



# EVALUACIÓN DE PROGRAMAS DE SALUD CON ENFOQUE GERENCIAL



EXPERIENCIA DE SU APLICACIÓN

IRMA NIURKA FALCÓN FARIÑAS

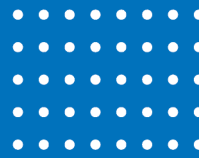


SALUD PÚBLICA - ADMINISTRACIÓN EN SALUD

# EVALUACIÓN DE PROGRAMAS DE SALUD CON ENFOQUE GERENCIAL

EXPERIENCIA DE SU APLICACIÓN





# EVALUACIÓN DE PROGRAMAS DE SALUD CON ENFOQUE GERENCIAL

EXPERIENCIA DE SU APLICACIÓN

IRMA NIURKA FALCÓN FARIÑAS



## Catalogación de la Editorial Ciencias Médicas

Falcón Fariñas, Irma Niurka.

Evaluación de programas de salud con enfoque gerencial. Experiencia de su aplicación / Irma Niurka Falcón Fariñas ... [et al.]; --- La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2024.

109 p.: il., tab. — (Colección Salud Pública. Serie Administración en Salud).

-

Políticas, Sistemas de Salud, Investigación, Análisis, Metodología como un Tema, Planes y Programas, Gerencia, Indicadores de Gestión

-

WA 525

## Cómo citar esta obra

Falcón Fariñas IN, et al. Evaluación de programas de salud con enfoque gerencial. Experiencia de su aplicación. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2024. Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/evaluación-de-programas-de-salud-con-enfoque-gerencial/>

Edición: Lic. Hugo Vergara Fernández

Diseño y emplane: Tec. Yalier Pérez Marín

Sobre la presente edición:

© Irma Niurka Falcón Fariñas, 2024

© Editorial Ciencias Médicas, 2024

ISBN 978-959-316-178-7 (PDF)

ISBN 978-959-316-177-0 (EPUB)

Editorial Ciencias Médicas

Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas

Calle 23, N.o 654, entre D y E, El Vedado

La Habana, CP 10 400, Cuba

Correo electrónico: [ecimed@infomed.sld.cu](mailto:ecimed@infomed.sld.cu)

Teléfono: +53 836 1893

Sitio web: [www.ecimed.sld.cu](http://www.ecimed.sld.cu)



Esta obra se difunde bajo una licencia Creative Commons de Atribución No Comercial-Compartir Igual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0). Usted es libre de copiar, compartir, distribuir, exhibir o implementar sin permiso, salvo con las siguientes condiciones: reconocer a sus autores (atribución), no usar la obra de manera comercial (no comercial) y, si produce obras derivadas, mantener la misma licencia que el original (compartir igual).

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>

# AUTORÍA

---

## **Autora principal**

### **Irma Niurka Falcón Fariñas**

Doctor en Ciencias Económicas. Máster en Cultura Latinoamericana. Licenciado en Letras. Profesor Auxiliar. Investigador Titular. Centro para el Desarrollo de las Ciencias Sociales y Humanísticas en Salud. Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey.

<https://orcid.org/0000-0002-4026-3257>

## **Coautoras**

### **Ana de Dios Martínez**

Doctor en Ciencias Económicas. Profesor Titular. Facultad de Ciencias Económicas. Universidad de Camagüey.

<https://orcid.org/0000-0002-3173-2621>

### **María Elena Macías Llanes**

Doctor en Ciencias de la Educación. Máster en Estudios Sociales de la Ciencia y la Tecnología. Profesor Titular. Investigador Titular. Centro para el Desarrollo de las Ciencias Sociales y Humanísticas en Salud. Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey.

<https://orcid.org/0000-0002-7548-7402>



# PRÓLOGO

---

Este es un libro de indudable actualidad y pertinencia, abordado desde una perspectiva muy original que involucra las ciencias médicas y las económicas con un enfoque transversal de las ciencias administrativas. Su contenido ha sido defendido recientemente con éxito por una de sus autoras, como tesis para optar por el grado científico de Doctor en Ciencias Económicas.

Aquí se puede ampliar conocimientos y obtener información relevante sobre la evaluación de programas sociales vinculados, como es el caso, con la implementación de políticas públicas en el ámbito de la salud en Cuba, particularmente en lo que atañe a la evaluación de programas de salud en el proceso de implementación, con enfoque gerencial.

Coincido con las autoras en que “[...] en el campo de la salud, la evaluación ha adquirido una relevancia cada vez mayor dadas las ventajas y beneficios que se derivan de su aplicación para avanzar en la conducción y mejora continua de los programas y políticas públicas a cargo de las instituciones de gobierno [...]”,<sup>(1)</sup> lo que indudablemente va a redundar en la calidad de los servicios, particularmente, en el campo de la salud pública.

Desde nuestra perspectiva, el valor principal de este estudio científico radica en, al menos, tres aspectos esenciales. El primero, porque se fundamenta la necesidad de evaluar con enfoque gerencial, es decir, evaluar más allá del cumplimiento de los objetivos del programa y sus resultados, la capacidad de gestión de

---

<sup>1</sup> En el capítulo 1 de esta obra, las autoras abordan la evaluación de programas de salud desde la perspectiva de diferentes autores nacionales e internacionales, así como de organismos internacionales.

los decisores sobre la planificación, organización y ejecución del programa y los resultados esperados. El segundo, porque el lector puede encontrar cómo realizar la evaluación con enfoque gerencial a partir de criterios, procedimientos y orientaciones metodológicas fundamentados. El tercero, porque se encontrará en el último capítulo los resultados de la experiencia investigativa en un contexto específico de la atención primaria de salud, es decir, en el Programa de atención integral al paciente con úlcera de pie diabético con Heberprot-P®.

Para los directivos de la salud, particularmente los involucrados en la atención primaria, la obra permite el acercamiento a un estudio que puede constituir una fuente de mejora continua para la toma de decisiones, de perfeccionamiento de los programas que hoy se desarrollan o se proyectan, y para trabajar en la ampliación de las capacidades intangibles, enfocándolos en el desarrollo de competencias organizacionales y de gestión.

Por último, deseamos destacar la satisfacción que nos provoca ver terminada la obra de una acuciosa especialista que decidió emprender el camino de la superación por esfuerzo propio, y obtener el grado científico de Doctor en Ciencias. Con objetivos bien identificados se acercó al Centro de Estudios de Dirección Empresarial y Territorial de la Universidad de Camagüey y puso a su disposición toda la experiencia y conocimientos acumulados con la humildad de quien ha incorporado a su acervo la máxima de que la vida es un eterno aprendizaje. Juntos hemos aprendido, juntos hemos crecido. Por todo lo anterior, me atrevo a asegurar que, como a nosotros, esta obra le resultará hartamente interesante, y su lectura ayudará a crecer profesionalmente a todo el que se sumerja en ella.

ÁNGELA PALACIOS HIDALGO

Doctor en Ciencias Económicas

Profesor Titular

Centro de Estudios de Técnicas de Dirección,

Universidad de La Habana

# NOTA INTRODUCTORIA

---

La evaluación es una disciplina administrativa cuya importancia y utilización han empezado a cobrar fuerza en diversos países. Constituye el objeto de estudio primordial en este texto dirigido a los programas de salud. Resulta, además, de una especial entrega a la investigación científica, y fruto del empeño, el esfuerzo y la dedicación de un equipo de trabajo.

A pesar de su tratamiento en la literatura referida a la evaluación de programas de salud en el proceso de implementación y otros aspectos asociados, es escaso el análisis desde el enfoque gerencial propuesto. En Cuba todavía perviven limitaciones respecto a la valoración de las rutinas y actividades e interacciones cotidianas en los procesos de un programa; suelen ser consideradas ordinarias y poco importantes, como también ocurre con el estudio de la estructura. Igualmente, son insuficientes los trabajos sobre las relaciones entre las funciones gerenciales y el control de gestión a partir de variables de calidad en el campo mencionado.

El procedimiento metodológico creado resulta un instrumento útil tanto para las estructuras de dirección del Ministerio de Salud Pública de Cuba, como para especialistas e investigadores, debido a la posibilidad de afrontar nuevas evaluaciones y determinar actividades para el desarrollo de competencias organizacionales y gerenciales que habrán de contribuir a los cambios de procesos necesarios para la mejora continua, en particular, los de calidad del servicio de programas.

En los últimos años, la Dirección de Ciencia e Innovación Tecnológica del Ministerio de Salud Pública ha constatado que, respecto a algunos de los programas implementados, se

---

desconoce su impacto real en el sistema nacional de salud, tanto entre individuos como en colectivos de usuarios, prestadores y directivos de la gestión en el sector. Lo mismo ocurre con la metodología para la evaluación, tanto en el tiempo como en su clasificación. Esto presupone la aplicación de herramientas, a diferentes escalas, oportunas para el fortalecimiento del programa, la institución y la integralidad en los procesos, la definición de prioridades, la movilización de potenciales científicos locales, entre otros. Sirvan estas páginas para el aprendizaje y la retroalimentación científica en el campo de la evaluación en salud.

DR. C. IRMA NIURKA FALCÓN FARIÑAS

# ÍNDICE DE CONTENIDOS

---

## **CAPÍTULO 1**

### **Presupuestos teóricos sobre la evaluación de programas de salud** **1**

---

Tendencias generales desde la teoría  
para la evaluación de programas de salud **1**

---

Enfoque gerencial para la evaluación de programas de salud  
en el proceso de implementación **11**

---

Estado epistemológico del tema en el contexto internacional y nacional **23**

---

¿Hacia dónde se orienta la evaluación de programas  
de salud en Cuba? **26**

Evaluaciones de programas de salud **28**

---

Consideraciones finales **30**

---

## **CAPÍTULO 2** **33**

### **Evaluación desde un procedimiento dirigido a programas de salud en implementación con enfoque gerencial** **33**

---

Criterios para su aplicación **33**

---

Procedimiento y orientaciones metodológicas **39**

---

Etapas y pasos del procedimiento de evaluación  
de programas de salud en el proceso de implementación **40**

---

Consideraciones finales **72**

---

### **CAPÍTULO 3**

#### **Experiencia investigativa en un contexto específico de la atención primaria de salud**

**73**

---

Evaluación de impacto social del Programa de atención integral al paciente  
con úlcera de pie diabético con Heberprot-P® (2015-2019)

**73**

Universo de estudio y muestra

**74**

Resultados de la aplicación de la metodología evaluativa  
en las nueve áreas de salud del municipio Camagüey

**78**

Conclusiones

**86**

---

Descripción del programa evaluado con enfoque gerencial (2018-2020)  
y análisis del contexto

**86**

---

Desarrollo de competencias organizacionales  
y gerenciales para la mejora continua del programa

**105**

---

Consideraciones finales

**108**

---

#### **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

**111**

---

#### **ANEXOS**

**121**

---

**Anexo I.** Generalidades conceptuales de evaluación en salud

**121**

---

**Anexo II.** Entrevista a coordinadores, funcionarios de las direcciones  
de salud y promotores del programa

**122**

---

**Anexo III.** Entrevista informal a pacientes del programa

**123**

---

**Anexo IV.** Guía de entrevista en profundidad a directivos  
o coordinadores del programa

**124**

---

**Anexo V.** Encuesta a personal de la salud sobre  
la gestión de operaciones

**127**

---

**Anexo VI.** Indicadores de calidad de los procesos

**129**

---

**Anexo VII.** Cuestionario al personal de la salud  
sobre la calidad médica o profesional

**132**

---

**Anexo VIII.** Entrevista a pacientes/acompañantes sobre  
la calidad médica o profesional del personal del programa

**134**

**Anexo IX.** Cuestionario a pacientes/acompañantes sobre la calidad del servicio (expectativas y satisfacción) **135**

---

**Anexo X.** Indicadores de calidad: satisfacción **138**

---

**Anexo XI.** Guía de entrevista sobre calidad gerencial a directivos del programa **140**

---

**Anexo XII.** Competencias organizacionales adaptadas a programas de salud en el contexto cubano. **141**

---

**Anexo XIII.** Miembros del equipo de investigación **141**

---

**Anexo XIV.** Caracterización de los pacientes entrevistados. Resultados de las entrevistas **142**

---

**Anexo XV.** Características contextuales del programa evaluado **143**

---



## CAPÍTULO 1

---

# Presupuestos teóricos sobre la evaluación de programas de salud

## Tendencias generales desde la teoría para la evaluación de programas de salud

Un programa significa la información organizada para pronosticar, eliminar o disminuir uno o más problemas, cuya respuesta incluye, al menos, el establecimiento de objetivos, el desarrollo de actividades y la aplicación de recursos destinados a su realización.

Los programas constituyen conjuntos estructurados de actividades mediante las cuales las organizaciones públicas diseñan y generan bienes y servicios como medio para “satisfacer necesidades básicas, construir capacidades, modificar condiciones de vida o introducir cambios en los comportamientos, en los valores o en las actitudes que los sustentan”, según criterio de Martínez Nogueira citado por Cortázar.<sup>(1)</sup>

Desde el punto de vista de la implementación de los programas, es conveniente distinguir entre los que proveen bienes (obras de infraestructura, alimentos) o recursos (transferencias monetarias), y los que proveen servicios (de salud, educación, asistencia legal).

Según Valenti,<sup>(2)</sup> los programas de salud, en particular, están fundamentados en sólidos conocimientos científicos que los profesionales de la rama han diseñado con el propósito de elevar el estado de salud –sobre todo, de los grupos más vulnerables– a partir de su aplicación en cada nivel de atención de forma continuada y

---

coordinada, con la introducción de la tecnología más avanzada para el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de las personas con diferentes condiciones.

Hace más de medio siglo comenzaron a aparecer diversas definiciones de evaluación de programas, según distintos autores. Al respecto, Álvarez *et al.*<sup>(3)</sup> citan a Riecken y a Spaniol. El primero señala que la evaluación de programas es la medición de las consecuencias deseables o indeseables de una acción psicosocial ejecutada para facilitar la obtención de metas perseguidas por el sujeto. Spaniol, por su parte, agrega que es un proceso sistemático y continuo que proporciona información acerca del efecto o impacto de un programa, con el objeto de contribuir a adoptar una decisión política de trascendencia. La concepción de la evaluación de programas como evaluación de sus efectos en relación con los objetivos, es recogida en el libro de Weiss, citado por Ballart,<sup>(4)</sup> y resulta un medio para contribuir al proceso subsiguiente de toma de decisiones y, por tanto, mejorar la programación futura, en correspondencia con los criterios de Msila y Setlhako.<sup>(5)</sup>

De aquí que varios autores incluyan en sus definiciones de evaluación de programas, la evaluación de los componentes y de la forma en que ellos operan regularmente. Esta concepción ha dado lugar a las *management-center evaluations*:

1. Valora la eficacia con la cual un programa en funcionamiento alcanza sus objetivos.
2. Se basa en los principios del diseño investigativo para distinguir los efectos derivados de un programa, de aquellos que provienen de otras fuerzas operando en una situación determinada.
3. Se dirige a mejorar el programa mediante la modificación de las operaciones corrientes.

Se relaciona, por tanto, con la preocupación presente en la literatura –y que comparten las autoras– relativa a hacer de la evaluación un instrumento que resulte útil a los responsables directos de los programas. En este sentido, Cortázar,<sup>(1)</sup> Armijos<sup>(6)</sup> y Carnota<sup>(7)</sup>

se refieren a una perspectiva gerencial que se distingue de la legal-tradicional y de otras de carácter político.

Todo ello ha conducido a que algunos eminentes científicos sociales ampliaran el concepto de evaluación de programas. Ato, Quiñones, Romero y Rabadán, citados por Álvarez *et al.*<sup>(3)</sup> enfatizan en el carácter de proceso de la evaluación a fin de constatar si el programa consiguió o no los objetivos para cuya consecución fue ideado. Esto se complementa con la posición asumida por Freeman y Rossi, quienes, según Ballart,<sup>(4)</sup> proponen realizar la valoración mediante la aplicación sistemática de procedimientos de investigación social que permitan evaluar la conceptualización, el diseño, la implementación y utilidad de los programas de intervención social.

Este espectro creció a raíz de los análisis de evaluaciones que reflejaban los pobres resultados de numerosos programas. En particular, Perloff y Sussna, mencionados por Álvarez *et al.*,<sup>(3)</sup> señalan que es la determinación de la medida en que un programa logró uno o más de sus objetivos, las razones por las cuales no los alcanzó y la relación existente entre los efectos de un programa y una diversidad de variables y características.

En relación con estas últimas ideas, Macías<sup>(8)</sup> expone en síntesis los conceptos o criterios que representan los puntos más importantes que se ha de considerar en toda evaluación:

- a) Relevancia o pertinencia del programa.
- b) Eficiencia.
- c) Eficacia.
- d) Utilidad.
- e) Sostenibilidad.

Todos ellos, aspectos que se pueden valorar en tres niveles de intervención:

- 1. El programa.
- 2. Las prioridades.
- 3. Las medidas.

Eraso *et al.*<sup>(9)</sup> ratifican el uso de procedimientos de investigación social para determinar sistemáticamente la efectividad de programas de intervención social.

En resumen, la evaluación de programas se relaciona tanto con los efectos de un programa sobre sus beneficiarios, como con su implementación y el proceso de formulación de propósitos generales y objetivos más específicos, lo que tendría que permitir relacionar, de acuerdo con el modelo teórico, resultados finales con la forma en que es administrado el programa y planificada la intervención, según Ballart<sup>(4)</sup> y Martínez-Mediano.<sup>(10)</sup>

En el campo de la salud, la evaluación ha adquirido una relevancia cada vez mayor debido a las ventajas y beneficios que se derivan de su aplicación para avanzar en la conducción y mejora continua de los programas y políticas públicas a cargo de las instituciones de gobierno, lo cual se refleja en el compromiso de desarrollar acciones de evaluación más frecuentes y de mayor alcance en los diversos ámbitos de la vida nacional.

Es también un mecanismo indispensable para una adecuada gestión de los servicios de salud por cuanto aporta información y conocimientos valiosos para orientar la adopción de decisiones y el uso racional de los recursos destinados a este propósito. Contribuye a identificar problemas que afectan el desarrollo de la política de salud en sus distintos componentes y las causas que determinan su mayor o menor éxito con la consecuente incorporación de nuevas intervenciones de innovación y mejora, a fin de prevenir el riesgo de enfermar, proteger la vida y fomentar el autocuidado de la salud en la población.

Respecto a los programas de salud, la Organización Mundial de la Salud define su evaluación como “[...] un medio sistemático de aprender empíricamente y de utilizar las lecciones aprendidas para el mejoramiento de las actividades en curso y para el fomento de una planificación más satisfactoria mediante una selección rigurosa entre distintas posibilidades de acción futura”<sup>(11)</sup>

En el contexto de los estudios de programas de salud, los autores Nebot *et al.*<sup>(12)</sup> y Sánchez<sup>(13)</sup> desarrollan una amplia fundamentación de los principales enfoques y tipos de evaluación, los que se resumen a continuación.

En la tabla 1.1 se expone los tipos de evaluación según el nivel.

**Tabla 1.1.** Evaluación de programas según el nivel

Enfoques y tipos		Características esenciales	Objetivo
Táctica de:	Estructura	Evaluación de los recursos materiales y humanos. Aplicada a servicios sanitarios	Adecuar los recursos materiales y humanos a las necesidades
	Proceso	Monitorizar y mejorar la ejecución de los programas y servicios. Verificar que las actividades se han desarrollado de acuerdo con el protocolo establecido. Tiene especial relevancia en las intervenciones complejas y cuando los resultados en salud son a largo plazo	Conocer la cobertura y la calidad de las intervenciones. Verificar si el programa ha alcanzado la población diana y los subgrupos relevantes, y si se han realizado las actividades previstas y con la calidad necesaria
	Resultados	Consecución de los objetivos del programa. Requiere que haya pasado un intervalo suficiente de tiempo desde su adopción, de modo que su organización y actividades hayan alcanzado una cierta estabilidad Emplea diseños experimentales, cuasi-experimentales y no experimentales, aunque pueden añadirse los estudios observacionales. Se corresponde con las evaluaciones de impacto y eficiencia	Verificar si estos servicios y actividades han permitido alcanzar los objetivos establecidos Es proporcionar la información necesaria para poder hacer una valoración global de los resultados de un programa y su utilidad
Estratégica o de pertinencia		Evaluación de los objetivos (¿son pertinentes?). Valoración de los objetivos del programa o política de salud. Tiene lugar en la fase previa a la implementación del programa, lo que se conoce como "pertinencia teórica"	¿La intervención o programa de salud se corresponde con las necesidades y las prioridades? ¿Responde a problemas relevantes desde el punto de vista de la sociedad? ¿Está orientado en la dirección adecuada?

De acuerdo con la tabla 1.1, según el nivel hay dos grandes corrientes de evaluación de programas de salud: la enfocada en el estudio de la estructura y el proceso, que involucra un programa, y

la enfocada o bien en resultados, planteada por Álvarez *et al.*,<sup>(3)</sup> o en el impacto, según Royo.<sup>(14)</sup>

La primera de ellas se interesa más por el medio, los recursos, los procesos y resultados inmediatos, mientras que en la segunda se tiene en cuenta los resultados intermedios y de largo plazo y su congruencia con los propósitos preliminarmente determinados. Por ello, la enfocada en el estudio de la estructura y el proceso se realiza regularmente para conducir y, en su caso, mejorar el desempeño de un programa; su objetivo principal es contribuir a la mejora continua y, por lo tanto, está más vinculada con la perspectiva de gestión. Es considerada como formativa y se relaciona con el control; asegura la calidad de la práctica y es usada para evaluar el modo de implementar los procesos.

La evaluación de procesos incluye varias dimensiones; su propósito es responder a las actividades programadas, los recursos humanos y materiales suficientes, la garantía de la calidad de los servicios y de los procesos mediante protocolos, normas de buena práctica clínica y procedimientos estandarizados, la información y el trato recibidos por los participantes, la cobertura o nivel de participación de la población diana, según Royo<sup>(14)</sup> y Hernández *et al.*<sup>(15)</sup>

Nebot *et al.*<sup>(12)</sup> señalan que este tipo de evaluación implica disponer, de forma estable, de indicadores de proceso válidos. Se concibe la monitorización mediante estos indicadores cuando los resultados de la intervención solo pueden observarse a largo plazo, el proceso está suficientemente estandarizado y hay un buen conocimiento del modelo causal entre proceso y resultados. En el nivel táctico, la evaluación enfocada en resultados, según Royo,<sup>(14)</sup> busca conocer la medida en que un programa, una vez finalizado, ha generado en los beneficiarios los cambios esperados. Se entiende como un tratamiento comparativo, centrado tanto en los logros, como en los procesos que se desprenden de la misión, objetivos y actividades del programa.

Del análisis anterior se infiere la necesaria reflexión centrada en cómo los procesos operativos pueden añadir valor a la política o programa en curso. Esto revela el potencial estratégico de las acciones de implementación, ayudando así a identificar posibles oportunidades para aprovechar la generación de mayor valor público.

