida depende de la comparación del servicio esperado con el servicio percibido”; “los juicios de satisfacción son el resultado de la diferencia percibida por el consumidor entre sus expectativas y la percepción del resultado”,[18] coincidiendo el autor del trabajo con estas apreciaciones de los autores antes mencionados.

Modelos para la evaluación de la calidad en los servicios

El proceso de medición de la calidad del servicio

implica que dadas sus características se establezcan diferentes dimensiones de evaluación que permitan un juicio global de ella. El establecimiento de dimensiones o características diferenciadas ayuda a esquematizar y dividir el contenido del concepto o constructo de estudio. Algunas veces, dada la subjetividad inmersa en el concepto en estudio, estas dimensiones no son tan fácilmente observables por los sujetos, sino que son abstracciones realizadas a partir de atributos o características que estos perciben.

El carácter multidimensional de la calidad del servicio siempre ha tenido aceptación tanto desde aproximaciones prácticas como teóricas. El punto de divergencia es la identificación de los determinantes de dicha calidad del servicio. Las clasificaciones de dimensiones que se otorgan al constructo son muy variables y heterogéneas, sin que exista por el momento ningún consenso al respecto.

Luego el punto de partida básico es que la calidad del servicio se produce en la interacción entre un cliente y los elementos de la organización de un servicio. Parasuraman, Zeithaml y Berry, citados por Duque,[16] determinan tres dimensiones de la calidad:

1. Calidad física: incluye los aspectos físicos del servicio.

2. Calidad corporativa: lo que afecta la imagen de la empresa.

3. Calidad interactiva: interacción entre el personal y el cliente, y entre clientes.

De otro lado, Grönroos, citado por Duque[16] describe la calidad del servicio como una variable de percepción multidimensional formada a partir de dos componentes principales: una dimensión técnica o de resultado y una dimensión funcional o relacionada con el proceso considerando los servicios como procesos más o menos intangibles y experimentados de manera subjetiva, en los que las actividades de producción y consumo se realizan de forma simultánea. Se producen interacciones que incluyen una serie de “momentos de la verdad” entre el cliente y el proveedor del servicio. Por su naturaleza, no se puede evaluar la dimensión de calidad funcional de una forma tan objetiva como la dimensión técnica. Además relaciona estas dos dimensiones de la calidad del servicio con la imagen corporativa, ya que dicha imagen puede determinar aquello que se espera del servicio prestado por una organización.

El establecimiento de las dimensiones y su evaluación genera lo que se denomina escala de evaluación del constructo. Las dos escalas más representativas son las basadas en los modelos nórdico, según Grönroos citado por Duque,[16] y el americano.[16]

La escuela nórdica:

Conocido como Modelo de la Imagen, fue formulado por Grönroos (1988, 1994 citados por Duque)[16] y relaciona la calidad con la imagen corporativa. Plantea que la calidad percibida por los clientes es la integración de la calidad técnica (se enfoca en un servicio técnicamente correcto y que conduzca a un resultado aceptable. Se preocupa de todo lo concerniente al soporte físico, los medios materiales, la organización interna, es la dimensión del “qué se da”) y la calidad funcional (se encarga de la manera en que el consumidor es tratado en el desarrollo del proceso de producción del servicio, es la dimensión del “cómo se da”, es decir cómo el consumidor recibe el servicio) y estas se relacionan con la imagen corporativa. La imagen es un elemento básico para medir la calidad percibida. En resumen, el cliente está influido por el resultado del servicio, pero también por la forma en que lo recibe y la imagen corporativa. Todo ello estudia transversalmente las diferencias entre servicio esperado y percepción del servicio.

Define y explica la calidad del servicio percibida a través de las experiencias evaluadas a través de las dimensiones de la calidad. Paralelamente conecta las experiencias con las actividades del marketing tradicional esbozando la calidad.

Una buena evaluación de la calidad percibida se obtiene cuando la calidad experimentada cumple con las expectativas del cliente, es decir, lo satisface. De igual forma, describe cómo el exceso de expectativas genera problemas en la evaluación de la calidad. Expectativas poco realistas contrastadas con calidad experimentada buena pueden desembocar en una calidad total percibida baja.

Las expectativas o calidad esperada, son función de factores como la comunicación de marketing, recomendaciones (comunicación boca-oído), imagen corporativa/local y las necesidades del cliente. Son partidarios del “paradigma de la

desconfirmación" (el nivel de calidad total percibida no está determinado realmente por el nivel objetivo de las dimensiones de la calidad técnica y funcional sino que está dado por las diferencias que existen entre la calidad esperada y la experimentada).

La escuela nórdica establece la importancia de conocer qué aspectos utilizan los clientes para evaluar el servicio y cuál es la percepción que tienen sobre los mismos.

Escuela americana:

El modelo de la escuela americana de Parasuraman, Zeithaml y Berry (1985, 1988 citados por Duque)[16] se ha denominado SERVQUAL. Es sin lugar a dudas el planteamiento más utilizado por los académicos hasta el momento. Partieron del paradigma de la desconfirmación, para desarrollar un instrumento que permitiera la medición de la calidad de servicio percibida. Desarrollaron un instrumento que permitiera cuantificar la calidad de servicio y lo llamaron SERVQUAL. Este instrumento les permitió la evaluación por separado de las expectativas y percepciones de un cliente, apoyándose en los comentarios hechos por los consumidores en la investigación. Emplean diez dimensiones y depende del tipo de servicio y/o cliente. Inicialmente identificaron diez determinantes de la calidad de servicio y encontraron correlaciones entre las dimensiones iniciales, que permitieron reducirlas a cinco:

1. Confianza o empatía: muestra de interés y nivel de atención individualizada que ofrecen las empresas a sus clientes (agrupa los anteriores criterios de accesibilidad, comunicación y compresión del usuario).

2. Fiabilidad: habilidad para ejecutar el servicio prometido de forma fiable y cuidadosa.

3. Responsabilidad: seguridad, conocimiento y atención de los empleados y su habilidad para inspirar credibilidad y confianza (agrupa las anteriores dimensiones de profesionalidad, cortesía, credibilidad y seguridad).