La tabla 1.2 resume los distintos enfoques.

**Tabla 1.2.** Evaluación de programas según finalidad, enfoques y tipos

Enfoques y tipos	Características esenciales	Objetivos
Formativa	Evaluación que se realiza en la fase de desarrollo de un programa (prueba piloto) para explorar su factibilidad y mejorarlo Se realiza durante el período de desarrollo de una intervención y finaliza cuando se considera que los contenidos y procedimientos del programa son estables y definitivos. Es especialmente importante en los programas nuevos o adaptados de otros contextos	Detectar precozmente problemas o insuficiencias que puedan ser corregidos
Sumativa (de impacto)	Evaluación de los resultados y del impacto. Suelen ser de naturaleza analítica	Valoración de la eficacia o efectividad de un programa consolidado

La evaluación formativa, según la finalidad, responde a una preocupación que se encuentra en la base de muchas demandas evaluativas: obtener información sobre la marcha de un programa de forma progresiva durante su desarrollo, con el propósito de entregarla a sus directores y ejecutores, e introducir en la práctica las modificaciones que se estime oportunas.

Esto requiere un conocimiento detallado de las operaciones del programa y de sus múltiples componentes para poder anticipar problemas y examinar en qué medida se está desarrollando conforme a sus objetivos.

En salud pública es habitual que los resultados directos del programa (por ejemplo, obtener mayores tasas de cobertura de vacunación o reducir la tasa de fumadores) no se traduzcan de inmediato en una reducción de la mortalidad o de la morbilidad, por lo que suele diferenciarse entre resultados directos o inmediatos, y resultados a largo plazo, de acuerdo con Nebot *et al.*<sup>(12)</sup> En relación con los resultados, también suele distinguirse, aclaran estos autores, entre eficacia y efectividad, en función de si se las mide entre los receptores del programa o la intervención (eficacia), o en el conjunto de la población diana (efectividad).

La evaluación del impacto (entendido como resultados del programa que pueden ser asociados a dimensiones de calidad de vida o desarrollo humano), desde el enfoque de la finalidad de la evaluación, trata de determinar en qué grado ha influido la intervención en el estado de salud, la morbilidad, la mortalidad y la calidad de vida de la población diana. Requiere habitualmente un diseño de tipo experimental y un seguimiento a largo plazo.

En las últimas décadas, la tendencia de la evaluación ha pasado de la medición de metas y la eficiencia en la utilización de los recursos, a la evaluación del impacto de los sistemas de salud en las condiciones de salud de la población.<sup>(3)</sup> Una experiencia en este sentido se halla en la metodología aplicada para la evaluación del impacto social del Programa de atención integral al paciente con úlcera de pie diabético mediante el Heberprot-P®, por Falcón *et al.*<sup>(16)</sup> En la tabla 1.3 se amplía lo referido a la evaluación según la perspectiva.

**Tabla 1.3.** Evaluación según la perspectiva

Enfoques y tipos	Características esenciales	Objetivo
Desarrollo	Análisis de la ejecución de las actividades y de los servicios	Ayuda a los profesionales y responsables a desarrollar y mejorar los tratamientos, los servicios y las políticas
Gestión	Monitorizar y mejorar la ejecución de los programas y servicios, y verificar que las actividades se han realizado de acuerdo con el protocolo establecido	Evaluación orientada a conocer y mejorar los programas y sus efectos
Experimental	Valoración de los resultados del programa en condiciones controladas	Averiguar si una intervención ha tenido efecto, así como las causas de este efecto
Económico	Estudio de la relación entre los costes y los resultados de la intervención	Mejorar la asignación de recursos: resulta fundamental en un ámbito en el cual la demanda de servicios y el coste de estos crecen a una velocidad muy superior a la de los recursos

Como se observa en la tabla 1.3, desde la perspectiva de Nebot *et al.*<sup>(12)</sup> se puede distinguir cuatro tipos de evaluación. En particular, la evaluación desde la perspectiva de la gestión está orientada a monitorizar y mejorar la ejecución de los programas y servicios, y a verificar que las actividades se han ejecutado de acuerdo con el protocolo establecido. Esta, a su vez, se asocia con la evaluación de la estructura, el proceso y los resultados, según el nivel, y es formativa de acuerdo con la finalidad.

La evaluación experimental indaga cuáles han sido las causas y los efectos de una intervención, mientras la evaluación económica se preocupa por sus costes y beneficios económicos.

En cuanto a la evaluación económica, Gálvez *et al.*<sup>(17)</sup> sostienen que para que sea realmente útil, debe estar precedida de otros análisis complementarios: el de la eficacia, relacionado con la posibilidad de funcionamiento de la tecnología sanitaria analizada; el de la efectividad, vinculado con su funcionamiento real, y el de la equidad, que responde a la pregunta de si la tecnología llega a quienes la necesitan, y si es accesible a toda la población que podría beneficiarse con ella.

Las concepciones sobre evaluación de programas de salud abordadas hasta aquí refieren diferentes perspectivas. Hay que destacar el interés por este tipo de investigaciones con vistas al desarrollo y perfeccionamiento de las políticas públicas y los sistemas y servicios de salud decididamente encaminados al desarrollo humano y el bienestar social.

La experiencia en la evaluación de programas ha llevado al reconocimiento de que el simple otorgamiento de servicios a la población no es suficiente para una adecuada atención de salud, pues los resultados finales de su prestación se pueden desvirtuar si no se logra un verdadero cambio en la calidad de vida y la mejora en los indicadores. Gálvez *et al.* aclaran que, en relación con los resultados, también suele distinguirse entre eficacia y efectividad, en función de si se las mide en los receptores del programa o de la intervención (eficacia), o en el conjunto de la población diana (efectividad).

La evaluación del impacto (entendido como resultados del programa que pueden ser asociados a dimensiones de calidad de vida o desarrollo humano) desde el enfoque de la finalidad de la evaluación, trata de determinar hasta qué grado ha influido la intervención en el estado de salud, la morbilidad, la mortalidad y la calidad de

vida de la población diana. Requiere habitualmente un diseño de tipo experimental y un seguimiento a largo plazo. No obstante, en ocasiones se puede hacer uso de la evidencia científica disponible para extrapolar posibles efectos en indicadores distales a partir de los resultados obtenidos en indicadores proximales.

De todo lo anterior se deriva que la evaluación es un mecanismo indispensable para una adecuada gestión de los servicios de salud, en la medida en que aporta información y conocimientos valiosos para orientar la adopción de decisiones y el empleo racional de los recursos. Mediante la aplicación de sus métodos y procedimientos permite valorar y fortalecer el funcionamiento de los programas de salud desde sus etapas iniciales de formulación y diseño hasta su implementación.

En este sentido, la evaluación contribuye a identificar problemas que afectan el desarrollo de los programas en sus distintos componentes, y las causas que determinan su éxito o fracaso. De esta forma, viabiliza su adecuada conducción con la consecuente incorporación de nuevas intervenciones de innovación y mejora para prevenir el riesgo de enfermar, proteger la vida y fomentar el autocuidado de la salud en la población.

La generalidad de las concepciones sobre evaluación de programas y servicios en salud, abordadas hasta aquí, refieren diferentes perspectivas reconocidas en la comunidad científica de hoy sobre la base de ejercicios analíticos apoyados en métodos mixtos en contextos específicos, como se muestra en el anexo I. Asimismo, se debe destacar el interés por este tipo de investigaciones con vistas a desarrollar y perfeccionar las políticas públicas, los sistemas y servicios de salud orientados al desarrollo humano y el bienestar social.

Ahora bien, la experiencia en la evaluación de programas ha llevado al reconocimiento de que la mera provisión de servicios no es suficiente para una adecuada atención sanitaria, pues los resultados finales de su prestación se pueden desvirtuar si no se logra un verdadero cambio en la calidad de vida y el mejoramiento en los indicadores de salud.

Al respecto, las autoras consideran la pertinencia de otros criterios de evaluación de programas de salud, más afines a los propósitos actuales, a partir de los cuales es posible juzgar el valor de un programa. Estos criterios son:

1. Examinar el grado en que se han satisfecho las necesidades y expectativas de la población o área objeto del programa, al margen de los objetivos de este, de acuerdo con Scriven<sup>(18)</sup> y Carnota.<sup>(7)</sup>
2. Examinar aquello que los clientes, el personal y los administradores del programa entienden se ha conseguido con este, así como aquellos factores que creen llevaron a su éxito o fracaso, según Gutiérrez.<sup>(19)</sup>
3. Examinar las herramientas gerenciales para mejorar la implementación de los programas, pues son ellos los que conectan los diseños (buenos o malos) con las necesidades y expectativas de los usuarios, es decir, las colectividades y los ciudadanos, de acuerdo con Cortázar<sup>(1)</sup> y Hernández *et al.*<sup>(15)</sup>

Se requiere entonces examinar la evaluación de programas de salud desde la perspectiva gerencial y las vías para la búsqueda de la mejora continua.

## **Enfoque gerencial para la evaluación de programas de salud en el proceso de implementación**

En el proceso de implementación de programas de salud, la evaluación con enfoque gerencial ocupa un lugar primordial. Se debe considerar la complejidad que tienen las actividades e interacciones que ponen y mantienen en marcha un programa de salud durante su implementación. En correspondencia con la definición de Cortázar,<sup>(1)</sup> la implementación constituye una actividad que, bajo determinadas condiciones, puede generar el aprendizaje y el desarrollo de competencias. En este proceso, las acciones de rutina no se mantienen inalterables en el tiempo, sino que se adaptan al contexto laboral en el cual los ejecutores las realizan. Paralelamente, los ejecutores adecuan su medio laboral a los cambios ocurridos en las rutinas.

Se reconoce que una reflexión con enfoque gerencial y estratégico respecto a la implementación de programas ayuda a los responsables sociales a comprender mejor su propia labor. Pero, lo más significativo es que posibilita identificar las competencias

gerenciales y organizacionales que se deben desarrollar en los campos de la gestión de operaciones y el control de gestión, señalado por Cortázar<sup>(1)</sup> y Rey de Murlanda *et al.*<sup>(20)</sup>

Se entiende como las cualidades que se posee para el buen desempeño de alguna actividad. Constituyen una potencialidad, pero no indican que la actividad se desempeñe efectivamente de manera adecuada. Entre ambas media la distancia que hay entre la potencia (a la cual corresponden las competencias) y las acciones, reconocido por Cortázar.<sup>(1)</sup>

Para el caso estudiado, el curso del proceso de implementación no depende exclusivamente de las decisiones de diseño del programa ni de las acciones y decisiones de los ejecutores. Depende también de lo que usuarios y proveedores hacen durante la experiencia del servicio de salud. El directivo debe, en consecuencia, prestar particular atención a esa experiencia, pues en ella se define, en gran medida, el rumbo efectivo que tendrá la implementación del programa.

Merecen atención entonces los elementos constitutivos de esta implementación: las competencias profesionales del personal, el diseño uniforme o flexible de los puestos operativos, el grado de programación rutinaria adecuado para la actividad operativa, los mecanismos para generar compromiso con la labor, retroalimentar el proceso operativo y superar sus fallas, y las actividades que pueden permitir desarrollar competencias, según se afirma en Cortázar<sup>(1)</sup> y Gutiérrez.<sup>(19)</sup>

Por ello, la práctica gerencial y los recientes avances en la investigación académica revelan que la implementación de programas es en sí misma fuente de problemas complejos que no pueden ser solucionados “ajustándose” mejor a lo planificado o exigiendo a los diseñadores que revisen su tarea. La mayoría de los problemas responden a la complejidad de las rutinas, actividades e interacciones ordinarias. Pressman y Wildavsky (citados por Cortázar, p. 1)<sup>(1)</sup> señalan “... el hecho de no reconocer que estas circunstancias, por demás sumamente comunes, presentan serios obstáculos a la implementación e inhiben el aprendizaje” y el desarrollo de competencias para el buen desempeño de las funciones de dirección del programa.

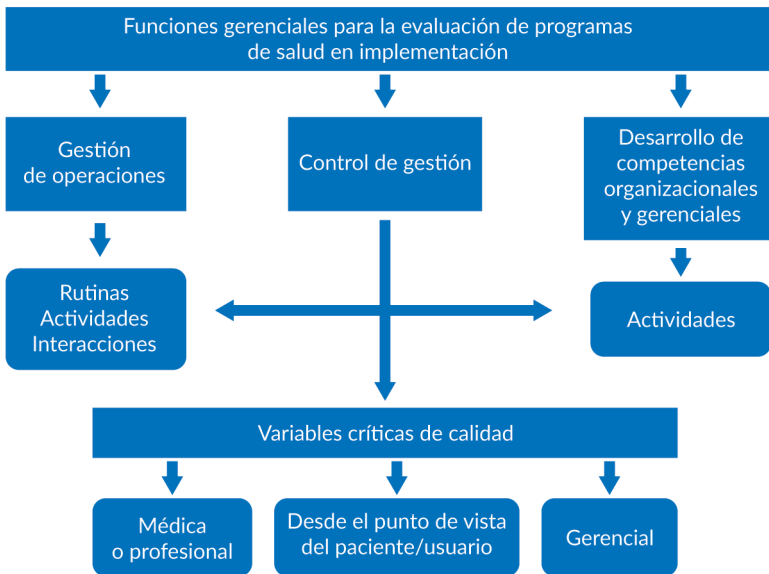
A ello se ha de añadir tres consideraciones sobre la importancia de la implementación de los programas: los procesos de implementación tienen naturaleza y consistencia propia; exigen en sí mismos

reflexión y acción estratégicas; el directivo enfrenta problemas específicos que ponen en riesgo el éxito del programa.

El enfoque gerencial asumido para la evaluación de programas de salud en el proceso de implementación se apropia de la perspectiva de gestión orientada a conocer y mejorar los programas y sus efectos, y considera:

- a) Tres funciones gerenciales (gestión de operaciones, control de gestión y desarrollo de competencias).
- b) Control de gestión a través de variables críticas de calidad.

Sin negar lo reconocido en la literatura clásica concerniente a las funciones gerenciales (planeación, organización, dirección y control), hay tres específicas para la evaluación de programas de salud en el proceso de implementación debido a sus particularidades: *gestión de operaciones*, *control de gestión* y *desarrollo de competencias organizacionales y gerenciales*, las cuales interactúan estrechamente y ejercen una influencia mutua, como se puede apreciar en la figura 1.1.



**Fig. 1.1.** Funciones gerenciales para la evaluación de programas de salud en implementación.

La gestión de operaciones, que consiste en la generación y provisión de bienes o servicios, requiere un conjunto de actividades que transforman y aplican determinados recursos financieros, materiales y tecnología, junto a habilidades y conocimientos, para generar productos o servicios que, en el proceso, adquieren valor adicional. A través de ella los directivos de programas estandarizan las actividades de muchos individuos y grupos; se saca provecho a sus habilidades mediante la especialización y se hace posible predecir, en cierta medida, la cantidad y calidad de los servicios generados, según afirma Liu, citado por Cortázar (p. 11).<sup>(1)</sup>

Los distintos elementos del proceso operativo (materiales, información, instrumentos, conocimientos y habilidades) se articulan productivamente mediante la realización efectiva de un conjunto de rutinas en la implementación de programas, y adquieren importancia la coordinación entre distintas actividades; las normas de conducta, regulaciones de procedimiento o estándares operativos; la interiorización de conocimientos y la interpretación de situaciones, así como la capacidad para llegar a acuerdos, lo que debe ser supervisado por los directivos.

De igual modo, esto tiene relación con la estructura organizacional concebida por los directivos debido a las posibilidades efectivas de programación rutinaria de las actividades, las cuales influyen en la uniformidad o flexibilidad de las atribuciones, responsabilidades y tareas adscritas a un puesto de trabajo en la implementación de programas. El desempeño de los operadores se hace predecible, pero exige al mismo tiempo la flexibilidad, supervisión y ajuste mutuos para una mejor operatividad en situaciones de emergencia en salud u otras especificidades del servicio, y de pacientes o usuarios.

Las autoras reconocen que la función de control de gestión es la vía para monitorear los procesos operativos a través de variables críticas de desempeño que pueden ser variables de calidad, según Simons, Pollit y Bouckaert (citados por Cortázar, p. 19).<sup>(1)</sup>

Consecuentemente, se asume el control de gestión a través de variables críticas de calidad, lo cual implica concentrar el control en prevenir las fallas, más que en corregir errores ya cometidos, e introduce la evaluación como parte de la función de control. Esto permite corregir las desviaciones respecto a la misión y los objetivos de programas, identificar situaciones del servicio que no satis-

facen las expectativas de los usuarios, por lo cual se activa el mecanismo de retroalimentación (control diagnóstico e interactivo).

Además, se hace necesario diseñar indicadores clave de calidad que generen información práctica, permitan detectar brechas en el servicio y ofrezcan la flexibilidad iterativa necesaria para responder al cambio, que impulsen a los miembros de la organización a aprender nuevas maneras de hacer las cosas a partir de los retos y oportunidades existentes. La investigación, el cuestionamiento de las rutinas existentes, la experimentación y el aprendizaje organizacional corresponden a este tipo de mecanismos, en opinión de Segredo.<sup>(21)</sup>

Una observación importante es que asumir como variables críticas de desempeño las variables de calidad en el ámbito de programas de salud hace que el control de la gestión operativa sea un proceso que no solo corresponda a los responsables, sino también a los ciudadanos, pacientes y familiares y, en definitiva, a toda la comunidad.

Según la concepción asumida, el control de gestión mantiene las actividades operativas dentro del curso estratégico trazado, pero al mismo tiempo las renueva, al permitir su mejora continua. Esto implica que no solo se deba fortalecer las competencias que se posea para la implementación de un programa, sino que también resulta necesario desarrollar nuevas competencias organizacionales y gerenciales.

La tercera función es, pues, el desarrollo de estas competencias organizacionales y gerenciales. Primero, hay que partir de que las competencias tienen varias definiciones y clasificaciones, en correspondencia con diferentes autores, enfoques y estudios. Estas son transversales o genéricas: poseen una dinámica, son dialécticas y se expresan en el desempeño que, a su vez, las nutre. Varían en su dimensión espacial y temporal, como señalan Suárez *et al.*<sup>(22)</sup> y Pérez.<sup>(23)</sup> Se reconoce que, además del aprendizaje de saberes o de contenidos disciplinares, son posibles otros aprendizajes relacionados con el saber hacer, el sentir y el ser, según criterio de Tejeda.<sup>(24)</sup>

Las competencias organizacionales, según la literatura, se corresponden con la capacidad de los individuos y la organización para vincular las experiencias; responden al personal, las facilidades, la organización de los servicios, el financiamiento y la administración. Han sido abordadas desde la teoría por diversos autores,

como Cortázar,<sup>(1)</sup> Ávalos<sup>(25)</sup> y Sánchez.<sup>(13)</sup> En investigaciones como la presente, se debe considerar lo aportado por Cortázar<sup>(1)</sup>: habilidades individuales, sistemas técnicos, sistemas gerenciales y valores, pues son adecuados a la implementación de programas.

Las competencias gerenciales tienen carácter grupal, son válidas para cualquier labor que requiera ejecutar funciones de dirección, tanto a nivel estratégico, táctico u operacional, al decir de Segredo.<sup>(21)</sup> Apuntan a la consideración de los directivos acerca de las oportunidades de creación de valor; en este caso se hace necesario considerar la experiencia del servicio como un escenario indispensable para controlar y evaluar si el programa está o no creando valor, y las interacciones estratégicas que ocurren durante la implementación, para ser capaces de pensar y actuar estratégicamente (y no mecánicamente) durante esa etapa. En esto se implican con mayor posibilidad de cambios los sistemas técnicos y gerenciales, porque suelen ser más fáciles de transformar, a diferencia de las habilidades y los valores, según refieren Cortázar<sup>(1)</sup> y Sánchez.<sup>(13)</sup>

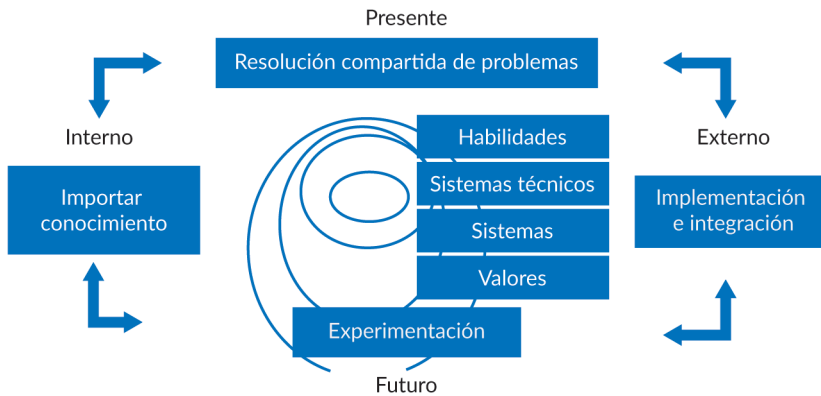
En la actualidad, el tratamiento de las competencias gerenciales en la implementación de programas está escasamente abordado, y aun en menor medida respecto a los programas de salud. No obstante, un referente importante lo constituye el trabajo de Suárez *et al.*,<sup>(22)</sup> quienes se enfocan en las competencias esenciales en salud pública para los recursos humanos en salud de la América Latina y el Caribe. Según estos autores, aquí se presentan competencias asociadas a funciones esenciales y sus ámbitos de práctica: “[...] las competencias son consideradas como los conocimientos, habilidades y actitudes requeridos por el conjunto de los recursos humanos de salud en los diferentes ámbitos de práctica, para solucionar los problemas de salud de manera eficiente y efectiva”. Se ofrece una visión integral basada en dimensiones relacionadas con las funciones básicas del sector de la salud, y valores de equidad y justicia social.

Esta perspectiva fue adaptada por las autoras a partir de las competencias gerenciales en el proceso de implementación de los programas: análisis de la situación de salud; vigilancia y control de riesgos; promoción de la salud y participación social; planificación, regulación y control, y equidad en el acceso y calidad en los servicios individuales y colectivos. Todas apuntan al discernimiento del proceso elegido para la investigación con el fin de desarrollar

competencias asociadas a funciones esenciales y sus ámbitos de práctica en los diferentes actores de los programas de salud.

Entre tanto, surge una pregunta: ¿cómo desarrollar esas competencias? Leonard-Barton<sup>(26)</sup> propone que se debe concebir actividades a través de: la resolución compartida de problemas operativos; la experimentación como proyección a futuro de nuevas técnicas o tecnologías, o la innovación; la integración al interior de la gestión del programa, y el uso de conocimientos a partir de buenas prácticas de otros programas.

En la figura 1.2 se presenta la interrelación entre las competencias organizacionales y gerenciales, y las posibilidades de su desarrollo mediante actividades.



**Fig. 1.2.** Desarrollo de competencias organizacionales.

**Fuente:** Leonard-Barton.<sup>(26)</sup>

La resolución compartida de problemas ocurre en el campo de las operaciones como efecto de dificultades propiamente operativas, pero también como resultado de la identificación de errores y fallas mediante el control de gestión, y permite alcanzar soluciones útiles como respuesta a dificultades latentes, así como generar nuevas habilidades que facilitarán enfrentar nuevos problemas.

Se puede aplicar la “experimentación natural” (cuando nuevas tecnologías, técnicas o productos son adoptados simultáneamente en varios sectores de la organización) o mediante “pilotos” (la innovación se introduce de forma controlada para ser luego extendida al conjunto de la organización).

La experimentación derivada del análisis de la información resultante del control de gestión puede surgir también por iniciativa propia de los operadores. La actividad operativa por sí misma genera nuevas capacidades mediante espirales de cambio adaptativo.

La integración al interior de la gestión del programa ocurre durante el ejercicio reiterado de las rutinas operativas. Aquí los operadores las adaptan progresivamente: las reformulan al obtener resultados no deseados, expanden su aplicación al considerar que abren nuevas oportunidades valiosas o las fuerzan si creen que no logran los resultados esperados.

El uso de conocimientos provenientes de buenas prácticas de otros programas se origina debido a que muchas veces la organización no halla en su interior impulso o conocimiento suficientes para innovar y desarrollar nuevas competencias, por lo cual es necesario importar conocimientos adquiridos por otras organizaciones. Se activa, sobre todo, a partir de la toma de conciencia de las debilidades existentes en la marcha institucional, lo que suele ser resultado de la actividad de control.

Lo anterior encamina el discurso hacia el control de gestión mediante variables críticas de calidad en programas de salud y exige el planteamiento teórico acerca de la calidad.

La calidad surge en el mundo de la producción de bienes y servicios, e incluso de los servicios públicos, con aportes de reconocidos especialistas desde el siglo xx, entre ellos, Deming, Jurán, Ishikawa, Crosby, Sashkin, Kaizen y Baird (citados por Chacón y Rugel),<sup>(27)</sup> Pollit y Bouckaert, así como Quatrebarbes (citados por Cortázar).<sup>(1)</sup> El papel del usuario y la intangibilidad de los servicios agregan complejidad, ambigüedad y subjetividad a la evaluación de su calidad, lo cual ha sido reconocido por Cortázar<sup>(1)</sup> y Del Carmen.<sup>(28)</sup>

De acuerdo con Ávalos,<sup>(25)</sup> la concepción de ciclo en el mejoramiento continuo de la calidad tributa a tres ideas básicas: la corrección de errores y fallas en el proceso productivo o de servicios, la innovación como forma de pasar a etapas superiores de calidad y dejar atrás lo que hasta ese momento se consideraba como bueno, y el horizonte desplazable representado por un proceso que no termina nunca.

Atendiendo a los ciclos de calidad de Ávalos, la evaluación en salud responde a una interrelación con los procesos. Gracias a esto se conoce si se ajustan a las normas o estándares, si hay fallas o

errores en la ejecución que requieren corrección, o aparecen nuevos modos de hacerlo y se favorece la innovación que supera las acciones normadas y estandarizadas. Del resultado se origina la corrección para ajustar el proceso a la norma o estándar, o la modificación de la norma o estándar a fin de asimilar la mejora en la ejecución. Ese ciclo se repite de manera permanente.

En el contexto de los servicios de salud, algunos de los primeros debates vinculados al término de “calidad”, en particular, “calidad de la atención”, ocurrieron en torno a programas de planificación familiar y salud reproductiva. Al respecto, aparecieron trabajos pioneros para establecer la necesidad de incluir la voz del paciente en el proceso de valoración de la calidad en la prestación de servicios. Así, la teoría de género y los enfoques participativos resultan un marco de referencia que cuestiona la relación tradicional médico-paciente y que tiene consecuencias en la definición y los componentes de la dimensión “calidad de la atención”.

En particular, como parte de la gestión de operaciones, hay que considerar los siguientes aportes de Valenzuela,<sup>(29)</sup> quien afirma que la calidad se refiere al conjunto de características que debe tener un programa de salud, y que su calidad técnica se mide a partir de variables críticas de desempeño: integridad, contenidos, destreza, oportunidad y continuidad.

Según Santamaría *et al.*,<sup>(30)</sup> cuyas ideas son compartidas por las autoras, la definición del constructo *calidad* implica un compromiso con el usuario en un sentido ético. La dirección está comprometida a asumirla como política de la organización, planeada y comunicada. En consecuencia, deberá asignar suficientes recursos para su evolución y lograr que los funcionarios trabajen siempre para asegurarla (ISO 9001/2000). A esta última idea se le añade la importancia de la labor de todos los actores de un programa de salud en busca de la mejora continua, que tiene elementos comunes en las normas señaladas.

Con otro prisma y en décadas anteriores, Donabedian,<sup>(31)</sup> de forma acertada, se refiere a las múltiples facetas del concepto de calidad: calidad técnica, calidad interpersonal, calidad individual y calidad social. De igual forma, profundiza en las relaciones entre cantidad y calidad, y entre beneficios y riesgos; desarrolla el concepto y afirma que es una propiedad de la atención médica que puede ser alcanzada en diversas medidas. Puede ser definida como la obtención

de los mayores beneficios posibles de la atención médica con los menores riesgos para el paciente, y define los mayores beneficios posibles, a su vez, en función de lo alcanzable de acuerdo con los recursos con los que se cuenta y con los valores sociales imperantes.

Específicamente, la calidad de la atención médica ha sido definida de diversas formas, las cuales dependen en gran medida del contexto concreto en que el término quiera emplearse, lo cual ha sido señalado tanto por Eraso *et al.*<sup>(9)</sup> como por Santamaría *et al.*<sup>(30)</sup>

De acuerdo con el propósito de la evaluación de programas de salud en el proceso de implementación, Birch *et al.*<sup>(32)</sup> ofrecen criterios que siguen el marco de referencia para el estudio de la calidad de los servicios de salud según Donabedian<sup>(31)</sup> y Rojas.<sup>(33)</sup> Por ello, se determina que se ha de considerar tres variables críticas de calidad:

1. La calidad médica o profesional, vista como la atención óptima en salud dados los conocimientos biomédicos actuales.
2. La calidad desde el punto de vista del paciente/usuario, quien valora tanto la forma en que el servicio es brindado, como los resultados de esa atención.
3. La calidad gerencial,<sup>1</sup> que incorpora factores como el uso más apropiado de los recursos, tanto humanos como no humanos, y otros elementos: excelencia profesional, mínimo riesgo para el paciente, alto grado de satisfacción del paciente/usuario.

La primera de estas variables contempla la competencia del médico o del personal del servicio (habilidades y conocimientos), el empleo de recursos óptimos para sus tareas, métodos adecuados, cumplimiento de normas protocolares de actuación y su motivación. En resumen, la aplicación de la ciencia médica y la tecnología en función de maximizar sus beneficios a la salud sin el incremento del riesgo al paciente/usuario.

La segunda, implica el estudio de la cortesía, el interés, los resultados positivos tras la atención brindada y la empatía con el paciente/usuario. Sobre esto, vale señalar el criterio de Ramos,<sup>(34)</sup> quien afirma: “Existe buena calidad en la atención en salud cuando

---

<sup>1</sup> Hace referencia al campo del conocimiento que estudia la acción de los gerentes, aunque a veces se utiliza también “ciencias de la gestión”.<sup>(1)</sup>

los resultados, producto o efectos del proceso de atención de salud satisfacen los requisitos y seguridad del paciente, las expectativas de los profesionales, los trabajadores, la institución y el sistema”.

Sobre este particular, Carnota<sup>(7)</sup> sostiene que los pacientes, familiares y acompañantes demandan ser vistos como socios activos en los procesos de atención, con la capacidad y habilidad para hacer elecciones significativas. Por ello, debe conocerse lo que piensan, sienten y esperan de cada uno de los servicios de salud recibidos, según sus particularidades.

En otra reflexión, Massip *et al.*<sup>(35)</sup> señalan que es posible evaluar la satisfacción mediante la identificación, por pacientes y familiares, de los elementos que determinan su satisfacción o insatisfacción, así como la percepción de los propios proveedores.

Por último, la tercera variable abarca las ideas anteriores e imbrica el grado en que el sistema se aproxima a la capacidad de proveer los servicios requeridos por las personas en todos los momentos, dentro de ciertos límites dictados por el cumplimiento de reglas de excelencia; esto determina el grado en que el servicio tiene las cualidades necesarias para satisfacer necesidades y cumplir expectativas de usuarios.

Sobre este particular, Carnota<sup>(7)</sup> profundiza en la necesidad de dos direcciones convergentes en los servicios de salud en Cuba: “hacer coincidir la acción gerencial con lo que realmente hay que hacer y dar oportunidad al paciente para que realice a plenitud la parte que le toca en ese proceso, [...]”

Una vez expuestas las tres variables, es conveniente señalar que tienen sustento en las bases legales de la calidad, aplicadas a los programas de salud en Cuba, y se basan en principios organizativos respaldados por la legislación vigente.

El régimen jurídico de la calidad en Cuba tiene como propósito la satisfacción de la población y de los prestadores mediante el desarrollo de la producción, los servicios, el comercio y la actividad científica tecnológica, referenciado así por Mejías *et al.*<sup>(36)</sup>

Para alcanzar este propósito en el sector de la salud, los servicios deben ser organizados de forma adecuada. También se debe establecer y aplicar las normas, guías de práctica clínica, procedimientos y protocolos de diagnóstico terapéutico necesarios, además de realizar los procesos relacionados con la verificación de los instrumentos de medición y de la tecnología biomédica basados en el cumplimiento de la legislación vigente.

Varios documentos legales refrendan la calidad en los servicios de salud en Cuba (Gaceta Oficial de la República de Cuba, Núm. 9, 1982; Decreto ley 182/1998. De la Normalización y Calidad; Contraloría General de la República. R. 60/2011. Gaceta 014, Edición Extraordinaria, 2011).

Los policlínicos se rigen por la Resolución Ministerial 135 de 17 de junio de 2008. El Artículo 17 del Capítulo IV (“De la calidad en el policlínico”) de su reglamento general establece que la calidad de un servicio de salud se logra cuando es accesible y equitativo, con prestaciones óptimas, tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario y del prestador del servicio, con la atención recibida y brindada, respectivamente, como establece el Reglamento General de Policlínicos de la República de Cuba (p. 115).<sup>(37)</sup>

El inciso c del artículo 18 del reglamento añade: “La realización del perfeccionamiento continuo de la Calidad de los Servicios del Policlínico incluirá las etapas de atención de pacientes y familiares y los procesos de gestión de recursos humanos, los aseguramientos y la dirección” (Reglamento General de Policlínicos. República de Cuba, p. 115).<sup>(37)</sup>

Finalmente, el control de gestión mediante las variables críticas de calidad propuestas permite identificar no solo los problemas, sino también las oportunidades para mejorar el proceso de implementación y crear actividades para el desarrollo de competencias organizacionales y gerenciales que contribuyan a elevar continuamente la calidad de los programas de salud en los siguientes aspectos fundamentales: los procesos operativos, y la calidad y garantía de mayor valor público.

Se trata, en resumen, de que los jefes sean responsables de identificar, implementar, nutrir y fortalecer aquellas oportunidades que contribuyan a mejorar los procesos operativos en la marcha de los programas. Se trata de desarrollar en ellos competencias para contribuir a la elevación de la calidad, lo cual significa que el paciente o usuario reciba un servicio que respete los principios éticos y de bien común del programa, con las cualidades necesarias para satisfacer sus necesidades y expectativas, se atienda a su experiencia y se genere mayor valor público. En cuanto a esto último, cobra importancia la relación de los servicios de salud con sus pacientes o usuarios y responder a sus diversas necesidades, expectativas

particulares y percepciones, lo que se corresponde con la noción de valor público en este ámbito, en consonancia con Cortázar.<sup>(1)</sup>

## Estado epistemológico del tema en el contexto internacional y nacional

En el ámbito internacional hay experiencias de gran interés. El modelo de evaluación de programas de salud de Álvarez *et al.*<sup>(3)</sup> presenta tres etapas:

- Diagnóstico inicial y propósitos generales de la evaluación.
- Descripción del programa a evaluar.
- Diseño metodológico, trabajo de campo e informe de resultados.

Estas etapas están enmarcadas por el diagnóstico del entorno del programa a evaluar en su inicio, y la ejecución y retroalimentación permanente durante la evaluación. El modelo incluye, además, tres pasos: reconocimiento del contexto de operación del programa, determinación de los propósitos de la evaluación y descripción del programa a evaluar.

La propuesta antes mencionada resulta flexible, por lo cual la obtención de elementos de información es útil para la evaluación; sin embargo, y a pesar de la rigurosidad de los diagnósticos propuestos, el enfoque utilizado se orienta más a la evaluación del diseño del programa que al proceso de implementación.

Con el propósito de lograr la excelencia en el sector de la salud, en Cuba se implementó un grupo de programas, señalados por Rojas,<sup>(38)</sup> relacionados con las estrategias y prioridades del sector. Estos programas enmarcan diferentes líneas de investigación como, por ejemplo, la atención materno-infantil, la medicina familiar, la diabetes mellitus, la salud del adulto mayor y del adulto joven, la salud ocupacional, las discapacidades, el desarrollo de aptitudes físicas y mentales en los niños, la eficiencia y economía de la salud, la gerencia de movilización de recursos, los servicios de infraestructura, la introducción y evaluación de tecnologías sanitarias, entre otros.

Durante las primeras décadas del siglo XXI, la Dirección de Ciencia y Técnica del Ministerio de Salud Pública, en correspondencia con

el enfoque de pensamiento estratégico, diseñó objetivos y estrategias e hizo extensivo el sistema de ciencia e innovación tecnológica a otras unidades del sistema nacional de salud, en particular, a la atención primaria de salud y a un grupo de hospitales. Incorporó la investigación y la innovación mediante la evaluación como una de las principales vías (Morales *et al.*).<sup>(39)</sup>

Por otra parte, se hace necesario señalar que, en Cuba, en 2011, se decidió reorganizar los servicios de salud, a tono con el proceso de actualización del modelo económico y social adoptado por el país; por ello, surgió un proyecto de transformaciones que dio lugar a la investigación-acción de Morales *et al.*<sup>(39)</sup> Este trabajo constituye un análisis de la información obtenida, su discusión colectiva y el asesoramiento técnico a las instancias de dirección del Ministerio de Salud Pública para la adopción de decisiones.

A los efectos del presente texto, adquiere relevancia la evaluación de programas de salud a escala nacional. El estado del arte está conformado por diversas investigaciones, entre las que se puede mencionar: Atención integral al paciente con pie diabético (García);<sup>(40)</sup> Programa del Médico y Enfermera de la Familia (Márquez);<sup>(41)</sup> Atención temprana del neurodesarrollo a nivel comunitario (Moreno);<sup>(42)</sup> Rehabilitación cardiaca del niño (Carballés);<sup>(43)</sup> Programa Nacional de Inmunización de Cuba (Galindo);<sup>(44)</sup> Educación en diabetes (Casanova *et al.*).<sup>(45)</sup>

De particular importancia son las investigaciones de autores como Gálvez, Suárez y Álvarez,<sup>(17)</sup> y Rojas<sup>(38)</sup> sobre economía de la salud y salud pública, quienes aportan valiosos elementos que complementaron los estudios referidos y constituyen antecedentes investigativos.

La evaluación de programas de salud en Cuba se sustenta invariablemente en la legislación vigente, desde la Constitución de la República de Cuba (Título V: Derecho, Deberes y Garantías. Cap. II, art. 72), la Ley 41, Ley de la Salud Pública (Gaceta Oficial de la República de Cuba, 15 de agosto de 1983, p. 967) y el Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud Pública (2019), que constituyen la base para las siguientes consideraciones teóricas de las autoras:

- La evaluación de programas de salud en Cuba parte de la existencia de una salud pública con carácter estatal socialista, con el soporte de un sistema único e integrado que protege la salud

de la población a escala nacional, financiado con el presupuesto estatal y gratuito, con cobertura y accesibilidad total para la población. Esta protección a los ciudadanos no tiene fines lucrativos. En este contexto, la evaluación va dirigida a buscar la mejor relación entre objetivos y resultados en función de maximizar los beneficios sociales, con un mejor aprovechamiento de los recursos, y potenciar así la salud humana y los servicios del Estado.

- La ley económica fundamental del socialismo estipula garantizar el bienestar y el desarrollo libre e integral de los miembros de la sociedad mediante el continuo crecimiento y perfeccionamiento de la producción social.

Por esta razón, se requiere utilizar de forma eficiente los recursos disponibles, entre ellos, los destinados a la salud. Esta ley tiene, además del contenido económico, un profundo contenido social que determina la orientación preventiva para mejorar constantemente el estado de salud de la población en medio de condiciones sociales favorables, pero también en una realidad económica difícil que se torna más compleja por el bloqueo económico impuesto por el gobierno de los Estados Unidos.

- La evaluación de programas de salud contribuye a la interrelación dialéctica entre el desarrollo de la salud como valor social y económico, pues no puede existir una política de salud adecuada que no tenga en consideración las condiciones de la base económica.
- El reconocimiento de la necesaria atención y protección a la salud de la población de forma adecuada en cualquier lugar del territorio nacional y la garantía para realizarlo.
- Este aspecto es muy importante para el desarrollo de programas de gran alcance y justa distribución de los recursos. Se complementa con el principio de reforzar la atención a la población no solo con las mismas posibilidades de acceso gratuito y otras vías de accesibilidad a los servicios de salud, sino al garantizar las necesidades básicas y una atención particularizada a grupos especiales de población.
- La participación comunitaria no solo en las acciones de salud, sino también en la valoración de las condiciones y criterios en el proceso de evaluación de los programas para la adopción de decisiones.

El desarrollo del pensamiento crítico en la comunidad es un requerimiento que paulatinamente se impone para el avance de sistemas y servicios de salud. La población debe aportar conocimientos sobre aquellas acciones de salud de las que ha sido beneficiaria, con el fin de evaluar el cumplimiento de objetivos, costos y efectos, lo que contribuye a mejorar el servicio de salud y la calidad de vida (Reiner *et al.*).<sup>(46)</sup>

## **¿Hacia dónde se orienta la evaluación de programas de salud en Cuba?**

A escala nacional aparecen múltiples enfoques, la mayoría agrupados de acuerdo con el tipo de evaluación, la finalidad, el impacto de diferentes programas y servicios de salud, en correspondencia con los resultados, las perspectivas de desarrollo o su carácter experimental. Las peculiaridades de la evaluación responden a una salud pública gratuita a cargo del Estado cubano y derivada de una política socialista con lineamientos aprobados por el Partido Comunista de Cuba en aras de garantizar una atención de salud al más alto nivel humano y científico.

A pesar de ello, el Ministerio de Salud Pública ha reconocido que se desconoce tanto el impacto real de algunos de los programas implementados en el sistema nacional, como de las metodologías para la evaluación de este impacto, y tanto en relación con usuarios individuales y colectivos, como entre prestadores y directivos de la gestión en salud (Mirabal *et al.*).<sup>(47)</sup>

A continuación aparecen las principales investigaciones acerca de programas de salud de Cuba encontradas por las autoras. No guardan relación con evaluaciones como las reconocidas en la literatura y referidas con anterioridad, pero se asemejan, de un modo u otro, en sus enfoques. Los trabajos son los siguientes:

- Galindo ofrece la evaluación de la vigilancia de eventos adversos a vacunas en Cuba entre 1999 y 2010; es una investigación en servicios y sistemas, insertada en el funcionamiento del Programa Nacional de Inmunización de Cuba.
- La evaluación del Programa Cubano de Rehabilitación Cardíaca del Niño para cardiópatas congénitos operados de 1992 a 2010, de Carballés,<sup>(43)</sup> tuvo como objetivo principal conocer la calidad

de vida y el pronóstico de estos menores. Se estudió a 4485 pacientes, quienes fueron seguidos con chequeos postoperatorios. Su evaluación permitió conocer la mejoría del estado nutricional, la capacidad funcional basal y al esfuerzo, la ausencia de tratamiento farmacológico y de alteraciones psicológicas, así como la incorporación a la vida escolar o laboral. En resumen, una investigación de resultados, impacto y con perspectiva de desarrollo.

- Con igual visión, Moreno<sup>(42)</sup> estudió la eficacia de un programa comunitario de atención temprana a niños asintomáticos con retardo del neurodesarrollo y otros con factores de riesgo en el municipio de La Habana Vieja entre 1998 y 2008. Las conclusiones de la investigación refieren mejoría en la mayoría de los casos, tanto en los pacientes como en los niños con factores de riesgo de retardo. Resalta, en otro sentido, el tratamiento al aspecto social.
- Amplía este horizonte la evaluación del impacto social del Programa de atención al paciente con úlcera del pie diabético con Heberprot-P® en nueve áreas del municipio Camagüey, de Falcón *et al.*,<sup>(48)</sup> de la cual corresponde señalar la presencia de varias limitaciones organizacionales y gerenciales. Se destaca aquí que las investigaciones en sistemas y servicios de salud enfrentan desafíos y dilemas derivados del contexto y de la naturaleza biológica y social de su objeto de estudio.

Estos ejemplos evidencian el predominio de evaluaciones de resultados destinadas a analizar su impacto desde una perspectiva de desarrollo. El panorama estudiado revela carencias en la evaluación desde la perspectiva gerencial: hasta el momento no se halló una investigación reveladora de características esenciales que respondan al nivel de proceso y al tipo de evaluación formativa, según la finalidad.

Acerca de las diferencias entre la evaluación de resultados y la de impacto, analizadas para determinar hacia dónde se orientan, prevalece la interrelación de sus propósitos, pero resalta la de impacto desde la perspectiva del desarrollo y la experimentación. Lo primero se interpreta al corresponderse con los objetivos planteados respecto a la valoración de la eficacia o la efectividad de un programa consolidado; lo segundo queda reflejado en los análisis

de la ejecución de las actividades y servicios, y la valoración de los resultados del programa en condiciones controladas.

En los modelos y metodologías analizadas es muy limitada la evaluación de programas de salud que consideran los problemas de implementación y las oportunidades que se derivan para mejorar la gestión, así como la incorporación de variables e indicadores de la calidad. Sin embargo, el estudio de diferentes modelos y esquemas puede representar antecedentes metodológicos por su aporte en cuanto a las propuestas de variables para el diagnóstico del programa, los indicadores de proceso, y las técnicas de análisis e interpretación de la información.

## **Evaluaciones de programas de salud**

En el contexto cubano aparecen evaluaciones de programas, pero dirigidas esencialmente a medir la satisfacción de la calidad del servicio con el propósito de conocer la cobertura y la calidad de las intervenciones, así como verificar si el programa ha alcanzado la población diana y los subgrupos relevantes, y si se han realizado las actividades previstas con la calidad necesaria, como se resume a continuación.