4. Capacidad de respuesta: disposición para ayudar a los clientes y para prestarles un servicio rápido.

5. Tangibilidad: apariencia de las instalaciones físicas, equipos, personal y materiales de comunicación.

Para evaluar la calidad percibida plantean estas dimensiones generales y definen que dicha percepción es consecuencia de la diferencia para el consumidor entre lo esperado y lo percibido.

Sin embargo, también parten del planteamiento del hallazgo de una serie de vacíos, desajustes o gaps en el proceso. Estos influyen en la percepción del cliente y son el objeto de análisis cuando se desea mejorar la calidad percibida. Así, las percepciones generales de la calidad de servicio están influidas por estos "vacíos o gaps", definidos por Parasuraman, Zeithaml y Berry (citados por Duque)[16] como "*una serie de discrepancias o deficiencias existentes respecto a las percepciones de la calidad de servicio de los ejecutivos y las tareas asociadas con el servicio que se presta a los consumidores*" que tienen lugar en las organizaciones que prestan servicios, imposibilitando ofrecer un servicio que sea percibido por los clientes como de alta calidad.

El modelo SERVQUAL, con el estudio de los cinco gaps, analiza los principales motivos de la diferencia que llevaban a un fallo en las políticas de calidad de las organizaciones. Estos vacíos a los que hace referencia el modelo se pueden resumir en las siguientes generalizaciones:[16]

Gap 1: Diferencia entre las expectativas de los usuarios y las percepciones de los directivos.

Gap 2: Diferencia entre las percepciones de los directivos y las especificaciones o normas de calidad.

Gap 3: Diferencia entre las especificaciones de la calidad del servicio y la prestación del servicio.

Gap 4: Diferencia entre la prestación del servicio y la comunicación externa.

Gap 5: Diferencia entre las expectativas del consumidor sobre la calidad del servicio y las percepciones que tiene del servicio. Se había hablado de cuatro vacíos y aquí aparecen cinco.

El modelo propone que este último vacío se produce como consecuencia de las desviaciones anteriores y que constituye la medida de la calidad del servicio.

Una vez localizados y definidos los vacíos de una prestación de servicio de no calidad, se debe investigar sus causas y establecer las acciones correctivas que permitan mejorar la calidad.

Quizá por ser el más usado, las principales críticas se enfocan en el modelo americano.

Limitaciones del modelo:

- No presenta mucho apoyo teórico y evidencia empírica como punto de partida para medir la calidad de servicio percibida.
- Presenta problemas respecto a la definición tanto conceptual como operativa de las expectativas, lo cual crea ambigüedad en la interpretación y en su justificación teórica.

Modelo de los tres componentes:

Este modelo, de 1994, según exponen Rust y Oliver citados por Duque, [16] se compone de tres elementos:

- El servicio y sus características (service product): se refieren al diseño del servicio antes de ser entregado al cliente. Los elementos se determinan según el mercado objetivo, es decir, según las expectativas. Es la determinación de las características relevantes o especificaciones a ofrecer. Se estableció una metodología para evaluar dichas características, llamada la casa de la calidad, el Quality Funtion Deployment (QDF por sus siglas en inglés) se utiliza para establecer las características del servicio.
- El proceso de envío del servicio o entrega (service delivery): la forma en que se presta el servicio.
- El ambiente que rodea el servicio (environment): el ambiente del servicio está subdividido en dos perspectivas:

- El ambiente interno (del proveedor del servicio) se enfoca en la cultura organizacional y en la filosofía de la eliminación,
- El externo se orienta principalmente al ambiente físico de la prestación del servicio.

Albrecht, citado por Duque,[16] enfoca su estudio a los dos primeros elementos de Berry, desarrollando el análisis de la organización y estableciendo cómo enfocarla a prestar un servicio de calidad, pero también se encarga de aspectos relativos al ambiente del servicio externo. Para el ambiente externo, Bitner, citado por Duque,[16] resumió en lo que llamó servicescape (o panorama del servicio), algunas dimensiones que forman un ambiente holístico (los elementos simbólicos, el espacio y su función lo determinan).

Modelo SERVPERF:

Cronin y Taylor, citados por Duque,[16] establecieron una escala más concisa que SERVQUAL y la llamaron SERVPERF basada exclusivamente en la valoración de las percepciones, con una evaluación similar a la escala SERVQUAL, la cual tiene en cuenta tanto las expectativas como las percepciones. Esta escala intenta superar las limitaciones de utilizar las expectativas en la medición de la calidad percibida, sin definir concretamente el tipo y el nivel de expectativas a utilizar (expectativas de desempeño, experienciales, predictivas, normativas, etc.). En conclusión, la escala es la misma, lo que varía es el enfoque de evaluación y las preguntas en los instrumentos.

El modelo de Desempeño Evaluado (PE)

El modelo de desempeño evaluado, (PE, por su sigla en inglés), fue planteado por Teas, citado por Duque,[16] centrado en tres puntos:

- Interpretación del concepto “expectativas”
- Operativización de dicho concepto
- Valoración de modelos alternativos al SERVQUAL para la evaluación de la calidad del servicio percibida.

Plantea que el incremento de la diferencia entre las percepciones y las expectativas puede no reflejar necesariamente un incremento continuo en los niveles de calidad percibida, como implica SERVQUAL. Explica la conceptualización de las expectativas como puntos ideales en los modelos actitudinales, no plantea dimensiones en su modelo, más bien establece elementos.

Se encuentran también modelos como el Multinivel, de Dabholkar, Thorpe y Rentz, citados por Duque,[16] que pretende establecer una conceptualización jerárquica. El de aproximación jerárquica, de Brady y Cronin, citados por Duque,[16] intentando establecer factores que hacen de la percepción de la calidad del servicio una variable latente.