Las propuestas metodológicas analizadas son: Metodología para evaluar la calidad asistencial a la atención de los ingresados en el hogar, de Márquez;<sup>(41)</sup> Calidad de la ejecución del Programa de Bajo Peso al Nacer en un área de salud urbana, de Maturell *et al.*;<sup>(49)</sup> Diseño metodológico de las investigaciones evaluativas relacionadas con la calidad en salud, de Sánchez;<sup>(13)</sup> Guía metodológica para evaluar la calidad de un servicio de Estomatología General Integral, de Mursulí *et al.*<sup>(50)</sup> y Estado actual de la evaluación de la calidad en los servicios de Estomatología en Cuba, de Capote y Peña.<sup>(51)</sup>

En Mursulí *et al.*<sup>(50)</sup> resalta la presentación de variables específicas por cada dimensión y con características pertinentes para evaluar cada una en las que se reconoce variables de calidad:

- I. Estructura. Indicadores: 1.1 Sala de espera para los pacientes; 1.2 Local de consulta; 1.3 Área de almacenamiento del instrumental estéril; 1.4 Equipos; 1.5 Capital humano; 1.6 Instrumentales; 1.7 Medicamentos e insumos; 1.8 Sistema de organización; 1.9 Calidad científico técnica.

- II. Proceso: 2.1 Confección de historias clínicas de forma correcta; 2.2 Confección de la hoja de cargo; 2.3 Organizativas; 2.4 Atención directa del paciente.
- III. Resultados: 3.1 Cumplimiento de indicadores del servicio; 3.2 Satisfacción de pacientes; 3.3 Satisfacción de profesionales.

Otras investigaciones recogidas en la literatura que evalúan la calidad del servicio estomatológico y que incluyen aspectos a considerar, son: Evaluación de la satisfacción de los usuarios y prestadores de servicios en la clínica estomatológica "Fe Dora Beris", de Arocha *et al.*<sup>(52)</sup> y Evaluación de la calidad de la atención estomatológica de dos servicios de estomatología general integral, de Mursulí *et al.*<sup>(51)</sup>

Una metodología para evaluar la calidad científico-técnica de la atención a los ingresados en su propio hogar en el municipio Playa, en La Habana, durante el periodo 1999-2005, de Márquez,<sup>(41)</sup> incorpora la evaluación de la satisfacción de usuarios y prestadores. La investigación presenta argumentos teóricos y metodológicos basados en la perspectiva cuantitativa y emplea dos dimensiones: calidad científico técnica y satisfacción. Considera variables específicas en las tres dimensiones (estructura, proceso y resultado) dirigidas a la atención de los ingresados en el hogar.

Los aspectos más relevantes presentes en estas investigaciones son:

- El uso de variables de calidad del servicio, estructura, proceso y resultado.
- La utilización de métodos del nivel teórico, empírico (encuesta) y de la estadística descriptiva.
- Aspectos de equidad de género en Gómez y Pino<sup>(53)</sup> como variable relacionada con la calidad médica o profesional.

Entre las investigaciones encontradas, aparece la Guía para evaluar el programa de educación en diabetes (PED) en la atención primaria de salud en Pinar del Río, de Casanova *et al.*<sup>(45)</sup> La guía aporta 32 criterios e indicadores para evaluar las diferentes dimensiones concebidas: estructura, proceso y resultados, como en las investigaciones anteriores. A ello se agrega una contribución de Rodríguez<sup>(54)</sup> relacionada con el perfeccionamiento del registro

de evaluación integral al paciente afectado de pie diabético del programa vinculado con la aplicación del Heberprot-P® y, además, publicaciones internacionales de farmacoeconomía, en Tesar *et al.*<sup>(55)</sup> y Bagle *et al.*,<sup>(56)</sup> así como otro estudio en atención primaria de salud, de Calvo *et al.*<sup>(57)</sup>

A pesar de sus aspectos positivos, estas metodologías para la evaluación de programas de salud presentan vacíos relacionados con el proceso de implementación desde el enfoque gerencial:

- a) Las experiencias estudiadas analizan la calidad desde las dimensiones médica o profesional y desde el punto de vista del usuario, pero no como variables de control de gestión.
- b) Quedan fuera del análisis aspectos como la gerencia y la calidad del desempeño del programa en ejecución que, de no ser atendidas, ponen en riesgo su mejora continua y, por lo tanto, atentan contra el valor público que se busca generar para los ciudadanos, sobre todo, lo relacionado con la satisfacción de las necesidades y expectativas de los pacientes y familiares.

En cambio, la evaluación de programas de salud en el proceso de implementación debe tener el siguiente alcance:

- a) Impulsar acciones de mejoramiento continuo basadas en el análisis de variables críticas de calidad como parte del control de gestión. Esto permite elaborar mediciones procesuales capaces de captar los puntos de vista de los pacientes y familiares que se benefician con los servicios del programa.
- b) Reconocer la utilidad del control de gestión para corregir desviaciones respecto al cumplimiento de los objetivos del programa.
- c) Gracias a la evaluación con enfoque gerencial, detectar oportunidades para el desarrollo de las competencias organizacionales y gerenciales que contribuyan a la mejora continua de un programa.

## Consideraciones finales

El análisis precedente corrobora que los programas de salud pueden ser evaluados desde múltiples ópticas. En la actualidad ha cobrado interés la investigación cuantitativa, reconocida por

diferentes autores. En Cuba, no responde a una metodología única, aunque lo más común es el uso de la evaluación de programas según el nivel en los tipos de evaluación (de estructura, proceso y resultados).

La evaluación de programas de salud con enfoque gerencial en el proceso de implementación presupone tres funciones: la gestión de operaciones, el control de gestión y el desarrollo de competencias organizacionales y gerenciales. También, el uso de variables críticas de calidad para el control de gestión si el propósito es la mejora continua.

A partir de las limitaciones de las metodologías analizadas, resulta pertinente incorporar la evaluación desde la perspectiva de la gestión que añada la calidad gerencial. Esto ratifica la necesidad de contar con mayor sostén científico a fin de accionar lo más cerca posible de las necesidades y expectativas de los beneficiarios, así como lograr un aprendizaje continuo en el proceso de implementación de los programas en lo organizacional y gerencial.



# Evaluación desde un procedimiento dirigido a programas de salud en implementación con enfoque gerencial

## Criterios para su aplicación

Entre los criterios de aplicación del procedimiento está el uso de un enfoque que incluye, como nuevo atributo de las evaluaciones existentes, la calidad gerencial. Se busca no solamente el éxito de los programas de salud, sino, además, influir en el progreso de la salud pública y el bienestar de la población de manera consciente e intencionada. De esto se deriva su posible utilización para mejorar los procesos de cualquier programa durante la implementación y el desarrollo de competencias organizacionales y gerenciales, si así se requiere.

La concepción estratégica, punto de partida de la implementación de programas, resulta esencial para proceder a una evaluación con enfoque gerencial. Es de utilidad para la totalidad de actores involucrados; en particular, para los directivos/coordinadores, a quienes revela el potencial estratégico de las acciones de implementación, lo cual ayuda a identificar las oportunidades que pueden aprovechar con el fin de generar mayor valor público.

Al retomar las ideas de Pressman y Wildavsky (citado por Cortázar)<sup>(1)</sup> referidas a que el proceso de implementación, en las mejores circunstancias, es demasiado difícil, se plantea este procedimiento en función de ayudar a investigadores, directivos/coordinadores y especialistas a desarrollar mejor la labor. Además, permite identificar las competencias gerenciales y organizacionales que deben fortalecer o desarrollar en los campos de la gestión de operaciones y el control de gestión de programas.

---

La doble perspectiva señalada, desde las características gerenciales y estratégicas de la implementación, sintetiza los aportes de las escuelas de pensamiento estratégico y de gestión de procesos operativos (*business process management*) para lograr una comprensión holística de las operaciones en el sector público.

Según Darville (p. 8),<sup>(58)</sup> en términos operativos, un programa debe:

- Ser fácilmente identificable dentro del ámbito de acción de una o más instituciones públicas. Ello significa que debe llevar asociado un nombre que lo caracterice, una estructura organizacional, un responsable asociado claramente identificable, y un presupuesto consistente y pertinente de gastos asociados a los bienes y servicios que provee.
- Identificar, total o parcialmente, su vinculación con una política pública vigente, ya sea de Estado o de gobierno (sectorial o global, local o nacional). Adicionalmente, debe ser consistente con la misión y los objetivos estratégicos de la o las instituciones que lo implementan.
- Tener un diseño que, en su conjunto, dé cuenta de una estrategia para solucionar el problema o necesidad concreta que afecta a la población identificada.
- Identificar claramente la población objetivo que será beneficiaria de los bienes o servicios provistos.
- Identificar cuáles son los bienes o servicios públicos provistos por el programa, así como los resultados esperados de su ejecución y forma de medición.
- Tener explícitamente formulado el alcance de los resultados para lograr un efecto o cambio en los beneficiarios; esto es, un resultado intermedio o final.

Por tanto, al adecuar estas concepciones al contexto cubano, se consideran como premisas para ejecutar el procedimiento para la evaluación de programas de salud con enfoque gerencial, las siguientes:

1. Que el programa esté en implementación con presencia de intervenciones complejas y resultados en salud a largo plazo, según Montero<sup>(59)</sup> y Nebot *et al.*<sup>(12)</sup>

2. Que el programa cuente con una evaluación previa en la que se identifiquen desviaciones respecto al cumplimiento de los objetivos relacionados con:
  - a) Limitaciones asociadas a los procesos operativos, las actividades e interacciones susceptibles de ser mejoradas mediante el control de gestión.
  - b) Problemas en la satisfacción de las necesidades y expectativas de los pacientes y familiares.

En correspondencia con esta visión, se debe tener en cuenta también los procesos que se iteran a lo largo del tiempo e interactúan entre sí, según afirma Cortázar<sup>(1)</sup>: las actividades de definición colectiva de problemas, la selección de alternativas, la adopción de decisiones autorizadas, implementación y evaluación.

Se considera, sin embargo, que la interacción mutua y la continuidad entre estos procesos no indican que todos ellos tengan la misma naturaleza. Una evaluación adecuada del desarrollo de los programas públicos de salud debe identificar la naturaleza y características específicas de los procesos que lo componen, así como distinguir la estrecha articulación entre diseño e implementación de programas.

En el procedimiento se sugiere el uso de indicadores de calidad como parte de las variables críticas de desempeño, a partir de tres dimensiones: la calidad técnica o profesional, el punto de vista del paciente/usuario y la dimensión gerencial. El objetivo es monitorear su comportamiento en los servicios ofrecidos por un determinado programa, a raíz de la inclusión de la perspectiva de gestión (evaluación orientada a conocer y mejorar los programas y sus efectos), lo cual apunta al control total de la calidad para mejorar continuamente el proceso de implementación.

Por su finalidad, la propuesta permite detectar, anticipadamente, problemas e insuficiencias solucionables durante la implementación del programa a evaluar y, para realizar la evaluación, contiene los elementos metodológicos requeridos. Estos responden no solo a los intereses de la organización, sino, además, al desarrollo de la salud pública y a las necesidades y expectativas de pacientes y usuarios, en consonancia con Carnota.<sup>(7)</sup> La orientación de la evaluación precisa el progreso y el bienestar particular de los beneficiarios del programa y, en general, de la sociedad.

El procedimiento se sustenta en un enfoque estratégico del control de gestión de los programas a raíz de la nueva filosofía gerencial

que intenta atenuar la diferencia entre lo ofrecido por la organización y lo que espera el usuario. Esto constituye parte sustancial para contribuir a la evaluación de un programa de salud mediante la calidad como parte de las variables críticas de desempeño más importantes, de acuerdo con Cortázar,<sup>(1)</sup> que cree sinergias para influir en la activación del potencial de desarrollo del programa y estimular el comportamiento creativo de los implicados en su gestión.

La perspectiva evaluativa se concentra con mayor intensidad, según el nivel, en la estructura y procesos de los programas. Para ello tiene el propósito de:

- Conocer la adecuación de los recursos materiales y humanos a las necesidades.
- Conocer la cobertura y calidad de las intervenciones.
- Verificar si el programa ha alcanzado la población diana y los subgrupos relevantes, y si se han realizado las actividades previstas con la calidad necesaria.

Este procedimiento se orienta, sobre todo, a la evaluación de los programas de salud pública de Cuba; no obstante, la práctica sugiere que se podría aplicar a escala internacional. En este caso, se debe tener en cuenta las características de cada organización según sus procesos, sus mecanismos de dirección y su nivel de subordinación para realizar las adecuaciones pertinentes.

Por otra parte, una buena argumentación gerencial debe ser capaz de distinguir entre estas distintas características para poder proponer el tipo de prácticas, capacidades y herramientas adecuadas a ellas. De acuerdo con esta idea, el ejercicio evaluativo del trabajo de los jefes o coordinadores de programas de salud se orienta a investigar:

- Si se obtuvo respaldo y recursos del entorno político autorizante.
- La capacidad de identificación de los elementos y características del programa de acciones que se espera genere valor para los ciudadanos.
- Si la estrategia trazada es “operativa y administrativamente viable,” y si es un despliegue consciente y especializado de capacidades legales, financieras, materiales y humanas para obtener resultados concretos.
- Si se utiliza constantemente la información precisa y confiable para la adopción de decisiones exitosas.

Se propone, además, dos aspectos adicionales que, por ser más precisos, facilitan una mejor comprensión del potencial estratégico de las labores de implementación:

- a) ¿La implementación abre oportunidades importantes para añadir valor a las políticas públicas?
- b) ¿La implementación supone necesariamente la interacción estratégica entre actores que tienen distintos valores, visiones e intereses?

Al evaluar con este procedimiento los procesos de implementación de un programa, se puede conocer hasta qué punto puede generar oportunidades para aumentar el valor público y, es en esa medida que se aprecia su importancia estratégica. Esto obliga a indagar en el aprovechamiento de esas oportunidades, según la capacidad de los jefes, coordinadores y otros actores involucrados, para identificarlas entre el flujo de acontecimientos en que se ve inmersa la organización, y sacar partido de estas. Porque en la práctica se sabe que con mucha frecuencia las oportunidades se dejan pasar sin ser aprovechadas.

Según Cortázar,<sup>(1)</sup> Pressman y Wildavsky consideran que hay tres factores que influyen en el proceso de adopción de decisiones durante la implementación: la dirección de las preferencias de los operadores respecto al programa (¿están a favor o en contra de este?), la intensidad con que se manifiestan estas preferencias (¿le dedican una atención significativa o son más bien indiferentes?) y la magnitud de los recursos que comprometen en el programa. Así, es posible identificar distintas estrategias de negociación entre los operadores en función de la combinación de estos.

Desde otro prisma, la interacción estratégica entre operadores y usuarios es de gran importancia en los servicios de salud pues, a diferencia de los productos, solo se generan y obtienen mediante la experiencia de esta interacción. Así, operador y usuario deben cooperar para lograr que el servicio cumpla su función (esto es claro, por ejemplo, en la interacción entre el personal de la salud de un programa y el paciente/acompañante).

La experiencia del servicio es un escenario de tensión en el cual tanto el proveedor como el usuario buscan mantener el control de la situación. En este sentido, sobresale que la implementación de los programas está colmada de oportunidades para la interacción estratégica. Los valores, visiones e intereses de los operadores desempeñan un papel muy relevante, pues son ellos quienes en gran

medida controlan los recursos, la información y los esfuerzos cotidianos necesarios para que el programa sea efectivo.

El requerimiento de que los funcionarios públicos orienten su labor por valores e intereses directamente ligados al ofrecimiento de un mejor servicio a los usuarios, permite lograr no solo un buen desempeño, sino un alto grado de compromiso personal. Una comprensión profunda de la implementación permite, en cambio, ver que el compromiso o la innovación son procesos tan concretos como disciplinar mediante el control social, o establecer nuevos pactos entre operadores y hacedores de programas, lo cual ratifica la valía del procedimiento de evaluación.

La propuesta sostiene, al mismo tiempo, diferentes elementos necesarios para la comprensión del carácter estratégico de la implementación de un programa:

- Tener en consideración los diversos valores e intereses en juego, así como las interacciones y conflictos que suscitan.
- Actuación estratégica del directivo o coordinador, al hallar oportunidades para promover aquellos valores, intereses y actitudes que favorecen la creación de valor, y controlar o reorientar los que van en sentido contrario.
- Necesidad de desarrollar, entre los múltiples actores de un programa, una comprensión más compleja y realista del proceso de implementación.

El enfoque gerencial enfatiza en las funciones que el jefe o coordinador del programa debe desempeñar durante la implementación como parte del proceso global de gerencia. Respecto al último punto, es necesario que para la evaluación de la calidad de programas en el proceso de implementación, sean analizadas dos funciones más específicas: la gestión de operaciones (consistente en la generación y provisión de bienes o servicios) y el control de gestión (que se ejerce sobre la anterior función).

Además de lo referido, incluye una función transversal a todo el proceso de gerencia, que es la de desarrollo de competencias organizacionales y gerenciales.

Finalmente, se hace necesario acotar que para la aplicación del procedimiento diseñado, la información epidemiológica cobra trascendencia debido a su valor para la gestión de los programas y servicios de salud, siempre que responda a la particularidad de pobla-

ción-territorio-tiempo de un programa específico en un contexto determinado. También, propicia la información exacta, pertinente, veraz, capaz de satisfacer la demanda de quienes la necesitan, por lo cual se convierte en una herramienta o recurso útil para mejorar continuamente los programas.

## Procedimiento y orientaciones metodológicas

El procedimiento se basa en el modelo de evaluación de programas de salud, de Álvarez *et al.*,<sup>(3)</sup> y las metodologías de evaluación de la calidad en el contexto de la economía cubana, de Márquez,<sup>(41)</sup> Maturéll *et al.*,<sup>(50)</sup> Sánchez,<sup>(13)</sup> Capote y Peña,<sup>(52)</sup> Castell-Florit,<sup>(60)</sup> o referidas al ámbito internacional, de Cortázar,<sup>(1)</sup> Rey de Marulanda *et al.*,<sup>(20)</sup> Peters *et al.*,<sup>(61)</sup> Silva,<sup>(62)</sup> Royo<sup>(14)</sup> y Armijos,<sup>(6)</sup> con adecuaciones al considerar el papel crucial del enfoque gerencial en el proceso de implementación de programas de salud.

La perspectiva gerencial admitida presupone monitorizar y mejorar la ejecución del programa, verificar las actividades realizadas –de acuerdo con el protocolo establecido– en los niveles de estructura, proceso y resultados. Incluye la evaluación de los recursos materiales y humanos, la cobertura y la calidad del servicio en las dimensiones aceptadas por las autoras: la calidad médica o profesional, vista como la atención óptima en salud dados los conocimientos biomédicos actuales; la calidad desde el punto de vista del paciente/usuario, valorada tanto por la forma en que se brinda el servicio, como por los resultados de esa atención, y la calidad gerencial que incorpora factores como el uso más apropiado de los recursos, tanto humanos como no humanos.

Por su finalidad, resulta una evaluación formativa en el proceso de implementación de un programa para explorar su factibilidad y mejorarlo por la vía de detección de problemas o insuficiencias. Es de seguimiento; de ahí que la recolección de información consiguiente sirva para la ejecución y adopción de decisiones.

La definición de los propósitos generales del procedimiento reviste una especial importancia, pues permite que las acciones de evaluación se orienten conforme las expectativas de quienes van a ser los usuarios principales de sus resultados; con ello, se asegura utilizar la información en la búsqueda de soluciones a los problemas encontrados.

Los propósitos de la evaluación de programas de salud bajo el enfoque propuesto son:

1. Evaluar el proceso de implementación de los programas de salud a partir de sus tres funciones gerenciales: gestión de operaciones, control de gestión, y desarrollo de competencias organizacionales y gerenciales.
2. Evaluar el desempeño en la implementación de los programas en el nivel de proceso como uno de los más adecuados para describir y comprender las prácticas gerenciales en beneficio del programa a evaluar, del público objetivo y de los implicados.
3. Determinar la calidad del programa, lo que incluye la calidad profesional, la calidad desde el punto de vista del paciente/acompañante y la calidad gerencial.

### **Etapas y pasos del procedimiento de evaluación de programas de salud en el proceso de implementación**

La evaluación de programas de salud requiere una organización cuidadosa de los aspectos que involucra su práctica. Se crea un equipo de trabajo conformado por:

- Un coordinador con experiencia en evaluación de programas de salud.
- Miembros de grupos de evaluación de programas de salud con experiencia precedente.
- Especialistas de las ciencias sociales del ámbito académico que funjan como expertos en los objetivos investigativos.

Se ha de identificar al personal que participará en las entrevistas y en las encuestas, entre otras técnicas y herramientas a emplear, en las diferentes áreas de atención del programa objeto de estudio.

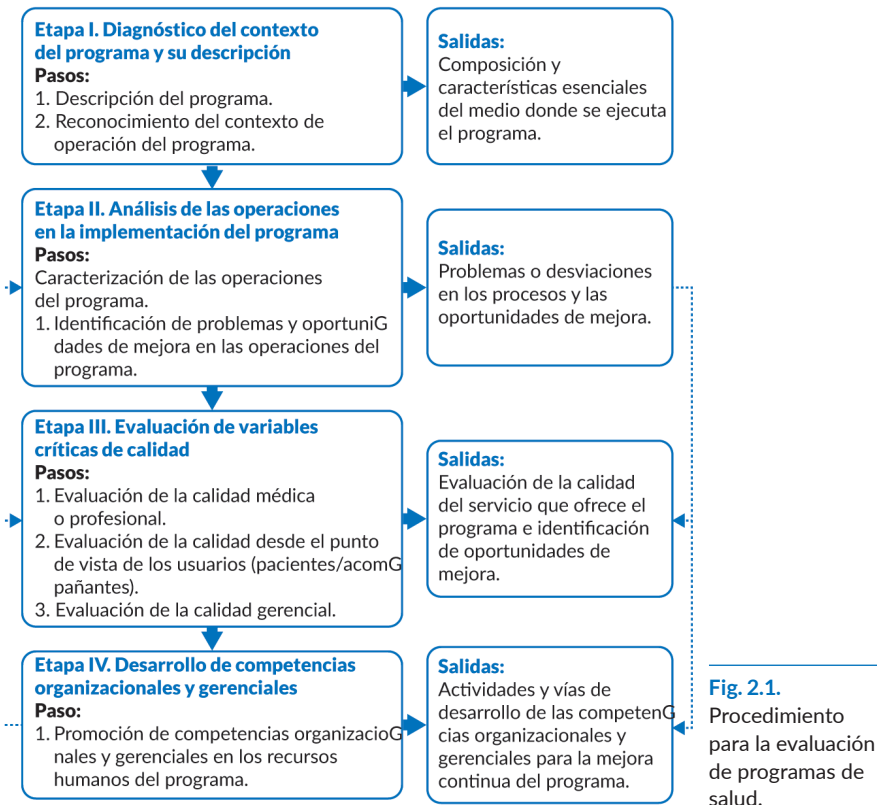
La implementación de actividades claramente definidas y asignadas a cada miembro del equipo será una premisa importante en la búsqueda de una mayor eficiencia y el logro de los objetivos de la evaluación.

Las actividades han de ser las siguientes:

- Visitar áreas de salud para establecer pautas de trabajo de campo (coordinador).
- Establecer el cronograma de trabajo investigativo (coordinador y miembros del equipo).

- Realizar diagnósticos según el procedimiento propuesto (coordinador y miembros del equipo).
- Aplicar instrumentos en las áreas de salud donde se implementa el programa (coordinador y miembros del equipo).
- Analizar e interpretar cuantitativa y cualitativamente los resultados obtenidos (coordinador y miembros del equipo).
- Elaborar los informes (coordinador y especialistas de las ciencias sociales).
- Intercambiar con los directivos del programa y los actores por área (coordinador y miembros del equipo).

En general, el proceso de evaluación de un programa se estructura en cuatro etapas con sus correspondientes pasos y salidas. En la figura 2.1 se muestra el procedimiento creado para la evaluación de programas de salud en el proceso de implementación.



**Fig. 2.1.** Procedimiento para la evaluación de programas de salud.

La secuencia de acciones del procedimiento incluye, para cada una de las etapas, pasos a seguir, objetivo, técnicas a emplear y orientaciones metodológicas. A continuación, se desarrolla cada uno de estos aspectos.

### *Etapas I. Diagnóstico del contexto del programa y su descripción*

El análisis de las operaciones debe seguir los pasos siguientes:

- Paso 1. Descripción del programa.
- Paso 2. Reconocimiento del contexto de operación del programa.

A continuación, se describe cada paso.

#### **Paso 1. Descripción del programa**

*Objetivo:* valorar el diseño del programa.

*Técnicas a emplear:* análisis de documentos y registros, entrevistas a coordinadores, funcionarios de las direcciones de salud y promotores del programa en los casos que corresponda. Constatado en Márquez,<sup>(41)</sup> Hernández-Sampieri y Mendoza,<sup>(63)</sup> Álvarez *et al.*<sup>(3)</sup>

La entrevista es de carácter cualitativo, íntimo, flexible y abierto. Se define como una reunión para intercambiar información entre una persona (entrevistador) y otra (entrevistado) u otras (entrevistados), según Hernández-Sampieri *et al.*<sup>(64)</sup> Las preguntas son abiertas y neutrales, pues pretenden obtener perspectivas, experiencias y opiniones detalladas de los participantes en su propio lenguaje.

#### *Orientaciones metodológicas*

La descripción del programa a evaluar es una de las actividades más delicadas. Constituye un acercamiento formal al objeto de estudio y, por tanto, al conocimiento en detalle de todos y cada uno de sus componentes; a partir de lo planeado por Fink y Kossekoff (citado por Cortázar)<sup>(41)</sup> y Álvarez *et al.*,<sup>(3)</sup> pero habida cuenta del papel crucial de la implementación según el enfoque planteado, se justifica en virtud de las consideraciones siguientes:

- Con frecuencia, los programas son ambiguos, poco claros y carentes de metas precisas y actividades, lo que dificulta su evaluación objetiva y su seguimiento.

- El desarrollo de un programa no solo conlleva la realización de actividades y la consecución de metas; también involucra resultados adicionales de trascendencia que no siempre son contemplados en su diseño.
- La implementación a veces no se ajusta a lo establecido en el diseño, o el diseño no ha previsto situaciones, factores o procesos que se deberá tener en cuenta en un esfuerzo de rediseño.
- Todo programa comprende la aplicación de recursos materiales y gastos de operación que deben ser analizados para alcanzar una mayor comprensión de sus resultados.

A lo anterior se ha de añadir tres consideraciones desde el contexto cubano, por su importancia para el estudio de los procesos operativos y la gestión de operaciones:

- El desarrollo de las prestaciones en los distintos niveles de atención constituye un imperativo necesario y permanente; por tanto, el componente evaluativo cobra extraordinaria actualidad. En Cuba se dispone de tres niveles según la complejidad de los servicios: primario (consultorios del médico y enfermera de la familia, policlínicos, centros de atención al paciente; en resumen, atención ambulatoria); secundario (hospitales); terciario (institutos por especialidades médicas).
- De un programa con excelencia de los servicios, palpable en la relación positiva equipo-paciente-familia, se valora, además, múltiples aspectos, entre los que se incluye hasta las condiciones estético-materiales del hospital, policlínico, centro comunitario de salud mental o consultorio, así como el desarrollo político, ideológico, cultural y científico-técnico de sus trabajadores, que no se podrá descuidar.
- Las actividades vinculadas a los procesos pueden entrar en contradicción con la satisfacción deseada: el flujo de las operaciones, tal como está diseñado, puede obligar a realizar aquellas que en realidad son desperdicios, pues no generan valor; la distribución y ubicación de especialidades e instituciones puede resultar contradictoria con la continuidad, y con un tipo de servicio donde el paciente se vea como un todo sistémico; los sistemas centrados en el control sustituyen al paciente como objetivo de la gerencia, y la centralización reduce la capacidad del prestador.

Como advierten Álvarez *et al.*,<sup>(3)</sup> la descripción del programa se realiza por el equipo de trabajo y debe contener, al menos, los siguientes elementos:

- Datos generales: denominación, ámbito de aplicación (debe incluir municipio, población, potencial, año, acumulado, porcentaje previsto de cumplimiento del programa), institución responsable, unidad a cargo del programa.
- Objetivos del programa.
- Recursos de operación y principales intervenciones previstas en correspondencia con los objetivos señalados.
- Indicadores, metas, resultados intermedios o de impacto. De ser posible, considerar efectos colaterales adicionales que se pueda esperar como consecuencia del programa de intervención o alguna de sus actividades.
- Financiamiento asignado al programa con calendario de aplicación y gastos previstos según conceptos.
- Descripción de los procesos y actividades asociados al programa.
- Evidencias documentales del programa.

Para la descripción del programa a evaluar se tiene en cuenta la adecuación de Álvarez *et al.*,<sup>(3)</sup> Cortázar,<sup>(1)</sup> Armijos;<sup>(6)</sup> Falcón *et al.*<sup>(16)</sup> y Carnota<sup>(17)</sup> según el diseño que se describe a continuación:

**Denominación del programa:**

Ámbito de aplicación: nacional\_\_\_\_o territorial\_\_\_\_

**Institución responsable:**

**Unidad a cargo del programa:**

**Resumen de antecedentes y problemática del programa:** se apoyará en la revisión de los informes de cumplimiento, las entrevistas a coordinadores, funcionarios de las direcciones de salud y promotores, en los casos que corresponda (anexo II).

El resumen se debe hacer atendiendo a las siguientes variables. En el análisis de su comportamiento se debe tener en cuenta los aspectos conceptuales referidos.

**Morbilidad:** refiere la cantidad de individuos considerados enfermos o que son víctimas de enfermedad en un espacio y tiempo

determinado. Es un dato estadístico importante para comprender la evolución o retroceso de la enfermedad estudiada, las razones de su surgimiento y las posibles soluciones.

**Mortalidad:** refiere la proporción de personas que, con una característica particular, mueren respecto al total de individuos que tienen esa característica (se puede considerar el indicador tasa de mortalidad asociado a una determinada enfermedad).

**Cobertura:** es el área geográfica cubierta por el programa como parte del sistema sanitario.

**Incidencia de la enfermedad:** se refiere al número de casos nuevos en una población y periodo determinados.

**Estrategia de promoción y prevención:** consiste en proporcionar a la población los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la dolencia, unido al conjunto de medidas necesarias para evitar su desarrollo. La asistencia incluye desde la atención primaria de salud hasta la especializada. Implica crear ambientes que favorezcan la salud, desarrollar habilidades personales, reforzar la acción comunitaria, reorientar el servicio de salud.

**Control de casos:** es un estudio epidemiológico, observacional, analítico, en el cual los sujetos son seleccionados en función de si tienen o no la enfermedad o, en general, un determinado efecto del tratamiento. Después de seleccionados los individuos en cada grupo, se investiga si estuvieron expuestos o no a una característica de interés y se compara la proporción de expuestos en el grupo de casos con la del grupo de control.

**Captación de pacientes:** se refiere al trabajo del personal de la salud vinculado al programa para detectar a tiempo pacientes que puedan recibir atención.

**Retos más importantes:** se debe identificar los retos que respondan a los objetivos del programa y lograr altos índices de cobertura y calidad a partir de la satisfacción de los beneficiarios, según sus necesidades y expectativas, respecto al tratamiento recibido.

Los retos pueden ser resultados a largo plazo que necesitan soluciones intermedias que permitan alcanzarlos. Por ejemplo, la

atención centrada en el paciente a partir de la experiencia, el compromiso, el empoderamiento y la participación de este, su familia y la comunidad en los procesos del programa.

Estas variables deben ajustarse a las características del programa a evaluar.

**Objetivos del programa:** el equipo de trabajo expone, a partir del análisis de documentos, los objetivos del programa. Se debe incluir un análisis de las dimensiones de temporalidad, ámbito geográfico, grupos de población y beneficiarios a quienes van dirigidas las acciones.

**Recursos de operación:** los recursos de operación están representados por información que el equipo de trabajo obtiene a partir del análisis de documentos rectores del programa, protocolos de actuación y visitas de campo a las áreas donde se implementa. Invariablemente, se tendrá en cuenta lo siguiente:

- Medicamentos de primera y segunda líneas adquiridos.
- Infraestructura para el diagnóstico e insumos.
- Personal contratado para la promoción y detección de casos en la comunidad.
- Registros estatales y valoraciones clínicas de casos para la aplicación de esquemas individuales de tratamiento.
- Asignaciones presupuestales para reforzar las acciones de rectoría, capacitación, supervisión operativa, adquisición de insumos médicos y de laboratorio necesarios para el programa y elaboración de materiales educativos para la comunidad.

### **Procesos y actividades del programa**

Los procesos constituyen acciones que transforman y aplican determinados recursos (financieros, materiales, tecnológicos, habilidades y conocimientos) para generar un servicio que, mediante estos, adquiere valor adicional. Son considerados también como un conjunto de actividades interrelacionadas entre sí que tienen un determinado objetivo.

Para verificar los procesos del programa, el equipo de trabajo debe seguir el orden siguiente:

1. Identificar los niveles de atención del programa (primario, secundario y terciario) establecidos por los ministerios u organismos centrales correspondientes en los organigramas y las rutas críticas de pacientes. El primero de ellos constituye una representación gráfica de la estructura del programa e incluye las estructuras departamentales o niveles de atención y, en algunos casos, las personas que los dirigen. Es un esquema de las relaciones jerárquicas y de competencias con carácter flexible y sistemático del personal de salud. El segundo es la secuencia óptima y guiada por tiempo de intervenciones realizadas por el personal del programa con vista a garantizar el servicio y el tratamiento al paciente en los distintos niveles de atención, según la especialidad médica.
2. Establecer, para los niveles de atención ya identificados, los procesos y subprocesos del programa. Para ello, se recomienda la metodología de gestión por procesos en servicios de salud elaborada por Silva<sup>63</sup> y valorada por las autoras como la tipología más adecuada a considerar en la evaluación de programas de salud.
3. Establecer la secuencia temporal de actividades para los procesos definidos, que se diseña en correspondencia con los ciclos evolutivos del paciente, el protocolo de actuación y los servicios asociados al programa. Se recomienda el uso de la metodología de Silva<sup>(63)</sup> adecuada al estudio de evaluación de programas en el proceso de implementación.

Esta información es relevante para poder identificar los elementos de mejora continua, como las competencias profesionales de los proveedores del servicio, los puestos operativos, la programación rutinaria, los mecanismos para generar compromiso con la labor, para retroalimentar el proceso operativo y superar sus fallas, y las actividades que permiten el desarrollo de capacidades.

**Indicadores y metas de resultados intermedios o de impacto declarados en el programa:** el equipo de trabajo consigna aquellos indicadores de medición reconocidos en el propio programa para

evaluar los resultados o impactos, e identifica limitaciones en cuanto a su diseño.

Esta información comprende:

### **Indicadores y metas del programa**

<b>Elementos</b>	<b>Características</b>
Indicador	Se debe incluir indicadores de morbilidad, mortalidad, cobertura u otros
Descripción del indicador	Se describe lo que mide el indicador
Observaciones	Se debe incluir el método de cálculo y la unidad de medida
Periodicidad	Trimestral, semestral, anual
Fuente	Se consigna la fuente de información para el cálculo del indicador
Metas	Se establece metas intermedias según el periodo de evaluación.

**Financiamiento del programa:** la importancia de conocer el financiamiento estriba en la necesidad de verificar la coherencia del gasto con las acciones realizadas; en consecuencia, el equipo de trabajo debe analizar el comportamiento de los siguientes indicadores a partir de la ejecución del presupuesto asignado al programa:

- Tipos de gastos por partidas y elementos.
- Presupuesto (plan, real, porcentaje de ejecución).

Se recomienda que en los informes anuales del programa se realice un análisis de cómo se comporta el financiamiento según las acciones ejecutadas

Una descripción adecuada del programa contribuirá al éxito de la evaluación, además de que facilitará la realización de las distintas etapas que involucra el proceso evaluativo y proporcionará información para la actualización en cuanto a diseño.

## Paso 2. Reconocimiento del contexto de operación del programa

*Objetivo:* examinar las características esenciales del medio donde se ejecuta el programa.

*Técnicas a emplear:* análisis de documentos y registros, entrevistas informales con pacientes (ver Anexo III) y visitas de campo. Así lo refieren Hernández-Sampieri *et al.*,<sup>(64)</sup> Álvarez *et al.*,<sup>(3)</sup> Artiles *et al.*<sup>(65)</sup>

### *Orientaciones metodológicas*

La orientación metodológica es una actividad relevante. Resulta de gran utilidad para el propio equipo de evaluación, pues brinda un acercamiento y diagnóstico general del programa que permite:

- Reconocer las políticas que lo sustentan y los problemas generales relacionados con su operación.
- Reconocer los aspectos relevantes que pueden incidir en el desarrollo de las acciones de evaluación.
- Verificar las posibles expectativas de los usuarios de la evaluación.

Valorar las capacidades de evaluación, los sistemas de información disponibles y la disposición del personal para colaborar en las acciones de evaluación.

El equipo de trabajo debe analizar los documentos del programa objeto de evaluación:

1. Informes semestrales y anuales de cumplimiento del programa.
2. Registros de pacientes de cada área de salud estudiada.
3. Base de datos del programa.
4. Evidencias de recursos físicos para afrontar el servicio.

El coordinador de la evaluación desarrolla entrevistas informales (ver anexo III) a pacientes del programa y formula preguntas abiertas en un ambiente flexible. El objetivo es reconocer las localidades, las características del personal, los usuarios de los servicios, las consultas que serán objeto de estudio y que permiten adentrarse en particularidades del programa. Debe mantener un papel activo y una reflexión permanente en el trabajo. Debe estar

atento a los detalles, sucesos, eventos e interacciones en las áreas de salud donde se evalúa el programa.

Los resultados abarcan:

- a) características de las localidades donde opera el programa.
- b) población general donde se implementa.
- c) servicios de salud que se ofrecen en la localidad.
- d) perfiles del personal de salud.
- e) usuarios de servicios.
- f) horarios de trabajo.
- g) vías de comunicación con los pacientes.
- h) acceso a los lugares donde opera el programa.

Una nueva descripción y análisis del medio donde se implementa el programa, en sus aspectos generales, se realizaría a causa de un perfeccionamiento en su diseño y en las políticas que lo respaldan.

Con la descripción del programa y el análisis del entorno se está en condiciones de introducir el análisis del proceso de implementación para el desarrollo de competencias en función de la mejora continua mediante el análisis de las operaciones y la evaluación de variables críticas de calidad.

### *Etapa II. Análisis de las operaciones en la implementación del programa*

El análisis de las operaciones debe seguir los pasos siguientes:

- Paso 1. Caracterización de las operaciones del programa.
- Paso 2. Identificación de problemas y oportunidades de mejora en las operaciones del programa.

A continuación, se describe cada paso.

#### **Paso 1. Caracterización de las operaciones del programa**

*Objetivo:* caracterizar los procesos y actividades en la implementación del programa.

*Técnicas a emplear:* se describen en la tabla 2.1.

**Tabla 2.1.** Técnicas a emplear para caracterizar las operaciones

Variable	Técnicas	Ítems	Dimensiones e indicadores
Recursos humanos y materiales	Análisis de documentos y registros		
Actividades programadas (rutinas)	Entrevista en profundidad a funcionarios a cargo del programa Encuestas a personal	1-4 5-8 9-12	Preguntas abiertas Diferencial semántico (escala bipolar) Diferencial semántico (escala bipolar)
Calidad de los procesos	Adecuación a partir de Armijos <sup>(6)</sup>	8 2	Indicadores de calidad: Brechas de servicios Cumplimiento de estándares

**Fuente:** Armijos, Hernández-Sampieri y Mendoza.

El análisis de las operaciones dista, pues, de ser un proceso simple o exclusivamente mecánico en el cual no hay espacio para la deliberación o la reflexión. De ahí la relevancia, en la evaluación de los programas de salud, de analizar las características de los procesos operativos debido a que son resultado de complejos momentos de interpretación, selección, acuerdo e institucionalización, según la posición teórica asumida.

### *Orientaciones metodológicas*

La caracterización de las operaciones de programas de salud debe tener en cuenta que estas son el conjunto de actividades que transforman y aplican determinados recursos (financieros, materiales, tecnológicos, habilidades y conocimientos) para generar servicios. Mediante este proceso, más complejo en programas de este tipo, las rutinas se convierten en elemento central de las operaciones, pues estandarizan las actividades de muchos individuos y grupos, se obtiene provecho de sus habilidades mediante la especialización y se hace posible predecir, en cierta medida, la cantidad y calidad de los servicios generados.

En consecuencia, el análisis de documentos y registros se realizará para verificar en los informes emitidos sobre el cumplimiento del programa, los elementos constitutivos del proceso operativo y la asignación y manejo de recursos utilizados para el logro de

los objetivos: financieros, materiales, tecnológicos, de información, habilidades y conocimientos.

La existencia de un vínculo influyente entre las rutinas en el campo de las operaciones y la estandarización de procesos en la implementación de programas, implica que la caracterización de sus operaciones tenga que considerar los procesos identificados en el paso 2.

Con el fin de profundizar en la caracterización de las operaciones relativas a la articulación de los elementos constitutivos del proceso operativo, se aplica a funcionarios a cargo del programa una entrevista en profundidad (anexo IV) referida a tres categorías básicas: estructura, desarrollo y contenidos. Formula preguntas dirigidas a ahondar en aspectos previamente identificados en el proceso de la investigación y requiere de un vínculo muy estrecho entre el investigador y el entrevistado. Contiene las interrogantes que aparecen en la tabla 2.2:

**Tabla 2.2.** Interrogantes referidas a la articulación de los elementos del proceso operativo

<b>Interrogantes</b>	<b>Elementos para su interpretación (recursos e interacciones)</b>
1. ¿Son suficientes los recursos humanos, financieros y materiales?	Recursos: financieros, materiales, tecnología, información, habilidades y conocimientos
2. ¿Se están ejecutando las actividades programadas en cuanto a integridad, contenido y destreza?	Integridad Contenido Destreza
3. ¿Se están ejecutando las actividades programadas en cuanto a oportunidad y continuidad?	Oportunidad Continuidad
4. ¿Hay una adecuada coordinación entre las distintas actividades?	Coordinación
5. ¿Hay una adecuada cooperación entre los actores involucrados en el proceso?	Cooperación
6. ¿Está garantizada la calidad de los procesos mediante el uso de protocolos, normas de buena práctica clínica y procedimientos estandarizados?	Protocolos (según el programa objeto de estudio)

**Fuente:** adaptado de Peters *et al.*

Para las interrogantes se utiliza la escala Likert, y el diferencial semántico (escala bipolar) para las preguntas 2, 3, 4 y 5, con una escala de 1 a 7, y se califica de igual manera que con la de Likert, pues se suma las puntuaciones respecto al par de adjetivos codificados.

En investigaciones como la presente, resulta necesaria la aplicación del escalamiento Likert, que es un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios para medir la reacción del sujeto en tres, cinco o siete categorías. A cada punto se le asigna un valor numérico. Así, con la suma de todas las puntuaciones por cada frase, el participante obtiene un total en relación con las afirmaciones.

En el procesamiento de las escalas Likert se califica el promedio resultante mediante la sencilla fórmula  $PT/NT$  (donde PT es la puntuación total en la escala y NT es el número de afirmaciones). También se puede utilizar el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS®) en cualquiera de sus versiones para el registro y análisis de los datos obtenidos.

El análisis de los indicadores de escala Likert y diferencial semántico se puede realizar utilizando los parámetros establecidos en la estadística descriptiva, en la cual se emplea la media como medida de tendencia central. Para la interpretación de los datos estadísticos descriptivos y la elaboración de las tablas de resultados, así como para el análisis de la media, se recomienda la tabla 2.3:

**Tabla 2.3.** Análisis de la media en la interpretación de la escala Likert

Media		
Rango	Intervalo	Categoría
5	$4,20 < \leq 5,00$	Muy alto nivel
4	$3,4 < \leq 4,20$	Alto nivel
3	$2,60 < \leq 3,40$	Moderado nivel
2	$1,80 < \leq 2,60$	Bajo nivel
1	$1,00 < \leq 1,80$	Muy bajo nivel

Fuente: Gómez, Santos y Castrillón.

En todos los cuestionarios de las encuestas de este procedimiento se debe determinar la fiabilidad o consistencia interna, cuyo objetivo es medir el grado en que los diferentes ítems del instrumento son coherentes entre sí y, además, que todas sus partes midan la característica deseada.

El análisis de la información se hará con el uso del Alpha de Cronbach como coeficiente que determina la consistencia interna de una escala, pues analiza la correlación media de una variable con todas las demás que integran la escala. Toma valores entre 0 y 1, y mientras mayor sea el resultado, mayor será la consistencia interna de los indicadores. Valores inferiores a 0,5 muestran un nivel de fiabilidad inaceptable; entre 0,5 y 0,6 se considera un nivel pobre; entre 0,6 y 0,7, nivel débil; entre 0,7 y 0,8, aceptable; entre 0,8 y 0,9, bueno; un valor superior es excelente, según Hair *et al.*<sup>(66)</sup>

Con el propósito de desarrollar la entrevista en profundidad, se concibe diferentes fases cuyo diseño se ha explicado en párrafos anteriores. Se realizará a directivos o funcionarios del programa en sus áreas de trabajo, con la presencia de un investigador que propondrá el contenido relativo a la calidad del programa de salud, y se desarrollará en unos 60 min, aunque el entrevistado podrá recibir el cuestionario con anterioridad por vía electrónica.

La selección de los informantes de la entrevista en profundidad es intencionada, semiestructurada e incluye una muestra de directivos del programa objeto de estudio. La pertinencia de su inclusión responde a que ocupan responsabilidades directas en el programa y poseen años de experiencia en el ámbito de dirección, como gestores, lo que les proporciona un profundo conocimiento del tema. El procedimiento consiste en:

1. Enviar un correo electrónico a los posibles participantes informándoles de las razones por las que habrían sido seleccionados para la entrevista.
2. Indagar acerca de la disponibilidad de las personas contactadas para realizar la entrevista. La participación en la investigación será absolutamente voluntaria.