Finalmente, se encuentran algunas caracterizaciones de dimensiones, como las de Lehtinen, Garvin, Eiglier y Langeard, citados por Duque.[16]

Después de un análisis de los diferentes modelos

de medición de la calidad en los servicios el autor concluye de la siguiente forma:

- El concepto de calidad percibida no es nuevo y su estudio se ha extendido de tal manera que ha generado discusiones importantes sobre su definición y parámetros de evaluación. De su análisis se desprenden tres importantes conceptos de estudio: la satisfacción, la calidad y el valor para el cliente y, por ende, el estudio de sus relaciones de causalidad.
- La mejor evaluación desde la perspectiva del cliente es la calidad percibida y su evaluación depende de las características específicas del servicio, de los clientes y del contexto en el cual se desenvuelven, luego se debe tener en cuenta el concepto de servicio a evaluar y su caracterización.
- La calidad percibida de los servicios es la mejor forma de conceptualizar la calidad en el ámbito de los servicios.
- Es necesario establecer el concepto de calidad a tener en cuenta pues las evaluaciones de calidad además del sesgo del evaluador tienen el sesgo del concepto de calidad utilizado.
- Los modelos estudiados evalúan unos el proceso y otros el resultado o intentan hacer una integración de los dos.
- El modelo de medición no es relevante, pues lo importante es que las dimensiones a tener en cuenta y los ítems a evaluar correspondan a los momentos de verdad (contacto directo con el cliente en la prestación del servicio) y permitan contrastar realmente las expectativas de los clientes contra el servicio prestado y/o el desempeño.
- Es importante en el proceso de medición un excelente proceso de validación conceptual de los instrumentos y por ende de la escala utilizada.
- Los modelos presentados son los más representativos en la literatura y siguen vigentes como el fundamento infaltable en cualquier análisis académico internacional.

Calidad percibida de servicios de asistencia en salud. Concepciones generales y evaluación

Habitualmente se enmarca el accionar en el sector salud con cuatro palabras: equidad, efectividad, eficacia y eficiencia. La prestación de servicios debe realizarse con equidad, esto es, dar más a quién más necesita garantizando la accesibilidad; con eficacia, o sea, con metodologías y tecnologías adecuadas; con efectividad, alcanzar cobertura e impacto adecuados; y con eficiencia, con rendimiento y costos acordes.

Sin dudas esto constituye la calidad de los servicios de salud, según Williams e Ipinza citados por Forrellat.[25]

La calidad percibida de servicios de asistencia en salud es definida por Mira y Aranaz, citados por Curbelo[11] como la apreciación que hace el paciente de la adecuación, resultados y beneficios del conjunto de actuaciones en el marco de la atención sanitaria.

En nuestro contexto, calidad significa dar una respuesta efectiva a los problemas o situaciones sanitarias que inciden sobre una población y sus individuos e implica la satisfacción de los pacientes, la familia y la comunidad para con estos servicios, según plantea Céspedes, citado por Forrellat.[25]

Sin embargo, existen algunas consideraciones importantes respecto al término calidad que son necesarias tener en cuenta: primero, calidad no es sinónimo de lujo o de complejidad, sino que, por el contrario, debe ser la misma en todos los niveles de atención. En segundo lugar, no constituye un término absoluto sino que es un proceso de mejoramiento continuo. Tercero: es una cualidad objetivable y mensurable. Por último, no depende de un grupo de personas sino que involucra a toda la organización.

El desafío es lograr evaluar este proceso en su conjunto de modo tal que pueda ser objetivado y comparado, que permita conformar estándares y elaborar procesos correctivos para producir mejoras continuas.[25]

De manera general, en el sector de la salud se emplean para la medición de la calidad percibida cuestionarios creados sobre la base de los modelos ya presentados. Los más empleados son el SERVQUAL y el SERVPERF, al considerar las diferencias entre expectativas y percepciones, y la percepción después de recibido el servicio, respectivamente. Se han desarrollado programas de evaluación de resultados, que incluyen la satisfacción del paciente y la mejoría subjetiva de los síntomas, tres de los más conocidos son:[11]

- El Cuestionario de Satisfacción del Cliente (

Client Satisfaction Questionnaire, CSQ-8): se basa en ocho preguntas que deben responder los pacientes al final de su estadía en el hospital sobre la base de una escala análogo-visual.

- El Inventario Breve de Síntomas (*Brief Symptom Inventory*, BSI): ha sido concebido para servicios psiquiátricos, está formado por 32 preguntas que versan sobre la capacidad para realizar determinadas actividades
- La Encuesta Corta de Salud MOS 36 (MOS 36-*Item Short Form Health Survey*, SF-36): es similar al anterior pero está concebido para servicios generales (no psiquiátricos).

La óptica del paciente o modo de entender la calidad desde su punto de vista está consolidándose actualmente como un factor esencial. Teniendo en cuenta ello se asiste a un cambio de actitud fundamental en los sistemas sanitarios de manera que el paciente pase a ser el centro de la atención y se considera que la calidad solo mejorará cuando los procesos estén diseñados sobre la premisa de satisfacer sus necesidades y expectativas, según Mira y Aranaz, citados por Curbelo.[11]

En el sector de la salud debe quedar clara la diferencia entre necesidades básicas por las que acudir y extras que también inciden en la satisfacción. Los pacientes esperan fiabilidad, competencia, cortesía, credibilidad, seguridad y respuesta positiva a los tratamientos. Cumplir con estas expectativas evita el descontento o la no satisfacción del paciente, pero el logro de las mismas no provoca totalmente la satisfacción pues estos aspectos del servicio son considerados parte integral del mismo.

La calidad percibida y su proceso evaluativo en los servicios de Cienfuegos

Santos et al.[40] plantean que la evaluación de la calidad de la asistencia que se presta en una institución de salud requiere de herramientas que contemplen sus aspectos más importantes y permitan su monitorización. La evaluación por indicadores es un instrumento que ha demostrado ser útil para esta finalidad. Se reconoce que la calidad es un valor, y añadimos valor a un servicio cuando lo mejoramos. La calidad debe abordarse conforme a los principios de la investigación científica, la cual debe tener como premisas esenciales: diseñar un plan, concebir preguntas, formular hipótesis, obtener datos, elaborar conclusiones y justificar el cumplimiento de estas.

El 5 de septiembre del 2002 fue inaugurado el Centro Provincial de Emergencias Médicas (CPEM), un servicio novedoso en relación con el anterior y con los Servicios de Urgencias (SU) tradicionales que existen en el país. Iraola et al.,[8] un año después realizaron un estudio para conocer la satisfacción de los pacientes en el SU, dividido en cuatro áreas: medicina, cirugía, ginecología/obstetricia y traumatología, del Hospital Gustavo Aldereguía Lima, utilizando como método de evaluación el Informe de usuarios. Se construyó un cuestionario basado en las obligaciones de cada puesto de trabajo evaluando la adherencia a las mismas. Se formularon 14 preguntas que abordaban aspectos técnicos y aspectos interpersonales de la atención con solo dos opciones de respuestas, afirmativa o negativa.

La evaluación de la efectividad del asesoramiento genético y el nivel de satisfacción con los servicios de Genética Médica, permiten trazar nuevas estrategias para elevar la calidad de la atención. Para evaluar la efectividad de dicho proceso y el nivel de satisfacción con los servicios en el municipio Abreus, provincia Cienfuegos, en el periodo 2004-2007, Fraga[41] et al. realizaron un estudio descriptivo, de corte transversal. Emplearon cinco instrumentos (un cuestionario estructurado), que permitió evaluar las variables adecuadas a los objetivos del trabajo.

Para evaluar la satisfacción de usuarios, anterior al 2009, se consideraban los criterios de pacientes tanto en el Centro Especializado Ambulatorio Héroes de Playa Girón (CEA por sus siglas) como en el Hospital Provincial de Cienfuegos Dr. Gustavo Aldereguía Lima (HGAL por sus siglas) aplicando cada semana las autoencuestas que consistían en una tira de papel donde los clientes (pacientes y familiares) escribían sus criterios del servicio recibido sin responder a formato alguno o a preguntas precisas, todo lo que le agregaba un carácter más subjetivo aún. Luego esta respuesta era codificada por quienes las procesaban para determinar las principales insatisfacciones en las que debían incidirse de manera concreta. El método descrito, dada la complejidad y multidimensionalidad en la definición de la calidad percibida, no estaba acorde a las prácticas actuales más utilizadas en materia de su medición para servicios de atención en salud.[39]

Curbelo et al.,[39] diseñaron en 2013 y luego aplicaron un procedimiento para la evaluación de la calidad percibida de servicios de asistencia en salud inicial en uno de los servicios del Hospital Provincial de Cienfuegos, específicamente en el Servicio Quirúrgico Ambulatorio del Centro Especializado Ambulatorio Héroes de Playa Girón, cual cuenta con cuatro etapas y diez pasos, este parte de la identificación de los procesos para luego desarrollar la evaluación de la calidad percibida, la determinación de la satisfacción y la proyección de mejoras, tomando como referencia los criterios de pacientes y familiares y posteriormente se ha implementado ya en la totalidad de los servicios del Centro Especializado Ambulatorio y en las cuatro Unidades Organizativas que conforman el Hospital Provincial de Cienfuegos. Su desarrollo se hizo siguiendo el ciclo Planear- Hacer-Verificar-Actuar (PHVA) que propone Deming para la mejora continua.

González Ortíz[42] realizó un estudio sobre la satisfacción de los clientes con el servicio que reciben en la Empresa Izaje Cienfuegos durante 2011, aplicando la encuesta a clientes como instrumento y como criterio de validación del mismo se utilizó el Alfa de Cronbach, cuyo coeficiente se consideró entre 0 y 1. Concluyó que a pesar de constatarse una aceptable o alta satisfacción de los clientes a partir del estudio realizado, la empresa dispuso de información sobre una problemática estratégica en la atención al cliente que puede llevarle de una posición ofensiva a una adaptativa de hacerse valer el significado de las debilidades que le afectan en esta área. Se evidenciaron las limitaciones que posee para responder a las nuevas demandas que aparecen en el territorio de la provincia.

González Álvarez [43] desarrolló un estudio en una sucursal bancaria en la provincia de Cienfuegos, Cuba, durante los últimos tres trimestres del año 2013 con el objetivo fundamental de evaluar y mejorar la calidad percibida con un enfoque de gestión por procesos y mejora continua. Para ello diseñó e implementó un procedimiento para la evaluación de la calidad percibida de los servicios bancarios basado en la escala multidimensional Servqual. Para la recopilación de información se utilizaron técnicas tales como: entrevistas, tormenta de ideas, revisión de documentos, trabajo con expertos, trabajo en equipo y observación directa. Se hizo uso de herramientas clásicas de la calidad y de gestión de procesos, así como la técnica 5W y 1H, y la metodología de Proceso Esbelto. Como resultados fundamentales de la investigación se identificaron las principales brechas de insatisfacción en la calidad del servicio a partir de las percepciones de los clientes, así como la obtención de una calificación global de la calidad del servicio. Se determinó que para las 22 declaraciones del cuestionario Servqual las percepciones de los clientes no superan las expectativas.

Durante el 2017 los servicios de los centros Hospital Provincial Gustavo Aldereguía Lima y el Hospital Pediátrico Paquito González Cueto, se enfrentaron al Proceso de Certificación en la fase de autoevaluación. Se autoevaluaron los 41 estándares del Manual de Acreditación Hospitalaria y como órgano evaluador externo tienen a la Junta de Acreditación Nacional de Salud (JUNAS por sus siglas).[d]

La calidad percibida en los servicios de salud, ha sido estudiada en el territorio (básicamente en los servicios del HGAL, el CEA y la Clínica Estomatológica de Especialidades aplicando el procedimiento diseñado por Curbelo)[11] desde el 2013 hasta el 2015 por varios investigadores cienfuegueros entre los que se encuentran Fajardo,[e] González- Quevedo,[f] Sampayo,[g] Salas,[h] Cortiza,[i] Díaz,[j] Fernández,[k] y Cuellar.[l]

Según Curbelo[11] "el procedimiento que se diseñó tomó como base los de Díaz y Pons (2009) y Moreno (2010), pero tiene en cuenta en su concepción y puesta en práctica el procedimiento para la Gestión por procesos que proponen Pons y Villa (2006) y el ciclo PHVA de Deming para el mejoramiento (Beltrán, Carmona, Carrasco, Rivas, y Tejedor, 2003). Además, el instrumento que se diseñó como parte del procedimiento estaba concebido para ser aplicado a clientes (pacientes y familiares) de servicios de asistencia médica para definir dimensiones acordes a las características propias de estos en Cuba, resultantes de los análisis estadísticos para llegar luego a la estimación de la satisfacción.