3. La muestra quedará integrada por las personas que aceptaron la entrevista. Se consignará su nombre, área o departamento, categoría docente y científica, y la función académica o investigativa relacionada con el tema.

La encuesta entre los operarios, personal de salud vinculado a la implementación del programa, es un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios para medir su reacción en cinco categorías. A cada punto se le asigna un valor numérico. Así, el participante con la suma de todas las puntuaciones por cada frase obtiene un total en relación con sus afirmaciones. En este caso se trata de medir la actitud hacia las operaciones del programa.

La técnica mencionada está dirigida a caracterizar los procesos y actividades en la implementación del programa desde la experiencia práctica de los operarios; esto permite comparar la información obtenida de la entrevista en profundidad e identificar las brechas que se presentan en los servicios. En el Anexo V se propone el cuestionario correspondiente. Para sondear esta caracterización, además de la entrevista en profundidad y la encuesta a los operarios, se propone indicadores de calidad asociados a brechas del servicio y al cumplimiento de estándares y protocolos, lo que permite complementar el análisis de problemas y desviaciones en las operaciones.

En el anexo VI se presenta los indicadores y la información relativa al objetivo, la fórmula, el rango de comportamiento, la frecuencia de análisis y el proceso al que está asociado. Al concluir este paso, se tendrá información para detectar los problemas o desviaciones con respecto a la programación inicial de los procesos, e identificar oportunidades de mejora para la marcha del programa.

## **Paso 2. Identificación de problemas y oportunidades de mejora en las operaciones del programa**

*Objetivo:* detectar problemas o desviaciones respecto a la programación inicial de los procesos y las oportunidades de mejora.

*Técnica a emplear:* Grupo de enfoque mixto.

No es suficiente la existencia de problemas que, manifestándose durante la implementación de un programa, tengan solución en el marco de sus actividades. Se hace necesario identificar oportunidades de mejora como parte de una retroalimentación positiva que impulse nuevas maneras de hacer las cosas.

#### *Orientaciones metodológicas*

Se recomienda el empleo de la técnica de grupos de enfoque mixto, que consiste en reuniones de pequeños o medianos grupos (tres a diez personas) en las cuales los participantes conversan sobre uno o varios temas en un ambiente relajado e informal, bajo la conducción de un especialista en dinámicas grupales que estimula la interacción.

Se propone hasta siete participantes; el grupo estará conformado por representantes de los procesos finales y de apoyo. Los primeros contienen la gestión del usuario y los clínicos (atención abierta y cerrada); los segundos, administrativos, logísticos y clínicos (apoyo diagnóstico y terapéutico).

Por su carácter mixto debe incorporar a personal de la salud del programa, pacientes/acompañantes y directivos para poder determinar si está siendo ejecutado tal como fue diseñado, detectar problemas o desviaciones respecto a la programación inicial de los procesos e introducir sobre la marcha las medidas correctivas necesarias.

Para identificar los problemas o desviaciones respecto a la programación inicial de los procesos e introducir las medidas correctivas, se utilizan los parámetros siguientes:

- a) Recursos humanos y materiales (RHM).
- b) Integridad, contenido y destreza de las actividades programadas (ICDAP).
- c) Oportunidad y continuidad de las actividades programadas (OCDAP).
- d) Coordinación entre actividades programadas (CrAP).
- e) Cooperación entre actividades programadas (CpAP).
- f) Cumplimiento de los estándares (CE).

El análisis de los problemas y oportunidades de mejora en la articulación de los elementos constitutivos del proceso operativo se realiza como se indica en la tabla 2.4.

**Tabla 2.4.** Problemas y oportunidades de mejora.

Nombre del proceso	Problemas y oportunidades de mejora en la articulación de los elementos constitutivos del proceso operativo				
	RHM	ICDAP	OCDAP	CrAP	CpAP
<b>Procesos finales</b>					
Gestión de usuarios					
Clínico					
<b>Procesos de apoyo</b>					
Clínico					
Logístico					
Administrativo					

**Fuente:** adaptado de Silva.

El análisis e interpretación de los resultados permite identificar los problemas o desviaciones en los procesos y las oportunidades que se puede aprovechar en cada uno de ellos. De esta forma, se aporta elementos para la evaluación de las variables críticas de calidad y la determinación de competencias organizacionales y gerenciales a desarrollar, ejecutadas por el equipo de trabajo como parte de la última etapa del procedimiento propuesto.

### *Etapa III. Evaluación de variables críticas de calidad*

La evaluación de variables críticas de calidad debe realizarse según los pasos siguientes:

- Paso 1. Evaluación de la calidad médica o profesional.
- Paso 2. Evaluación de la calidad desde el punto de vista de los usuarios (pacientes/acompañantes).
- Paso 3. Evaluación de la calidad gerencial.

El vínculo entre la gestión operativa y el control de gestión en la implementación de programas de salud presupone que los directivos no solo monitorean los resultados de las operaciones y corrigen las desviaciones respecto a los estándares establecidos. El procedimiento introduce la necesidad de interpretar información sobre determinadas variables críticas de desempeño y lograr así una retroalimentación positiva que impulse a los miembros de la organización a aprender nuevas maneras de hacer las cosas.

En lo que respecta a la presente investigación, se prevé que en la evaluación de programas de salud se emplee variables críticas de calidad, las cuales no se centran solo en las características de los servicios prestados, sino también en la mejora continua de los procesos operativos que los generan.

Al establecerse variables críticas de calidad, es posible para el programa identificar situaciones en las cuales los servicios no satisfagan las expectativas, lo cual activa el mecanismo de retroalimentación negativa, propio del control diagnóstico, pero se da un paso superior para que el control que se ejerza por los directivos se dirija a prevenir las fallas, más que en corregir errores ya cometidos.

De ahí que las variables a considerar en la evaluación de un programa de salud en el proceso de implementación sean la calidad médica o profesional, desde el punto de vista del paciente/usuario, y la gerencial. Para proceder a la evaluación de la calidad se aporta un conjunto de factores que representan las variables del desempeño del programa y que constituyen la base para el diseño de las encuestas y sus respectivos cuestionarios. Las tres variables mencionadas se reflejan en la tabla 2.5.

**Tabla 2.5.** Factores a considerar por variables de la evaluación de la calidad

Factores	Variables de desempeño
Calidad médica o profesional en los procesos de atención	¿Es el servicio o tratamiento que se brinda el mejor disponible en el sentido técnico? ¿Cuál es esa evidencia? ¿El servicio incluye las medidas de protección y promoción de la salud, así como las de prevención de la enfermedad? <span style="float: right;">Efectividad</span>
	¿Cuán humana y consideradamente es ofrecido ese tratamiento? ¿Qué piensan los pacientes de él? ¿Qué pensaría un observador calificado? ¿Cuál es el contexto en que se brinda el servicio? ¿Se resguarda la confidencialidad y la privacidad? <span style="float: right;">Aceptabilidad</span>
	¿Se maximiza el servicio para un insumo dado o, de manera inversa, se minimiza el insumo para un nivel dado de servicio? <span style="float: right;">Eficiencia</span>

Calidad médica o profesional en los procesos de atención	<p>¿Puede la población obtener este tratamiento o servicio cuando lo necesita?</p> <p>¿Hay barreras identificables en los servicios (distancia, falta de capacidad de pago, tiempos de espera)?, o de plano, ¿hay una escasez de la oferta de servicios?</p>	Acceso
	<p>¿Los pacientes son tratados de manera justa en relación con otros?</p> <p>¿Hay fallas identificables en equidad (por grupo socioeconómico, según nivel de ingreso, grupo étnico, sexo, condición geográfica)?</p> <p>¿Las condiciones del ambiente y el comportamiento de los individuos hacen que ciertos grupos presenten mayores riesgos de salud que otros?</p> <p>¿Se aborda al paciente teniendo en cuenta todos los aspectos que afecten su entorno: componente biológico, psicológico, ambiental, cultural, económico, social?</p>	Equidad y riesgos
	<p>¿Son el patrón general de la atención y el balance de los servicios los mejores que se pudo lograr, teniendo en cuenta las necesidades y los deseos de la población como un todo?</p>	Pertinencia
	<p>¿Se logra el mantenimiento de una relación entre episodios sucesivos de atención?</p>	Continuidad
Calidad desde el punto de vista del paciente/usuario	<p>¿Cómo se comportan los siguientes aspectos de la asistencia prestada por el médico: tiempo que pasa con el paciente, calidad global de la asistencia (oportunidad, accesibilidad, precisión y continuidad), competencia del médico (habilidades y conocimientos), cortesía, interés y empatía?</p> <p>¿Cuál es el grado de satisfacción del paciente en relación con los diferentes aspectos de su asistencia sanitaria?</p>	Utilización de los servicios Satisfacción de las necesidades
Calidad gerencial: grado en que el servicio tiene calidad para satisfacer necesidades y expectativas de los usuarios	<p>¿Se ha contribuido significativamente a resolver el problema que dio origen al programa? ¿Los receptores de los bienes y servicios que genera el programa han resultado realmente beneficiados?</p> <p>¿Los beneficios recibidos por los participantes son los que se había propuesto lograr el programa, o son otros no previstos? ¿Los beneficios están llegando a la población que se pretende atender?</p> <p>¿Los usuarios del programa están satisfechos con los bienes y servicios recibidos? ¿Los beneficiarios han experimentado un mejoramiento significativo en su condición-problema inicial, como consecuencia de su participación en el programa?</p>	Eficacia

**Fuente:** adaptación de los aportes de Donabedian, Peters *et al.* y Rojas.

Tras una necesaria presentación del sustento teórico de esta etapa, se requiere precisar que para la evaluación de la calidad son imprescindibles las áreas de estudio y los procesos, el nivel de atención en salud, la población y muestra. Se tiene en cuenta el universo de población que recibe el servicio en la totalidad de las áreas identificadas a propósito del estudio.

La población debe comprender pacientes que aparezcan en el registro de asistencia de las consultas del programa en el nivel de atención que se investigue y en un periodo de tiempo y lugar determinados. La muestra no probabilística debe incluir una representación o la totalidad de esa población, en correspondencia con los objetivos que persiga el equipo de trabajo. Esta información tiene en cuenta al personal de salud perteneciente al programa y a los directivos.

Los criterios de inclusión responden a: personal de salud perteneciente al programa, pacientes atendidos en un periodo determinado, acompañantes de los pacientes a la consulta, personal administrativo del programa o asociado a este por diferentes vías. Se excluye a los pacientes inestables en la asistencia a los procesos y actividades del programa y a los trabajadores que, por sus tareas, no participan directamente en la atención sanitaria a los pacientes del programa. También queda excluido el personal que cause baja del programa durante la realización del estudio o declare voluntariamente abandonar la investigación, así como pacientes que abandonen el programa.

A continuación, se muestra los pasos de esta etapa en su desarrollo.

### **Paso 1. Evaluación de la calidad médica o profesional**

*Objetivo:* Evaluar en qué medida el profesional responde a los principios éticos y a las necesidades y expectativas de pacientes/acompañantes con un servicio cabal.

*Técnicas a emplear:* descritas en la tabla 2.6.

**Tabla 2.6.** Técnicas a emplear.

Variable	Técnicas	Ítems	Indicadores y preguntas
Calidad médica o profesional	Análisis de documentos y registros		Informes de cumplimiento del programa u otros materiales
	Encuesta a personal de salud	14	
	Entrevistas informales con pacientes	4	Preguntas abiertas

**Fuente:** Márquez; Galindo y Hernández-Sampieri.

### *Orientaciones metodológicas*

Con el análisis de documentos como los informes de cumplimiento del programa y otros materiales, se explora el grado de profesionalidad de los especialistas y el personal de la salud asociado al programa, su productividad, superación, así como la aplicación de normas o protocolos en la atención al paciente.

La encuesta contiene un cuestionario con preguntas abiertas para el personal de salud inmerso en el programa (anexo VII) y se elabora a partir de los factores reconocidos en el cuadro 4. Se utiliza la escala Likert de uno a cinco, en la cual uno es el nivel más bajo y cinco es el más alto, de acuerdo con la variable de desempeño analizada. Las autoras elaboraron el anexo a partir de tesis doctorales en el campo de la salud de Márquez<sup>(41)</sup> y Galindo.<sup>(44)</sup>

Las entrevistas informales (anexo VIII) se sostienen con un número representativo de pacientes del programa de forma aleatoria para registrar sus opiniones con respecto a la calidad profesional del servicio. Finalmente, la calidad profesional se evalúa por el equipo comparando el resultado de las tres técnicas empleadas.

## Paso 2. Evaluación de la calidad desde el punto de vista de los usuarios (pacientes/acompañantes)

*Objetivos:*

1. Establecer las brechas entre las expectativas y el desempeño en la percepción de los pacientes/acompañantes.
2. Determinar la satisfacción o insatisfacción de los pacientes/acompañantes.

*Técnicas a emplear:* descritas en la tabla 2.7.

**Tabla 2.7.** Técnicas a emplear

Variable	Técnicas	Ítems	Dimensiones e indicadores
Calidad del servicio	Encuesta a pacientes/acompañantes sobre expectativas y satisfacción	1-20	Tangibles, fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía <b>Escala Likert, expectativas:</b> (1) Nada importante, (2) Poco importante, (3) Neutral, (4) Importante, (5) Muy importante. <b>Escala Likert, satisfacción:</b> (1) Mucho menor de lo esperado, (2) Menor de lo esperado, (3) Lo que esperaba, (4) Mayor de lo esperado, (5) Mucho mayor de lo esperado
	Indicadores de calidad	8	Indicadores de satisfacción

**Fuentes:** Cabello y Chirinos; De La Hoz; Príncipe y Santiago.

### *Orientaciones metodológicas*

Desde la perspectiva de su utilización, se mide el grado de satisfacción del paciente/acompañante en relación con los diferentes aspectos de la calidad del servicio de salud. Para ello se debe considerar el modelo SERVQUAL aplicado por De La Hoz,<sup>(67)</sup> Loza,<sup>(68)</sup> Príncipe y Santiago,<sup>(69)</sup> consistente en un cuestionario para evaluar la calidad percibida por los usuarios, así como sus expectativas.

El cuestionario (anexo IX) se aplica a una muestra no probabilística de pacientes/acompañantes en las propias consultas. Se basa en cinco dimensiones asumidas del modelo SERVQUAL: tangibles,

confiabilidad o fiabilidad, responsabilidad o capacidad de respuesta, seguridad y empatía. El contenido de cada una de ellas se presenta en la tabla 2.8.

**Tabla 2.8.** Dimensiones del modelo SERVQUAL adaptadas al contexto de programas de salud

Dimensión	Significado
Tangibles	Instalaciones físicas, equipos, apariencia del personal y material de comunicación. Se ha señalado como uno de los factores más importantes en la industria de servicios, relacionado con el concepto de calidad
Fiabilidad	Reconocida también en la literatura como fiabilidad, se refiere a la capacidad de realizar el servicio de forma fiable y precisa. La satisfacción de los consumidores será alta cuando los proveedores de servicios sean capaces de mostrar su integridad, cuando los consumidores tengan confianza en el desempeño del proveedor de servicios
Capacidad de respuesta o responsabilidad	Voluntad del proveedor de servicios de ayudar a los clientes y proporcionar servicios rápidos
Seguridad	Conocimiento de los empleados, cortesía y capacidad para transmitir confianza y seguridad. La literatura también evidencia una relación positiva entre la seguridad y la satisfacción de los beneficiarios
Empatía	Cuidados y atención personalizada que se brinda a los pacientes/acompañantes

**Fuente:** adaptación de De La Hoz, y Príncipe y Santiago.

El cuestionario se emplea para evaluar la satisfacción de los pacientes y su propósito es mostrar el grado de discrepancia entre las expectativas de los pacientes/acompañantes respecto al servicio y sus percepciones acerca del desempeño ofrecido. En este sentido, la calidad es el resultado de comparar las expectativas con las percepciones sobre el desempeño del servicio, y se analiza:

- Calidad del servicio: si las expectativas exceden las percepciones, la calidad del servicio se considera baja. Si las percepciones se ajustan o exceden a las expectativas, la calidad del servicio

es satisfactoria o superior. Esta evaluación se conoce como la “teoría de la disconfirmación de las expectativas”, según De La Hoz.<sup>(67)</sup>

- Satisfacción: Si los resultados son inferiores a las expectativas, el cliente queda insatisfecho. Si los resultados están a la altura de las expectativas, el cliente queda satisfecho. Si los resultados superan las expectativas, el cliente queda muy satisfecho.

Este paso se concluye con el análisis del comportamiento de indicadores de calidad y satisfacción adaptados de Armijos<sup>(6)</sup> (anexo X) con el propósito de complementar la evaluación de la calidad del servicio. Terminado el análisis e interpretación de resultados, el equipo de trabajo alcanzará conclusiones sobre si es eficaz o no la interacción o contacto con el paciente/acompañante, si se realiza con o sin calidad el servicio asociado al programa, así como los elementos que determinan la satisfacción o insatisfacción de los usuarios, y los aspectos a priorizar para la mejora del programa.

### **Paso 3. Evaluación de la calidad gerencial**

*Objetivo:* determinar la diferencia entre la calidad del servicio desde la perspectiva paciente/acompañante y la eficacia gerencial.

*Técnicas a emplear:* se describen en la tabla 2.9.

**Tabla 2.9.** Técnicas a emplear en la evaluación de la calidad gerencial

Variable	Técnicas	Ítems	Dimensiones
Eficacia del programa	Entrevista	1-6	Preguntas abiertas
	Encuesta	7-27	Escala Likert de 1 a 5, desempeño del servicio: Totalmente en desacuerdo-Totalmente de acuerdo
	Triangulación de información		Desempeño del servicio, interrogantes, calidad gerencial, impactos del programa

**Fuente:** De la Hoz.

### *Orientaciones metodológicas*

Evaluar la calidad gerencial de los directivos o coordinadores de programas implica conocer en qué grado los servicios tienen las cualidades necesarias para satisfacer las necesidades y expectativas de los pacientes/usuarios, por lo cual es central prestar atención a sus experiencias.

Para cumplir los objetivos de este paso, se aplica una entrevista (anexo XI) al coordinador(es) basada en los factores de evaluación de calidad (cuadro 4), cuyos resultados serán complementados mediante la encuesta (anexo IX) en la parte correspondiente a la percepción. Su propósito es establecer la diferencia entre la calidad del servicio desde la perspectiva del paciente/acompañante, y la eficacia gerencial a partir de la experiencia de los directivos sobre el desempeño del servicio.

El resultado permite evaluar la calidad gerencial con los puntajes de diferencia, es decir, sobre la base de la diferencia entre los ítems que evalúan la percepción de los pacientes sobre la calidad, y la percepción de los directivos del desempeño del servicio que ofrece el programa.

Con los resultados de la entrevista y la encuesta se da paso a la triangulación de datos mediante la utilización de diferentes fuentes y métodos de recolección de información para identificar oportunidades de mejora, entre ellas:

- a) Comportamiento de indicadores de evaluación del impacto o resultados del programa si se contara con esa información como resultado de evaluaciones precedentes.
- b) Resultados de la evaluación de la calidad desde la perspectiva paciente/usuario, información del paso dos, etapa tres (discrepancia entre calidad percibida y desempeño del servicio).
- c) Resultados de la entrevista.

Para ello se triangulará la información de las preguntas de la entrevista, el comportamiento de indicadores de impacto y la discrepancia entre calidad percibida y desempeño del servicio, según la experiencia de los directivos (anexo XI) como vía para facilitar la triangulación (tabla 2.10).

**Tabla 2.10.** Triangulación de la información entre preguntas de calidad gerencial, indicadores de impacto y resultados de la evaluación de variables críticas de calidad

Preguntas de calidad gerencial	Comportamiento de indicadores de impacto	Discrepancia entre calidad percibida y desempeño del servicio
¿Se ha contribuido significativamente a resolver el problema que dio origen al programa?		
¿Los receptores de los bienes y servicios que genera el programa han resultado realmente beneficiados?		
¿Los beneficios recibidos por los participantes son los que se había propuesto lograr el programa o son otros no previstos?		
¿Los beneficios están llegando a la población que se pretende atender?		
¿Los beneficiarios han experimentado un mejoramiento significativo en su condición-problema inicial, como consecuencia de su participación en el programa?		

**Fuente:** adaptado de Peters *et al.*

Al finalizar la etapa, el equipo de trabajo interpreta los resultados con el propósito de corroborar si el servicio tiene las cualidades necesarias para satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios y, de forma simultánea, identificar las oportunidades de mejora que sirvan de base para concebir actividades que permitan desarrollar las competencias organizacionales y gerenciales.

El análisis de las operaciones en la implementación de programas y la evaluación de las variables críticas de calidad como etapas del procedimiento, deben realizarse una vez ejecutada la evaluación de sus impactos de acuerdo con las premisas y criterios concebidos para este tipo de evaluación. No obstante, los directivos deben trabajar en el diseño e introducción de indicadores para la

evaluación de la calidad del servicio con una frecuencia mensual, trimestral, semestral y anual, en correspondencia con las propuestas realizadas.

#### *Etapa IV. Desarrollo de competencias organizacionales y gerenciales en la implementación del programa*

Recurrir a los aportes del pensamiento gerencial, como en este procedimiento, es una vía para responder a las necesidades y expectativas de los usuarios. También permite lograr la mejora continua mediante la identificación de actividades de gestión operativa y de control de gestión que puedan contribuir sustancialmente a la generación de competencias organizacionales y gerenciales como función transversal en la implementación de programas de salud.

Consecuentemente, la evaluación de programas de salud en el proceso de implementación, bajo el enfoque propuesto, representa una vía para identificar oportunidades de aprendizaje, así como implantar, nutrir y fortalecer aquellas actividades que desarrollen las competencias.

Atendiendo a esto, se propone un paso con dos momentos.

#### **Paso 1. Promoción de competencias organizacionales y gerenciales en los recursos humanos del programa**

*Objetivo:* identificar las actividades creadoras y difusoras de conocimiento que permitan desarrollar competencias organizacionales y gerenciales.

Para facilitar el análisis, se definen dos momentos: el primero, dirigido al desarrollo de competencias organizacionales y el segundo, a las gerenciales.

Derivan en dos perspectivas:

- a) Desarrollo de competencias organizacionales.
- b) Desarrollo de competencias gerenciales.

A continuación, se describen las dos perspectivas:

- a) Desarrollo de competencias organizacionales.

*Técnicas a emplear:* se describen en la tabla 2.11.