Todo lo anterior fundamentó como principios del procedimiento los que se especifican a continuación:

- Enfoque por procesos: las organizaciones de salud están llamadas a seguir el enfoque por procesos y es esta una de las ideas rectoras de la familia de normas ISO 9000: 2000 (Instituto Argentino de Normalización IRAM, 2003;

Organización Internacional de Normalización, 2008).[44] La descripción del proceso de servicios que evaluará el cliente es el punto de partida para el entendimiento interno del mismo y así se considera relevante que se realice.

- Mejora continua: al enfocar las mejoras se tiene en cuenta la retroalimentación permanente a la organización para garantizar que los clientes (pacientes, familiares, otros servicios) se mantengan satisfechos.
- Enfoque a clientes: solo los clientes de los servicios de organizaciones de salud, serán responsables de evaluar la calidad del servicio y en función de su percepción se identificarán oportunidades de mejora para garantizar un incremento de la satisfacción.
- Enfoque sistémico: cualquiera de los servicios en que se aplique el procedimiento que se pretende validar se integra al sistema hospital, no ocurre como un proceso aislado y como tal su relación con otras partes componentes del mismo queda declarada al efectuar la evaluación de la calidad percibida.
- Aplicabilidad: el procedimiento en su presentación queda lo suficientemente detallado y con las herramientas necesarias para su aplicación aun por aquellas personas que no sean especialistas en el tema.
- Aprendizaje continuo: el procedimiento orienta a las organizaciones de salud en el aprendizaje continuo y así posibilita la potenciación de esta capacidad, considerando la retroalimentación para la mejora que tiene en cuenta el mismo.

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

- Adaptabilidad: el procedimiento es adaptable a cualquier servicio de los que se brindan en un hospital moderno y también puede generalizarse a otros servicios en los que, como ya se ha descrito previamente, es usual la realización de estudios de calidad percibida.
- Pertinencia: el procedimiento está diseñado para una aplicación constante en organizaciones de salud que garantice conocer el estado de opinión de los pacientes sobre los servicios que recibe más allá de las quejas y/o reclamaciones que puede o no realizar.
- Flexibilidad: el procedimiento es flexible en cuanto a que, en dependencia de la etapa que se aplique y el servicio pueden omitirse algunos pasos sin afectar la evaluación final, considerando su pertinencia y sin perder la lógica de análisis. Además, también lo es en cuanto a las herramientas que se proponen para la consecución de cada uno de los pasos.
- Consistencia lógica: El procedimiento se articula de una forma lógica que permite cumplir con los principios anteriores para lo que está compuesto de etapas y como parte de las mismas de diferentes pasos, todo ello cohesionando criterios relacionados con calidad percibida y su evaluación.

Calidad percibida y su proceso evaluativo en servicios de atención al adulto mayor en Cienfuegos

Si de evaluar la atención al adulto mayor se trata, varios autores han abordado la temática evaluando esencialmente criterios como: la situación familiar en relación a sus adultos mayores; la percepción que se tiene acerca de la vida; los costes emocionales, sociales y económicos que encierra el cuidado a los adultos mayores y lo relacionado con las familias en situaciones de riesgo; comunicación en la resolución de las dificultades, implicación afectiva, y la regulación del comportamiento; redes de apoyo familiares y calidad de vida en los adultos mayores; el apoyo social en la vejez: la familia, los amigos y la comunidad; la calidad de vida en los adultos mayores; percepción de la calidad de vida en adultos mayores. En estos estudios se han empleado criterios, escalas e instrumentos (la Escala MGH de calidad de vida, escala Multidimensional de Apoyo Social y la entrevista semi-estructurada, entre otros) de corte psicológico básicamente, y la calidad percibida es un constructo mucho más abarcador.

Entre los autores figuran: Morales, Hernández, Del Río y Ortega;[45] Abrahante, Domínguez, Alfonso y Sánchez,[46] Briones, Arias, Montanet, Bravo, Hernández, García, Enamorado, Varela, González, Paz, García González, González Arias, Crespo, González García, Calderín citados por Alfonso.[47]

La literatura consultada refleja en el territorio sureño a Corugedo,[55] con el estudio Calidad de vida en adultos mayores del hogar de ancianos del municipio Cruces, quien coincide con otros

autores cubanos en la conceptualización del término calidad de vida y lo definen como "*la valoración que hace una persona de sus condiciones materiales y espirituales de vida, que se expresa en tres dimensiones fundamentales: salud, condiciones socioeconómicas y satisfacción por la vida*", lo cual no es sinónimo de la calidad percibida, que es algo mucho más complejo por la interacción de los elementos que la componen y la influencia del medio circundante. De esto se infiere que la realización de estudios encaminados a medir la calidad percibida en servicios asistenciales de atención al adulto mayor hasta el momento es un tema muy poco abordado por los investigadores de Cienfuegos.

CONCLUSIONES

La mejor evaluación desde la perspectiva del cliente es la calidad percibida y su evaluación depende de las características específicas del servicio, de los clientes y del contexto en el cual se desenvuelven, luego se debe tener en cuenta el concepto de servicio a evaluar y su caracterización.

Se hace necesario que quienes asumen la labor de integrar el concepto de calidad con los propósitos, objetivos y metas organizacionales, tomen conciencia de que los criterios para su gestión no pueden ser solo instrumentales, invariables o inflexibles (deterministas).

El tipo modelo de medición utilizado no es relevante, pues lo importante es que las dimensiones a tener en cuenta y los ítems a evaluar correspondan a los momentos de verdad (contacto directo con el cliente en la prestación del servicio) y permitan contrastar realmente las expectativas de los clientes contra el servicio prestado y/o el desempeño.