**Tabla 2.11.** Técnicas a emplear en la promoción de competencias organizacionales y gerenciales

Variable	Técnica	Dimensiones
Desarrollo de competencias organizacionales y gerenciales	Análisis de datos. Trabajo en equipo	<b>Dimensiones de las competencias organizacionales:</b> Habilidades individuales, sistemas técnicos y gerenciales, y valores <b>Dimensiones de las competencias gerenciales:</b> Análisis de situación de la salud, vigilancia y control de riesgos, promoción de la salud y participación social, planificación, regulación y control, equidad en el acceso y calidad en los servicios individuales y colectivos

Fuente: Leonard-Barton; Suárez *et al.*

### Orientaciones metodológicas

En este punto, y de acuerdo con Leonard-Barton,<sup>(26)</sup> se identifica las actividades creadoras y difusoras de conocimiento que permitirán desarrollar competencias organizacionales para el buen desempeño de las funciones operativas y de control del programa ante los prestatarios del servicio con responsabilidades, así como sus directivos. La interrelación entre las competencias organizacionales y las posibilidades de su desarrollo ocurre mediante actividades del propio proceso de implementación del programa.

En el anexo XII se ofrece una explicación del contenido de las competencias organizacionales adaptadas a programas de salud en el contexto cubano.

Gracias al empleo de técnicas grupales y a raíz de los resultados de las etapas dos y tres, el equipo de trabajo está en condiciones de identificar las actividades creadoras y difusoras de conocimiento, necesarias para desarrollar las competencias organizacionales vinculadas a los sistemas técnicos (ST), conocimientos y habilidades (CH), sistemas gerenciales (SG) y valores (V).

Para este análisis se debe partir de los resultados de los pasos anteriores sobre dificultades propiamente operativas y sus efectos. Posteriormente, se hace necesario reconocer las actividades a desarrollar en la implementación de un programa de salud durante sus rutinas:

- La resolución compartida de problemas: se realiza entre el personal, que posee diversas habilidades y conocimientos, lo cual no solo permite arribar a soluciones útiles como respuesta a dificultades presentes en los servicios, sino que genera nuevas habilidades para enfrentar nacientes problemas.
- La experimentación: se proyecta al futuro, permite buscar soluciones a posibles problemas importantes o aprovecha situaciones que parecen encerrar oportunidades valiosas, como potenciar el servicio al paciente/usuario u otro aspecto del programa. Puede realizarse mediante la “experimentación natural” (cuando nuevas tecnologías, técnicas o productos son adoptados simultáneamente en varias instancias o esferas de aplicación del programa) o mediante “pilotos” (por ejemplo, la innovación se introduce de manera controlada en un área de salud para luego ser extendida al conjunto de la organización).
- La implementación: es una actividad que bajo determinadas condiciones del programa puede promover el desarrollo de capacidades mediante el ejercicio iterativo de las rutinas operativas del personal del servicio. Se puede realizar correcciones si es que han provocado resultados no deseados; se expande en su aplicación si es que se considera que abren nuevas oportunidades valiosas, o se fuerza la actividad si es que se cree que no llegan a provocar los resultados esperados.
- Importar conocimientos: se acude a esta solución cuando el personal que ofrece el servicio no posee el impulso o los conocimientos suficientes para innovar y desarrollar nuevas capacidades. En este caso es necesario adquirirlos mediante la experiencia de otras organizaciones o programas; suele activarse a partir de la toma de conciencia de las debilidades existentes en la marcha del programa, como resultado de la actividad de control.

El resultado de este paso se expondrá como se sugiere en la tabla 2.12. El desarrollo de capacidades puede ocurrir mediante las actividades gerenciales en el proceso de implementación de un programa: gestión operativa y control de gestión.

**Tabla 2.12.** Actividades para el desarrollo de competencias organizacionales de la gestión operativa en la implementación del programa de salud

Actividades	Vías para desarrollar capacidades	Competencia organizacional a la que tributa la actividad			
		ST	HI	SG	V
Actividad 1					
Actividad 2					
Actividad n					

En consecuencia, se propone considerar las actividades centrales del programa como aquellas que sean vitales e insustituibles para el cumplimiento de sus objetivos; es decir, las que influyan directamente en las características que los pacientes/usuarios consideran más valiosas en los servicios ofrecidos, las que permitan sacar amplio provecho de las oportunidades para la creación de valor público, y las imprescindibles, que resultaría muy difícil volver a generar si se perdieran o deterioraran seriamente.

b) Desarrollo de competencias gerenciales.

*Técnicas a emplear:* las mismas que se describen para la perspectiva a) (véase la tabla 2.11).

#### *Orientaciones metodológicas*

En consonancia con las ideas referidas, el equipo de trabajo identifica las actividades creadoras y difusoras de conocimiento que permitan desarrollar las competencias gerenciales para programas de salud: análisis de la situación de salud (AS), vigilancia y control de riesgos (VC), promoción de la salud y participación social (PS), planificación, regulación y control (PRC), equidad en el acceso y calidad en los servicios individuales y colectivos (EC), como proponen Suárez *et al.*<sup>22</sup> Incluye varias vías y aunque se utilice la misma técnica, cambia el objeto de análisis para implementar las actividades correspondientes.

Por esta razón, se propone actividades no solo para superar el comportamiento de las competencias gerenciales de los directivos

del programa, sino para mantener las capacidades organizacionales. En la tabla 2.13 se refleja cómo realizar la identificación:

**Tabla 2.13.** Actividades para el desarrollo de competencias gerenciales

Actividades	Vías para desarrollar competencias	Competencia gerencial a la que tributa la actividad				
		AS	VC	PS	PRC	EC
Actividad 1						
Actividad 2						
Actividad n						

El trabajo grupal concluye con la identificación de actividades no solo para mejorar las competencias gerenciales de los directivos del programa, sino para mantener y desarrollar las capacidades organizacionales, las que deben contribuir a:

- Promover el sentido de pertenencia o la responsabilidad, tanto de los encargados de la implementación, como del personal implicado en el programa, y contribuir así a su fortalecimiento.
- Priorizar la formación y preparación constantes de los directivos.
- Generar procesos de enseñanza y aprendizaje de forma permanente en el colectivo.
- Generalizar, entre los actores del programa, una cultura gerencial con el apoyo y la orientación de académicos especializados, e influir así tanto en la concepción y operación de las estrategias de implementación, como en el modo en que el servicio es organizado, prestado y asegurado, con vistas a su sostenibilidad.
- Practicar procesos de mejoramiento cualitativo continuo, así como propiciar que todos asuman sus compromisos e innoven en las actividades diarias del servicio.

Al concluir esta etapa del procedimiento de evaluación, se está en condiciones de ejecutar las actividades, lo cual se debe hacer paulatinamente y en correspondencia con las prioridades establecidas por los directivos, las vías para el desarrollo de competencias y la complejidad de estas. Cerrado el ciclo en cuanto al

reconocimiento del buen desempeño de las funciones operativas de los directivos del programa y de la calidad del servicio, se estaría en condiciones de volver a las etapas II y III, en correspondencia con la evaluación de impacto del programa.

## **Consideraciones finales**

Al sustentarse en las tres funciones gerenciales (gestión de operaciones, control de gestión, y desarrollo de competencias organizacionales y gerenciales), el procedimiento para la evaluación de programas de salud en el proceso de implementación permite el análisis del vínculo entre las rutinas en el campo de las operaciones y la estandarización de procesos.

El uso y evaluación de las variables críticas de calidad propicia la relación entre la gestión operativa y el control de gestión, y garantiza que los directivos no solo monitoreen los resultados de las operaciones y corrijan las desviaciones respecto a los estándares establecidos, sino que logren una retroalimentación positiva al obtener información sobre el grado en que los servicios tienen las cualidades necesarias para satisfacer las necesidades y expectativas de los pacientes/usuarios.

La aplicación del procedimiento aporta una herramienta metodológica para directivos e investigadores. Su propósito es la mejora continua. Es una vía para responder a las necesidades y expectativas de los usuarios mediante la identificación de oportunidades de aprendizaje e implantar, nutrir y fortalecer las actividades que puedan contribuir sustancialmente a la generación de competencias organizacionales y gerenciales como función transversal en el proceso de gerencia en la implementación de programas de salud.

## CAPÍTULO 3

---

# Experiencia investigativa en un contexto específico de la atención primaria de salud

## Evaluación de impacto social del Programa de atención integral al paciente con úlcera de pie diabético con Heberprot-P® (2015-2019)

La evaluación del impacto social del Programa de atención integral al paciente con úlcera de pie diabético con Heberprot-P® se realizó entre 2015 y 2019. La llevó adelante especialistas de la Universidad de Ciencias Médicas y el Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología, ambos de Camagüey, quienes integraron el proyecto científico-técnico de igual nombre perteneciente al Centro de Desarrollo de las Ciencias Sociales y Humanísticas en Salud del alto centro docente. Este equipo de trabajo se enriqueció con el desarrollo de la tesis doctoral dedicada a la evaluación de programas en implementación con enfoque gerencial, cuyas autoras aparecen en el Anexo XIII.

Antes de presentar resultados, es necesario apuntar que la biotecnología cubana aporta al sector de la salud diversos productos: biofármacos, diagnosticadores, medicamentos, vacunas terapéuticas y preventivas, entre otros. El Heberprot-P®, en particular, se distingue por constituir el único medicamento disponible en el mercado mundial para el tratamiento de las úlceras severas del pie diabético y, con su utilización, haber permitido disminuir significativamente las amputaciones por esta causa. La literatura científica consultada refiere la valía del producto y la necesidad de emprender estudios de enfoque social que evidencien cómo se comporta el tratamiento con este producto en los diferentes niveles de atención.

---

El Programa de atención integral al paciente con úlcera de pie diabético mediante el uso del Heberprot-P® forma parte de los objetivos del sistema nacional de salud en todos los niveles de la atención médica a la población cubana.

El trabajo investigativo de diagnóstico para definir el problema científico arrojó la necesidad de determinar el impacto social del Heberprot-P® en la calidad de vida del paciente, analizado en el ámbito territorial, específicamente en el nivel primario de la asistencia médica. La investigación se basó en la literatura científica acerca de estudios clínicos dirigidos a establecer el valor del tratamiento con el fármaco, sus perspectivas sociales relacionadas con la práctica médica habitual, y los criterios acerca de las debilidades y fortalezas del programa, aportados por sus promotores y participantes.

La evaluación trató asuntos vinculados con las metas actuales del sistema nacional de salud, relativas a mejorar la calidad de los servicios, su accesibilidad y equidad, así como el nivel académico de sus profesionales para mantener los indicadores de la salud pública en un contexto de crisis económica, social y ambiental. Por esta razón, la investigación se sitúa en el componente de desarrollo estratégico más importante dirigido a los servicios médicos.

La introducción del Heberprot-P® ha propiciado la reducción significativa del índice de amputaciones y discapacidad. Es un fármaco desarrollado en Cuba, novedoso y único de su tipo para la terapia de úlceras en pies diabéticos. Los estudios clínicos han permitido comprobar su eficacia y seguridad, lo cual requiere ser enriquecido con las evidencias del impacto social de su uso en la práctica médica habitual desde un enfoque humanista:

Es que la puesta del conocimiento científico al servicio del hombre también pasa por el filtro de ese pensamiento, por el entendimiento de un humanismo capaz de dirigir el saber y su aplicación no a saciar las exigencias del mercado, cada vez más voraz y descontrolado, sino a satisfacer las necesidades esenciales del hombre, sean materiales o espirituales.<sup>(70)</sup>

## **Universo de estudio y muestra**

A continuación, se detalla lo relativo al universo de la investigación y la muestra estudiada.

*Período y sitios clínicos.* Se desarrolló desde enero de 2015 hasta diciembre de 2019 en las nueve áreas de salud del municipio Camagüey, constituidas por ocho policlínicos comunitarios y uno

docente. El monitoreo se realizó de forma paulatina en diferentes momentos: en 2016 se intervino en el policlínico Julio Antonio Mella; en 2017, en el policlínico Tula Aguilera; en 2018, en los policlínicos Carlos J. Finlay, Rodolfo Ramírez Esquivel y Joaquín de Agüero; en 2019, en las áreas José Martí, Previsora, Ignacio Agramonte y Este.

*Universo.* El universo de la muestra estuvo constituido por todos los pacientes <sup>(321)</sup> que ingresaron a los servicios en el año en que se realizó el monitoreo, y el personal de salud de los servicios de atención al paciente con úlcera del pie diabético en los policlínicos: 54 personas, incluidos especialistas en Angiología y Cirugía Vascular y personal de enfermería, podología, nutrición, psicología y farmacia.

La muestra estuvo conformada por el total de pacientes y personal de salud, quienes dieron su consentimiento y fueron encuestados en cada una de las áreas: 139 pacientes (40,2 %) y 20 (37,0 %) trabajadores de la salud, respectivamente. La muestra sirvió, fundamentalmente, para obtener validación científica de los instrumentos elaborados en función de la evaluación por periodos específicos de cada área durante el quinquenio investigativo. Su repercusión aumentó con el intercambio directo en cada escenario estudiado.

Los profesionales de la salud encuestados tienen, como promedio, 10,9 años (mediana: 11 años) de experiencia profesional y el 57,9 % ha recibido educación de posgrado: un insertado en programa de doctorado, un máster, cuatro diplomados y cinco son médicos especialistas.

Los resultados de las encuestas fueron registrados en una base de datos; cuando fue necesario, se aplicó métodos de análisis estadístico.

En general, la metodología utilizada fue cuantitativa a partir del uso de técnicas y métodos de investigación como grupo focal, encuesta, entrevistas en profundidad, observación directa, análisis de documentos, entre otros.

Gracias al estudio, se pudo determinar que la evaluación del impacto social del programa es satisfactoria (Bien). Los resultados revelaron un clima organizacional favorable durante la aplicación de métodos e instrumentos de investigación en las nueve áreas de salud del municipio Camagüey estudiadas.

Sobresalió el índice de accesibilidad al programa, expresado de forma positiva en seis áreas, por el tamaño de muestra de los pacientes incluidos y el favorable estado de opinión de todos ellos y sus acompañantes en relación con el trabajo técnico del personal y la atención recibida. Sus criterios fueron comprobados por el equipo evaluador que recorrió cada uno de los escenarios.

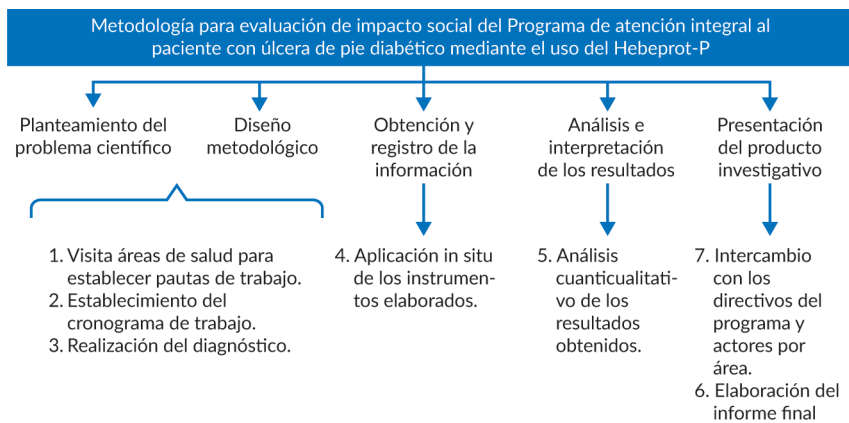
En cuanto a las condiciones medioambientales, se señaló las reducidas dimensiones de algunos locales<sup>(2)</sup>, la falta de climatización<sup>(2)</sup>, e infraestructura insuficiente<sup>(1)</sup>; pero, en general, en todas las consultas visitadas se halló limpieza y organización de los locales, cumplimiento de las normas de bioseguridad y adecuado registro de pacientes incluidos en el programa.

La promoción de salud relacionada con el programa se materializó en actividades desde el policlínico, realizadas por semestres en cada servicio médico. Fue evidente la elevación de la calidad de vida para más del 50 % de los pacientes atendidos con Heberprot-P®.

La superación de postgrado dirigida a formar nuevo personal de salud para el manejo del paciente con pie diabético y la aplicación del Heberprot-P®, fue notable y se logró aumentar el número de profesionales integrados al servicio, quienes participaron en acciones permanentes de superación.

Esta evaluación retroalimentó a los participantes en los foros provinciales (2016, 2018 y 2019) dedicados al comportamiento del programa, pues hubo conferencias acerca del manejo del paciente con pie diabético, ponencias sobre resultados parciales de la investigación y presentaciones de los coordinadores del programa ante un auditorium de más de 100 personas en cada una de las sesiones.

Entre los resultados alcanzados, sobresale por su alcance la metodología de evaluación de impacto social del programa de salud<sup>(18)</sup>. La estructura por etapas y subfases de la metodología de trabajo se muestra en la figura 3.1:



**Fig. 3.1.** Representación esquemática de la metodología desarrollada para el estudio del impacto social del Programa de atención integral al paciente con úlcera de pie diabético mediante el uso del Heberprot-P®.

La metodología aplicada favoreció el establecimiento de los indicadores para la evaluación del impacto social del programa (tabla 3.1).

**Tabla 3.1.** Indicadores para la evaluación del impacto social del programa de salud

Núm.	Indicadores de impacto	Evaluación	Criterios de medida
1	Accesibilidad al programa	Pacientes atendidos respecto a los casos identificados en el municipio	Cantidad de pacientes
2	Captación de pacientes en la atención primaria	Nuevos pacientes captados por área al cierre de cada mes y año	Cantidad de pacientes
3	Comportamiento de la promoción de salud en relación con el programa	Total de actividades de promoción de salud realizadas en un año en las comunidades organizadas por los especialistas del área de salud	Excelente >3 actividades; Bien, 1-2; Regular, 1; Mal, 0
4	Incremento de la calidad de vida de los pacientes mediante el uso del Heberprot -P®	Registro, mediante encuestas a pacientes y personal del programa, de las opiniones acerca de los beneficios del tratamiento con Heberprot-P® en la mejora de la calidad de vida de los pacientes	Bien >50 % de opiniones favorables; Regular, 45-50 %; Mal, < 45 %
5	Calidad del servicio de atención al paciente con úlcera de pie diabético	Registro, mediante encuestas a pacientes y personal del programa, de las opiniones acerca de la calidad de la atención al paciente con úlcera de pie diabético	Bien > 60 % de opiniones favorables; Regular, 45-50 %; Mal, < 45 %
6	Satisfacción de la población	Registro, mediante encuestas a pacientes, de las opiniones acerca de su nivel de satisfacción con el servicio recibido	Bien > 50 % de opiniones favorables; Regular, 45-50 %; Mal, < 45 %

**Tabla 3.1.**(Cont.)

Núm.	Indicadores de impacto	Evaluación	Criterios de medida
7	Superación de post-grado dirigida a formar nuevo personal de salud para el manejo del paciente con pie diabético y la aplicación del Heberprot-P®	Cantidad de profesionales que han concluido el diplomado en manejo del paciente con pie diabético	Bien, 10-15 personas; Regular, < 10; Mal, 0
8	Introducción y generalización de los resultados del programa	Divulgación de los resultados mediante publicaciones, eventos, talleres y asesorías	Bien, 3 acciones; Regular, 1-2; Mal, 0
9	Valoración de las condiciones físico-ambientales en que se realiza el tratamiento	Caracterización de estos espacios según guía de observación establecida, y opiniones de pacientes y el personal, obtenidas mediante encuestas	Bien: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultas con aire acondicionado.</li> <li>• Amplitud</li> <li>• Privacidad</li> </ul> Regular: si no posee una de estas condiciones. Mal: presencia de más de una dificultad
10	Acciones de superación profesional continua, dirigidas al personal inmerso en el programa	Participación en cursos, talleres y eventos	Bien: 1- 3 acciones. Regular, < 3. Mal, 0

### Resultados de la aplicación de la metodología evaluativa propuesta en las nueve áreas de salud del municipio Camagüey

Entre 139 pacientes encuestados, predominó el sexo masculino (tabla 3.2). Este grupo fue el que requirió mayor cantidad de días de tratamiento con Heberprot-P®. Fue también el que tuvo mayor cantidad de úlceras tratadas con Heberprot-P® y mayor incidencia

en las amputaciones menores, lo que evidencia un menor cuidado de las lesiones y menor percepción de riesgo.

**Tabla 3.2.** Caracterización de los pacientes encuestados

Características	Masculino (n = 74)	Femenino (n = 65)
Edad (promedio/mediana)	61,4 / 61	64,8* / 68
Días tratamiento con Heberprot-P® (promedio/ mediana)	66,8 / 30	36,1 / 30
Tratados más de una vez con Heberprot-P® (%)	55,4	60
Núm. de aplicaciones de Heberprot-P® (promedio/mediana)	3,6 / 3	2,7 / 2
Amputación menor (%)	17,6	9,2
Amputación mayor (%)	1,4	1,5
Actividades que desarrollan en el tiempo libre		
Leer (%)	14,7	10,9
Ver TV (%)	40,5	35,4
Conversar (%)	32,4	24,6
Pasear (%)	17,6	4,6
Fiestas (%)	4,1	1,5
Otras (%)	10,8	4,6
Ninguna preferencia (%)	17,6	18,4

\* Representa la significación de diferencias entre las medias ( $P < 0,05$ ) mediante test de Mann Whitney.

Conversar y ver televisión fueron las actividades que tuvieron mayor preferencia en ambos sexos, lo cual plantea la necesidad de rescatar en las comunidades los círculos de abuelos y desarrollar otras actividades que promuevan un mejor estilo de vida y la socialización entre las personas afectadas por enfermedades crónicas no transmisibles.

Seguidamente se presenta la tabla 3.3, relativa al comportamiento de la inclusión de pacientes al programa:

**Tabla 3.3.** Porcentaje de inclusión de los pacientes con úlcera de pie diabético en el programa por áreas de salud respecto al total de identificados

Área de salud	% anual de inclusión de los pacientes con úlcera de pie diabético en el programa respecto al potencial de inclusión identificado.					
	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Tula Aguilera	28,7	36,0	37,6	60,9	66,1	45,9
José Martí	64,9	100,0	100,0	96,2	108,9	94,0
Este	19,2	57,0	67,7	22,0	44,4	41,9
Joaquín de Agüero	60,7	97,0	113,5	91,5	90,9	90,7
Carlos J. Finlay	21,8	57,0	72,2	81,4	100,0	66,5
Rodolfo Ramírez	33,3	65,0	103,8	107,2	102,0	82,3
Previsora	76,0	123,0	100,0	40,0	112,0	90,2
Julio A. Mella	118,4	117,0	100,0	92,6	100,0	105,6
Ignacio Agramonte	66,6	80,0	105,8	100,0	100,0	90,5
Promedio anual	54,4	81,3	88,8	76,9	91,6	78,6

La captación de pacientes identificados para su incorporación al programa en el municipio Camagüey fue satisfactoria (78,6 %). Todos los años, excepto en 2015, la incorporación superó el 70 % y la tendencia ha sido a crecer. Sin embargo, respecto a las áreas de salud de Tula Aguilera, Este y Finlay, la incorporación de pacientes resulta insatisfactoria debido al elevado índice de población rural y de difícil acceso atendida por estos policlínicos (tabla 3.3). En las entrevistas, de los cinco profesionales de la salud del área de Finlay, 40 % identificó la lejanía y el precio de los pasajes como factores que influían negativamente en el indicador.