Al considerar la calidad como un medio para alcanzar los fines organizacionales (satisfacción de necesidades) y no como un objetivo, esta abarca múltiples dimensiones y actores que enriquecen, pero complejizan la gestión (los objetivos, el papel del Estado, las variables económicas, el tipo y número de proveedores, los aspectos culturales, el desarrollo tecnológico, la comunidad, el medioambiente, el estado interno de la organización, los resultados esperados y las expectativas, necesidades y perfil de los clientes o usuarios); sobre ninguno de estos aspectos, por su naturaleza compleja, es posible pretender establecer una interpretación precisa y concreta para incorporarlos a los modelos e instrumentos.

Las organizaciones que emprenden la calidad a partir de principios organizativos complejos adquieren la capacidad de comprender y responder rápidamente a la realidad, de manera amplia, de generar competencias efectivas en materia de adaptabilidad. Se considera que el logro de los objetivos toma caminos que siempre involucran a cada sujeto y subsistema de la empresa, en diferentes momentos del proceso de desarrollo, permitiéndole superar la visión de responsabilidad funcional de los individuos por sus tareas, trascendiendo así a una visión de responsabilidad colectiva (multicausalidad).

La calidad no es un resultado final sino que se trata de un camino sin final, un sendero que siempre es necesario recorrer (realidad inacabable).

En fin los referentes teóricos analizados correspondientes al proceso de evaluación de la calidad como objeto de estudio de la investigación, así como sus fundamentos y características enfocados al paciente, permitirán una aproximación científicamente documentada para precisar los principales aspectos a tener en cuenta en el proceso de autoevaluación de la calidad percibida en los servicios asistenciales de atención al adulto mayor.

.....

[a] Fonseca M, Bécquer C, Barletta J, Arias D, Gómez Y, Ponce O. Programa para evaluar la satisfacción y elevar el prestigio del Hospital GAL: Algunos resultados de su implementación. Cienfuegos: HGAL; 2009.

[b] Santos, MA., Ordúñez, PO., Bécquer, C., Rocha, JF. Sistema de Vigilancia de la Satisfacción para el Hospital GAL de Cienfuegos. Cienfuegos: HGAL; 2003.

[c] Fonseca M, Arias D, Barletta J. Evaluación del Programa de Seguridad Derechos del Paciente hospitalizado. Cienfuegos: HGAL; 2012.

[d] Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Dirección de Ciencia, Tecnología e Innovación. Informe de Balance del año. 2017 p.1-2

[e] Fajardo A. Diseño de un instrumento para la medición de la calidad percibida del servicio

quirúrgico del CEA. Cienfuegos: Universidad Carlos Rafael Rodríguez; 2013

[f] González- Quevedo S. Evaluación de la calidad percibida de los servicios de quimioterapia, hemodiálisis y rehabilitación del centro especializado ambulatorio de Cienfuegos. Cienfuegos: Universidad Carlos Rafael Rodríguez; 2014

[g] Sampayo, M. Evaluación de la calidad percibida de servicios del hospital provincial Dr. Gustavo Aldereguía Lima de Cienfuegos. Caso de estudio: unidad organizativa materno infantil. Cienfuegos: Universidad Carlos Rafael Rodríguez; 2014.

[h] Salas GL. Evaluación de la calidad percibida de servicios del hospital provincial Dr. Gustavo Aldereguía Lima de Cienfuegos. Caso de estudio: unidad organizativa quirúrgica. Cienfuegos: Universidad Carlos Rafael Rodríguez; 2014

[i] Cortiza R. Evaluación de la calidad percibida de servicios del hospital provincial Dr. Gustavo Aldereguía Lima de Cienfuegos. Caso de estudio: unidad organizativa de urgencias. Cienfuegos: Universidad Carlos Rafael Rodríguez; 2014

[j] Díaz E. Evaluación de la calidad percibida de servicios del hospital provincial Dr. Gustavo Aldereguía Lima de Cienfuegos. caso de estudio: unidad organizativa clínica. Cienfuegos: Universidad Carlos Rafael Rodríguez; 2014

[k] Fernández, CM. Evaluación de la calidad percibida de servicios del HGAL específicamente en el CPEM (Centro provincial de emergencias médicas). Cienfuegos: Universidad Carlos Rafael Rodríguez; 2015

[l] Cuéllar L. Evaluación de la calidad percibida de servicios de estomatología. Caso de estudio Clínica Estomatológica de Especialidades. Cienfuegos: Universidad Carlos Rafael Rodríguez; 2015

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Consejo de Estado. Informe Central al 7mo. Congreso del Partido Comunista de Cuba [Internet]. La Habana: UCI; 2016. [cited 12 Nov 2017] Available from: http://www.cubadebate.cu/noticias/2016/04/17/informe-central-al-vii-congreso-del-partido-comunista-cuba/.

2. Sanabria PE, Romero Camargo VC, Flores Lizcano CI. El concepto de calidad en las organizaciones: una aproximación desde la complejidad. Universidad y Empresa [revista en Internet]. 2014 [cited 12 Nov 2017] ; 16 (27): [aprox. 6p]. Available from: http://revistas.urosario.edu.co/index.php/empresa/article/view/4204.

3. Landro L. Ten Ways Patients Get Treated Better. Wall Street Journal [revista en Internet]. 2012 [cited 8 May 2017] ; 18: [aprox. 20p]. Available from: http://online.wsj.com/article/SB10001424127887324296604578179723798981586.html.

4. Quién es Quién. Walter Andrew Shewhart. Revista Índice [revista en Internet]. 2014 [cited 12 Nov 2017] ; 58: [aprox. 5p]. Available from: http://www.revistaindice.com/numero58/p2.pdf.

5. Sánchez J. La confianza y la participación al interior de la Empresa Eléctrica de Cienfuegos. Cienfuegos: Universidad Carlos Rafael Rodríguez; 2011.

6. Curbelo D. Evaluación de la calidad percibida de servicios estomatológicos de Cienfuegos [Internet]. La Habana: CNE; 2015. [cited 12 Nov 2017] Available from: http://scholar.google.com.cu/scholar_url?url=http://www.estomatologia2015.sld.cu/index.php/estomatologia/nov2015/paper/download/985/327&hl=es&sa=T&oi=gga&ct=gga&cd=3&ei=OBk4WoefJIGBmAHCvqjoBA&scisig=AAGBfm3nYBq2sHV5H2F6ujztK9kCBsuqbg&nossl=1&ws=1024x612.

7. Díaz Y, Pons R. Conceptualización y modelización de la calidad de servicio percibida: Análisis crítico. Contribuciones a la Economía [revista en Internet]. 2009 [cited 12 Nov 2017] ; 6: [aprox. 3p]. Available from: http://www.eumed.net/ce/2009b/dgpg3.htm.

8. Iraola MD, Ordúñez PO, Rojas O, Liriano JC, Famada C, Alvarado L, Monzón R. Satisfacción en el servicio de urgencias de un hospital cubano. Informe de usuarios. Hospital Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, Cienfuegos. Cuba. Emergencias. 2006 ; 18: 285-90.

9. Díaz R. La calidad percibida en salud pública. Rev Calidad Asistencial. 2005 ; 20: 35-42.

10. Bernal González I, Pedraza Melo NA, Lavín Verástegui J. Calidad percibida de los Servicios de salud por usuarios afiliados al seguro popular.

Vincula Tégica. 2016 ; 2 (1): 630-54.

11. Curbelo D. Procedimiento para la evaluación de la calidad percibida de servicios de asistencia en salud. Caso de estudio: Hospital provincial de Cienfuegos. Cienfuegos: Universidad Carlos Rafael Rodríguez; 2013.

12. Taillacq D. Procedimiento para la evaluación de la calidad percibida de los servicios de restauración no estatales contratados por la agencia Havanatur S.A. Rev Universidad y Sociedad [revista en Internet]. 2016 [cited 12 Nov 2017] ; 8 (2): [aprox. 4p]. Available from: http://scielo.sld.cu/pdf/rus/v8n2/rus02216.pdf.

13. González R. Evaluación de la calidad del servicio percibido en entidades Bancarias a través de la escala Servqual. Ciencia e Ingeniería Neogranadina. 2015 ; 25 (1): 113-35.

14. González M, Frías RA, Gómez O. Análisis de la calidad percibida por el cliente en la actividad hotelera. Ingeniería Industrial [revista en Internet]. 2016 [cited 2 Nov 2017] ; XXXVII (3): [aprox. 13p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1815-59362016000300004.

15. Martínez JA, Martínez L. La calidad percibida en servicios deportivos: mapas conceptuales de marca. Rev Int Med Cienc Act Fís Deporte. 2009 ; 9 (35): 232-53.

16. Duque E. Revisión del concepto de calidad del servicio y sus modelos de medición. INNOVAR [revista en Internet]. 2005 [cited 12 Nov 2017] ; 15 (25): [aprox. 10p]. Available from: https://revistas.unal.edu.co/index.php/innovar/article/view/30/40.

17. Pérez J. Manual para la autoevaluación de la calidad de los servicios de salud en el Primer Nivel de Atención. La Habana: ENSAP; 2015.

18. Santana J, Bauer AE, Minamisava R, Queiroz AL, Gomes MR. Calidad de los cuidados de enfermería y satisfacción del paciente atendido en un hospital de enseñanza. Rev Latino-Am Enfermagem. 2014 ; 22 (3): 454-60.

19. Martínez TF. Evaluación de la calidad de la atención de enfermería en la Clínica Internacional Trinidad. Sancti Spiritus, Cuba. Rev Cubana Enfermer [revista en Internet]. 2016 [cited 12 Nov 2017] ; 32 (2): [aprox. 5p]. Available from: http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/817/167.

20. Argudo J. ¿Qué es la calidad percibida? [Internet]. 2017 [cited 12 Nov 2017] ; 5: [aprox. 2p]. Available from: http://www.joseargudo.com/calidad-percibida/.

21. González M, Frías RA, Gómez O. Análisis de la calidad percibida por el cliente en la actividad hotelera. Revista Ingeniería Industrial [revista en Internet]. 2016 [cited 12 Nov 2017] ; 37 (3): [aprox. 8p]. Available from: http://scielo.sld.cu/pdf/rii/v37n3/rii040316.pdf.

22. Camisón C, Forés B, Puig A. Impacto de la calidad de conformidad sobre los resultados a través de un análisis de los costes de no calidad: un estudio empírico en la industria hotelera. Revista Española de Financiación y Contabilidad [revista en Internet]. 2010 [cited 18 Dic 2017] ; XXXIX (148): [aprox. 10p]. Available from: http://www.aeca.es/old/refc_1972-2013/2010/148-5.pdf.

23. Mayo Clinic. La Calidad y Mayo Clinic. Satisfacción del paciente [Internet]. Arizona: Mayo Clinic; 2007. [cited 18 Dic 2017] Available from: http://www.mayoclinic.org/es-es/about-mayo-clinic/quality/quality-measures/patient-satisfaction.

24. Borré YM, Vega Y. Calidad percibida de la atención de enfermería por pacientes hospitalizados. Cienc. Enferm [revista en Internet]. 2014 [cited 18 Dic 2017] ; 20 (3): [aprox. 6p]. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532014000300008.

25. Forrellat M. Calidad en los servicios de salud: un reto ineludible. Revista Cubana Hematología, Inmunología y Hemoterapia [revista en Internet]. 2014 [cited 18 Dic 2017] ; 30 (2): [aprox. 5p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-02892014000200011.

26. Vega E, Albizú JC, Alfonso JC. Incremento de la esperanza de vida en Cuba a 80 años. El reto de la sociedad cubana y el Sistema Nacional de Salud. Ponencia para discusión en el Consejo de Ministros. Cuba [Internet]. La Habana: MINSAP; 2003. [cited 18 Dic 2017] Available from: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/incremento_de_la_ev_en_cuba.pdf.

27. Gestión de la Calidad. Normas 9000.com. ISO

9000:2015. Sistemas de gestión de la calidad. Fundamentos y vocabulario [Internet]. Minneapolis: VINCA LLC; 2015. [cited 18 Dic 2017] Available from: http://www.normas9000.com/content/Glosario.aspx.

28. Mejias Y, Morales I, Fernández A. Calidad. Una mirada desde los Sistemas de Salud. INFODIR [revista en Internet]. 2017 [cited 18 Dic 2017] ; 13 (25): [aprox. 4p]. Available from: http://revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/418.

29. Oficina Nacional de Normalización. Norma Cubana Sistemas de Gestión de la Calidad. Fundamentos y vocabulario. NCISO 9000:2015. 3ra. ed. La Habana: ONN; 2015.

30. Historia y evolución del concepto de gestión de calidad [Internet]. Córdoba: ISOTools; 2016. [cited 18 Dic 2017] Available from: https://www.isotools.org/2016/01/30/historia-y-evolucion-del-concepto-de-gestion-de-calidad/.

31. Avelenda JF. Aplicación de un procedimiento para la gestión de los costos de la calidad en la UEB Prácticos Centro-Sur [Tesis]. Cienfuegos: Universidad Carlos Rafael Rodríguez; 2013.

32. López R. Modelo Europeo de Excelencia. Capítulo Modelos de Gestión de la Calidad [Internet]. Madrid: Ministerio de Educación, Cultura y Deporte; 2001. [cited 23 Feb 2017] Available from: http://www.jesuitasleon.es/calidad/Modelos_de_gestion_de_calidad.pdf.

33. ¿Cuáles son los principales modelos de excelencia? [Internet]. Córdoba: ISOtools; 2015. [cited 18 Dic 2017] Available from: https://www.isotools.org/2015/03/11/cuales-son-los-principales-modelos-de-excelencia/.

34. El Futuro de la Calidad. ISO 9001-2015 [Internet]. Córdoba: ISOtools; 2014. [cited 18 Dic 2017] Available from: http://info.isotools.org/iso-9001-2015-futuro-calidadh.

35. Sistema de Gestión de la Calidad según ISO 9001-2000 [Internet]. Madrid: Ministerio de Fomento; 2005. [cited 18 Dic 2017] Available from: http://www.fomento.gob.es/nr/rdonlyres/23c12f31-2179-47c0-aa6b-9165529b74da/112631/iso900012000.pdf.

36. Rangel RB. Diseño e Implementación de un Sistema de gestión de la Calidad en la Oficina Nacional de Administración Tributaria [Tesis]. Matanzas: Universidad Camilo Cienfuegos; 2005.

37. De Nieves C, Ros L. Comparación entre los Modelos de Gestión de la Calidad Total [Internet]. Valencia: Universidad de Valencia; 2006. [cited 18 Nov 2017] Available from: https://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/2332/mod_resource/content/1/Modulo_4/Semana_4_M4.S4_LB_6.Comparacion_EFQM.ISO.MB._OPS.pdf.

38. Droguett FJ. Calidad y Satisfacción en el Servicio a Clientes de la Industria Automotriz: Análisis de Principales Factores que Afectan la Evaluación de los Clientes [Tesis]. Santiago de Chile: Universidad de Chile; 2012. [cited 18 Dic 2017] Available from: http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/108111/Droguett_Jorquera,_F..pdf?sequence=3&isAllowed=y.

39. Curbelo M, Falcón A, Fonseca M. Evaluación de la calidad percibida de servicios de asistencia en salud. Caso de estudio: Hospital Provincial de Cienfuegos. Convención Salud 2015 [Internet]. La Habana: CNICM; 2015. [cited 18 Dic 2017] Available from: http://www.convencionsalud2015.sld.cu/index.php/convencionsalud/2015/paper/view/1421/320.

40. Santos M, De Pazos JL. La gestión de la calidad en las instituciones de salud. Medisur [revista en Internet]. 2009 [cited 18 Dic 2017] ; 7 (5): [aprox. 5p]. Available from: http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v7n5/v7n5a850.pdf.

41. Fraga D, Rojas IA, Jiménez I, Martín MR, García ME. Efectividad del asesoramiento genético y satisfacción de pacientes y familiares, municipio Abreus, provincia Cienfuegos: 2004-2007. Rev Cubana Genet Comunit [revista en Internet]. 2010 [cited 18 Dic 2017] ; 4 (3): [aprox. 6p]. Available from: http://www.medigraphic.com/pdfs/revcubgencom/cgc-2010/cgc103g.pdf.

42. González K. La satisfacción del cliente en la Empresa Izaje Cienfuegos. Observatorio de la Economía Latinoamericana [revista en Internet]. 2011 [cited 23 Dic 2017] ; 147: [aprox. 6p]. Available from: http://www.eumed.net/cursecon/ecolat/cu/2011/11/.

43. González R. Evaluación de la calidad del servicio percibida en entidades Bancarias a través de la escala Servqual. Ciencia e Ingeniería Neogranadina [revista en Internet]. 2015 [cited 19 Ene 2018] ; 25 (1): [aprox. 6p]. Available from: https://revistas.unimilitar.edu.co/index.php/rcin/article/view/439/236.

44. Morales E, Hernández E, Del Río Y, Ortega Y. Caracterización de la percepción de las relaciones familiares de adultos mayores incorporados a círculos de abuelos. Rev Habanera Cienc Méd [revista en Internet]. 2015 [cited 19 Ene 2018] ; 21 (2): [aprox. 5p]. Available from: http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/779.

45. Abrahante B, Domínguez F, Alfonso H, Sánchez A. Estado de salud y percepción de las relaciones familiares en adultos mayores. Rev Habanera Cienc Méd [revista en Internet]. 2016 [cited 19 Ene 2018] ; 23 (1): [aprox. 6p]. Available from: http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/994.

46. Alfonso L. Calidad de vida y apoyo social percibido en adultos mayores. Rev Ciencias Médicas [revista en Internet]. 2016 [cited 19 Ene 2018] ; 20 (1): [aprox. 5p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942016000100012.

47. Corugedo Rodríguez MC, García González D, González Arias V, Crespo Lechuga GA, González García G, Calderín Hernández M. Calidad de vida en adultos mayores del hogar de ancianos del municipio Cruces. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en Internet]. 2014 [cited 19 Jun 2017] ; 30 (2): [aprox. 6p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000200006.