Respecto a la captación de pacientes, el 31,6 % de los profesionales encuestados, asociados al programa (de un total de 20),

señalaron la falta de pesquisa en las comunidades como el factor que más incide negativamente en la captación oportuna para el programa. También mencionaron debilidades en el trabajo de los consultorios del médico de la familia y la baja percepción de riesgo tanto de los pacientes como del personal de salud respecto a la urgencia en el tratamiento de las úlceras de pie diabético.

La promoción de salud del programa y, en general, acerca de la diabetes y sus consecuencias es insuficiente. La tabla 3.4 muestra el estado de opinión de los pacientes sobre este asunto.

**Tabla 3.4.** Fuentes de información sanitaria de los pacientes, desglosadas por áreas de salud y porcentaje de participantes

Área de salud	Fuentes de educación sanitaria (% de pacientes entrevistados)					
	Total encuestados	Personal de salud	Medios de difusión masiva	Intercambio con otros pacientes	Otros	No han recibido
Tula Aguilera	17	52,9	23,5	5,9	0	11,8
José Martí	36	19,4	58,3	11,1	13,9	19,4
Este	4	75,0	0	0	0	25,0
Joaquín de Agüero	22	54,5	54,5	9,1	13,6	0
Carlos J. Finlay	10	40,0	30,0	0	10,0	40,0
Rodolfo Ramírez	19	84,2	94,7	63,2	21,1	0
Previsora	5	60,0	40,0	40,0	0	40,0
Julio A. Mella	17	17,6	23,5	23,5	5,9	64,7
Ignacio Agramonte	9	44,4	77,7	44,4	11,1	22,2
Total	139	49,8	44,7	21,9*	8,4***	24,8

Los asteriscos representan la significación de diferencias entre las medias ( $P < 0.05$ ) mediante ANOVA de una vía y test de comparaciones múltiples de Dunnet.

La educación sanitaria impartida por el personal de salud y a través de los medios de comunicación masiva son las vías esenciales

por donde recibieron capacitación sobre la enfermedad los pacientes incluidos en el programa. Sin embargo, a pesar de que esta labor precisa de la máxima atención e impulso, solo el 6,5 % de los pacientes considera que tiene buen conocimiento de su enfermedad, y el 24,8 % de los encuestados dijo que no había recibido ningún tipo de preparación.

En las áreas de salud Julio A. Mella, José Martí, Carlos J. Finlay e Ignacio Agramonte, menos del 50 % de los pacientes había recibido educación sanitaria especializada por parte del personal de salud (tabla 3.4). El 25 % del personal de salud opinó que se debe mejorar este indicador, sobre todo en la atención primaria de salud.

Los pacientes identificaron correctamente como factores de riesgo para desarrollar una úlcera de pie diabético los siguientes aspectos:

- Dieta inadecuada (74,1 %).
- Poco cuidado de los pies (15,1 %).
- Hábitos tóxicos (10,8 %).
- Sedentarismo (10,8 %).
- Obesidad (10,1 %).
- Incumplimiento de las indicaciones médicas (8,6 %).
- Traumatismos (5,0 %).
- Falta de higiene (4,3 %).
- Hiperglucemia (4,3 %).
- Deformidades podálicas (2,9 %).

Estos factores los asociaron con otros, más propios del riesgo de padecer diabetes:

- Herencia (10,1 %).
- Estrés, exceso de trabajo (10,1 %).

Lo más significativo fue que casi la totalidad de los encuestados consideró la dieta inadecuada como el factor primordial conducente a la úlcera de pie diabético, mientras que otros factores son reconocidos solo por el 15 % o menos de los pacientes, un indicador adicional de la necesidad de incrementar la educación sanitaria.

Las encuestas permitieron corroborar lo que la ciencia ha demostrado: el 98,6 % de los pacientes considera que el uso del Heberprot-P® le aporta beneficios a su salud. Solo dos casos plantearon insatisfacción relacionada con el dolor que sienten durante la administración

peri e intralesional. El personal de salud (100 % encuestado) consideró que las causas esenciales de que ocurran amputaciones son:

- Falta de adhesión de los pacientes al tratamiento e incumplimiento de las indicaciones médicas.
- Baja percepción de riesgo entre los pacientes, quienes acuden tardíamente a los servicios de salud.
- Falta de conocimiento e información sobre el tema.
- Fallas en el programa del médico de la familia, y pacientes que no pueden aplicarse el medicamento por contraindicaciones.

Como resultado del método de observación aplicado por los investigadores del proyecto, se apreció en todas las áreas investigadas una satisfactoria relación entre médicos y enfermeros, una adecuada comunicación y control de la consulta, así como un correcto uso del uniforme en unos y otros. Asimismo, quedaron registradas la buena organización y limpieza de las consultas, y las opiniones favorables de los pacientes, tanto mientras esperaban ser atendidos, como al salir del local.

El modo de actuación de los pacientes al recibir el servicio fue otro de los aspectos analizados (tabla 3.5).

**Tabla 3.5.** Modos de actuación de los pacientes del programa

Modo de actuación	Núm. de pacientes / % porcentaje	
	Masculinos (n = 68)	Femeninos (n = 20)
Asisten a los turnos programados	68 / 100,0	20 / 100,0
Permanecen en la sala de ingreso con los debidos requerimientos	31 / 45,6***	8 / 40,0
Estudian la problemática de su enfermedad	45 / 66,2b	14 / 70,0
Mantienen la higiene de la zona tratada	65 / 95,6	20 / 100,0
Plantean al doctor los aspectos que le dificultan recibir el tratamiento	54 / 79,4	19 / 95,0
Repasan las indicaciones médicas para actuar correctamente frente a la enfermedad	57 / 83,8	19 / 95,0

Los asteriscos representan la significación de diferencias entre las medias de una misma columna ( $P < 0,05$ ) mediante el método de Kruskal-Wallis y test de comparaciones múltiples de Dunns. La letra representa diferencias respecto a la primera pregunta.

Otros resultados de gran interés que mostraron las encuestas se asocian con las condiciones socioeconómicas y de vida de los pacientes afectados por la enfermedad. La mayoría (90 %) sobrepasa los 60 años y son jubilados, por lo que sus opiniones se basaron en el limitado poder adquisitivo para garantizar una dieta adecuada, comprar medicamentos y disponer de transporte para el traslado oportuno y seguro a la consulta (esto último fue planteado por la totalidad de los pacientes encuestados).

Por otra parte, la ampliación de conocimientos de los pacientes y sus familiares acerca de la enfermedad fue posible mediante la convocatoria de grupos enfocados en los distintos campos de acción. La riqueza del diálogo entre investigadores, personal de la salud, pacientes y acompañantes, permitió intercambiar información y difundir conocimientos.

En algunos se corroboró su conocimiento (la minoría) y más del 60 % conoció la importancia de las medidas mediante charlas en las que se trató, por ejemplo, el uso del calzado adecuado, el cumplimiento estricto de las normas de higiene y del método clínico indicado para compensar la enfermedad crónica, entre otros aspectos. De estos intercambios nació una guía práctica para el manejo del pie diabético, elaborada por la angióloga del equipo de investigación.

La validación de la metodología de evaluación de impacto social se realizó mediante cinco puntos:

1. Calidad del diseño.
2. Idoneidad de la metodología.
3. Factibilidad.
4. Actualidad bibliográfica.
5. Relevancia científica (novedad y originalidad).

Sobre estos puntos emitieron por escrito su criterio o evaluación, ocho especialistas de las ciencias sociales reconocidos por sus años de experiencia en los ámbitos científico y académico (tabla 3.6).

**Tabla 3.6.** Especialistas seleccionados

Núm.	Título académico	Grado científico	Categoría docente	Años de experiencia	Institución
1	Lic. en Filosofía	Dra. C. de la Educación M. Sc. en Estudios Sociales de la Ciencia y la Tecnología	Titular	36	Cendecsa, UCMC
2	Lic. en Psicología	Dr. C. de la Salud	Titular	38	UCMC, Facultad de Medicina
3	Lic. en Filosofía	M. Sc. en Ciencias de la Educación	Auxiliar	40	Cendecsa, UCMC
4	Lic. en Filosofía	M. Sc. en Humanidades Médicas	Asistente	14	Dpto. de Filosofía, UCMC
5	Lic. en Sociología	M. Sc. en Humanidades Médicas	Asistente	12	Univ. de Camagüey Ignacio Agramonte, Dpto. de Sociología
6	Lic. en Sociología	M. Sc. en Humanidades Médicas	Asistente	12	Cendecsa, UCMC
7	Licenciada en Biología	M. Sc. en Gestión de la investigación	Auxiliar	20	Dirección Provincial de Sociedades Científicas. Dirección Provincial de Salud
8	Dr. en Medicina	Dr. En Ciencias Médicas	Titular	45	Dpto. de Grados Científicos, UCMC

**Fuente:** Registro de los autores del proyecto.

Seis de los encuestados (75 %) evaluaron como *Muy adecuado* el primer punto y, del segundo al quinto puntos, todas las respuestas coincidieron en valorarlos como *Muy adecuados* (100 % de la muestra). Con ello quedó avalada la calidad y el rigor científico de la metodología propuesta. Los criterios del grupo de enfoque así lo ratificaron en coincidencia con las opiniones favorables recogidas en las tres entrevistas en profundidad.

## **Conclusiones**

La metodología para la evaluación de impacto social de un programa de salud, desarrollada en el proyecto, permitió determinar el impacto social del Programa de atención al paciente con úlcera de pie diabético mediante el Heberprot-P® en el periodo 2015-2019, con una muestra significativa de pacientes y profesionales en el municipio Camagüey.

Entre los resultados que sustentan lo anterior se puede señalar:

- La caracterización de la calidad del servicio que ofrece el Programa de atención integral al paciente con úlcera de pie diabético mediante el Heberprot-P® en la atención primaria en Camagüey.
- La valoración de los nudos conceptuales en la práctica médica para cumplimentar el programa.
- La identificación de las necesidades y limitantes de los pacientes y el personal de la salud en torno al tratamiento.

Desde una óptica teórico-práctica, la investigación aporta orientaciones metodológicas que guían las acciones para contribuir a la evaluación en salud desde el prisma del impacto social de un programa; también permite conocer las experiencias *in situ* con herramientas útiles de las ciencias sociales en vínculo con personal de salud-población-usuario con el propósito de lograr una retroalimentación en función del programa estudiado en un contexto específico.

## **Descripción del programa evaluado con enfoque gerencial (2018-2020) y análisis del contexto**

Los resultados de la descripción de programa son los siguientes:

## 1. Datos generales

*Denominación:* Programa de atención integral al paciente con úlcera de pie diabético con Heberprot-P®.

*Ámbito de aplicación:* instituciones de salud del territorio nacional en todos los niveles de atención.

*Institución responsable:* Ministerio de Salud Pública de Cuba.

*Unidad a cargo del programa:* Instituto Nacional de Angiología y Cirugía Vascular, hospitales, policlínicos, centros de atención al paciente diabético y consultorios del médico y enfermera de la familia.

El programa incluye una introducción, los objetivos principales y la estructura organizativa y funcional en la atención integral al paciente con úlcera de pie diabético en Cuba mediante el uso del Heberprot-P®; también, las funciones del coordinador provincial, el promotor del Ministerio de Salud Pública y el promotor del Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología.

*Resumen de antecedentes y problemática del programa.* La información se obtuvo mediante entrevistas al coordinador del programa, la promotora provincial de salud y del Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología de Camagüey, la funcionaria municipal de salud y la directora del Centro de Atención al Diabético (anexo II). Además, sobre su implementación, fueron analizados informes semestrales y anuales del periodo 2018-2019 y de etapas precedentes.

En cuanto a los antecedentes, en los documentos valorados y en la literatura estudiada se reconoce que la diabetes *mellitus* constituye uno de los problemas de salud más frecuentes en la población mundial, al extremo de que se la considera una pandemia. Los padecimientos más comunes están relacionados con los problemas de la cicatrización. En los diabéticos, la glucotoxicidad afecta la economía celular, incluidos los mecanismos de reparación de los tejidos; promueve el establecimiento de un ambiente pro-inflamatorio sistémico que impide la cicatrización; causa daños en los mecanismos de defensa antibacteriana del sistema inmune, que dificultan la respuesta del organismo frente a las infecciones, lo cual, a su vez, ocasiona con elevada frecuencia las úlceras del pie diabético.

Se reconoce la implementación del programa a escala nacional desde el periodo 2006-2007. La provincia de Camagüey fue una de las primeras en aplicarlo como atención secundaria y, posteriormente, en la atención primaria de salud. Esto último permitió una mejor cobertura para la población, que anteriormente solo tenía la opción del servicio hospitalario, lo cual restringía en gran medida el

acceso oportuno al tratamiento. Por ello, había una elevada incidencia de amputaciones por úlcera de pie diabético con insuficiente control de la enfermedad, baja calidad de vida y supervivencia del paciente.

Se constata que en el diseño del programa se utiliza la mayoría de las variables propuestas. A continuación, se presenta el comportamiento de las variables en el periodo analizado, así como las limitaciones detectadas.

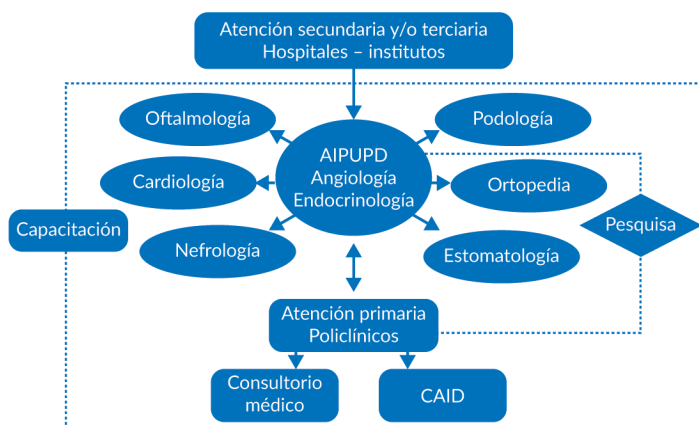
*Morbilidad.* La tasa de prevalencia de la diabetes *mellitus* en Cuba la sitúa como uno de los principales problemas de salud del país. Su índice está calculado en un 66,7 por 1000 habitantes. En la provincia, la incidencia es de 81,0 por 1000 habitantes y las afecciones por úlcera de pie diabético se han incrementado en los últimos años en congruencia con los cálculos estimados a escala nacional y mundial. En el municipio de Camagüey la tasa es de 11,1 por 1000 habitantes (Anuario estadístico de salud, 2020, Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud, Dirección Provincial de Salud, Camagüey, 2020).

*Mortalidad.* En el ámbito nacional, la diabetes *mellitus* ocupa el octavo lugar entre las causas de muerte, con una tasa bruta de 20,6 por 100 000 habitantes. En la provincia de Camagüey, el indicador es superior y alcanza 23,2 por 100 000 habitantes (Anuario Estadístico de Salud, 2020). A escala municipal es de 34,6, lo cual indica una mayor presencia de la enfermedad en la población local en comparación con el país y la provincia (Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud, Dirección Provincial de Salud, Camagüey, 2020).

*Cobertura.* Comprende la atención integral al paciente con Heberprot-P®, un producto único en su tipo a nivel mundial que constituye un logro de la biotecnología cubana. Fue incluido en el cuadro básico nacional de medicamentos en julio de 2007. Se distingue por constituir un medicamento disponible en el mercado mundial para el tratamiento de las úlceras severas del pie diabético y contribuye a la disminución significativa de las amputaciones por esta causa. Desde su obtención, ha sido registrado en 20 naciones y aplicado a más de cien mil pacientes, de los cuales alrededor de veinte mil son cubanos.

Tras el uso del Heberprot-P® en la atención secundaria en Cuba desde 2007, se decidió implementar un organigrama funcional para los tres niveles de atención a escala nacional. Esta estructura establece el flujograma para la atención integral del paciente con úlcera de pie diabético y un protocolo metodológico consensuado

del procedimiento para estos pacientes mediante la aplicación del Heberprot-P® como herramienta clave de su tratamiento (fig. 3.2).

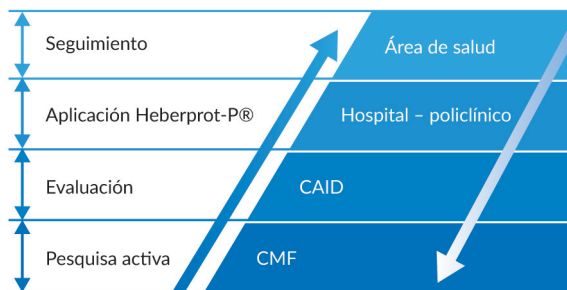


**Fig. 3.2.** Organigrama de la atención integral al paciente con úlcera de pie diabético.

Abarca la atención primaria (consultorios médicos, policlínicos y centros de atención integral al diabético), secundaria (servicios de Angiología de los hospitales) y terciaria (Instituto de Angiología y Cirugía Vascul ar), y establece el flujograma de trabajo para los diferentes niveles de atención. Contempla la capacitación en el uso del Heberprot-P® del personal médico que participa en la atención integral al paciente con úlcera de pie diabético y tres anexos:

1. Indicadores de impacto del programa de generalización del Heberprot-P®.
2. Organigrama de la atención integral al paciente con úlcera de pie diabético.
3. Ruta crítica de pacientes (fig. 3.3).

**Ruta crítica de pacientes**



**Figura 3.3.** Ruta crítica de pacientes.

Fuente: Manual de Promotores Heberprot-P, Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología.

La estructura organizativa y funcional está a cargo de la Dirección Provincial de Salud, que designa un coordinador para atender su extensión a toda la provincia, y cuyas funciones son, entre otras:

- a) Garantizar el funcionamiento coordinado de la atención integral al paciente con úlcera de pie diabético en su relación estrecha entre el servicio de Angiología y la atención primaria de salud.
- b) Llevar un control trimestral del funcionamiento del programa en los tres niveles de atención de salud.
- c) Controlar el adecuado tratamiento del paciente con úlcera de pie diabético teniendo en cuenta los criterios de inclusión para la atención por el servicio de Angiología o la atención primaria de salud.
- d) Controlar y participar, de conjunto con la Dirección Provincial de Salud y el servicio de Angiología, en la planificación del presupuesto y el uso del medicamento en función de los pacientes.

Con el propósito de lograr una implementación más eficaz en todo el territorio nacional se designa a los promotores del Ministerio de Salud Pública para atender directamente el programa y trabajar con el coordinador provincial en la ejecución de actividades: reuniones provinciales y municipales de chequeo del programa, talleres, jornadas y eventos científicos, etc.

Para establecer un estrecho vínculo con todas las instituciones de salud que forman parte del programa, el Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología designa un promotor entre cuyas funciones se incluye la promoción del uso del Heberprot-P® entre los pacientes mediante la presentación de los resultados obtenidos en los estudios clínicos, la extensión nacional y en el exterior. Debe también establecer un vínculo estrecho con el promotor del Ministerio de Salud Pública sobre los principales resultados, chequear de forma periódica la disponibilidad del medicamento en los servicios de Angiología y en los policlínicos bajo su atención, participar, de conjunto con la Dirección Provincial de Salud, el servicio de Angiología y el promotor del Ministerio de Salud Pública, en la planificación del presupuesto y del uso del medicamento en correspondencia con el número de personas necesitadas del territorio.

La ruta crítica de pacientes constituye un elemento más que se ha de considerar para las operaciones del programa en diferentes escenarios que pueden ser objeto de evaluación (véase figura 3.3):

- Pesquisa activa del médico y la enfermera de la familia en cada consultorio para la labor de prevención y diagnóstico, a tiempo, de la enfermedad.
- Evaluación en el Centro de Atención Integral del Diabético para garantizar la atención requerida en estos casos.
- Aplicación del Heberprot-P® en el policlínico u hospital como requisito indispensable en el tratamiento. Se alcanza el cierre del ciclo con el seguimiento al paciente en el área de salud donde reside.

*Incidencia de la diabetes mellitus.* La provincia de Camagüey alcanza la cifra de 1343 pacientes, lo que representa una tasa de 1,8 por 1000 habitantes. En el municipio de Camagüey hay 552 personas que padecen la enfermedad, 1,7 por cada 1000 habitantes (Dirección Provincial de Salud de Camagüey, Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud, 2019).

*Estrategia de promoción del Heberprot-P y prevención de la enfermedad.* El programa cuenta con un manual de promotores del Heberprot-P (Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología, 2011) que contiene la estrategia de su promoción y de prevención de la enfermedad. Se ejecuta por sus promotores en los propios servicios y otras vías de comunicación masiva. Junto al personal médico y los pacientes beneficiados, estos promotores realizan actividades comunitarias relacionadas con los resultados de la implementación del programa en la provincia y el municipio. Hoy apremia el trabajo a realizar por actores de la propia comunidad, como el médico y la enfermera de la familia, entre otros profesionales del sector.

*Control de casos.* El programa mantiene archivos de consultas y bases de datos, e informa a los directivos. Emite informes semanales, trimestrales y anuales (Ministerio de Salud Pública y Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología de Camagüey, informes del programa, 2019-2021) que son analizados en las direcciones municipales y provinciales de Salud, así como en las instancias provincial y nacional del Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología. En Camagüey, cada consulta cuenta con registros actualizados (Ministerio

de Salud Pública, Archivos de consultas de la atención primaria de salud, 2020) y debidamente elaborados o supervisados por el personal médico y de enfermería (Ministerio de Salud Pública, archivos de coordinador y promotores, 2018-2020).

*Captación de pacientes.* Está prevista en el programa, pero la pesquisa resulta limitada en las comunidades. Persisten debilidades en el trabajo de los consultorios del médico de la familia, relacionadas con la urgencia en el tratamiento de las úlceras de pie diabético.

*Retos más importantes.* El diseño del programa no identifica los retos que respondan al objetivo de lograr altos índices de cobertura y calidad, y la satisfacción de las necesidades y expectativas de los beneficiarios por el tratamiento recibido. No se presentan resultados estimados a largo plazo que necesitan soluciones intermedias para alcanzarlos.

## **2. Objetivos del programa**

Están definidos con claridad el ámbito geográfico, los grupos de población y beneficiarios a quienes van dirigidas las acciones. Sin embargo, no se incluye la dimensión temporal, lo cual refleja problemas de diseño, pues no especificar metas intermedias con datos precisos incide en la proyección del trabajo y el logro de resultados a más largo plazo para alcanzar cifras superiores de cobertura.

Seguidamente aparecen los objetivos recogidos en el documento rector “Estructura organizativa. Atención integral al paciente con úlcera del pie diabético en el Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología” (2011):

- Accesibilidad: que en el país no quede sin recibir este medicamento un solo paciente que lo necesite.
- Que el producto se aplique de forma homogénea en todas las posibles variantes en las que puede presentarse un paciente con úlcera de pie diabético. Que se establezca un consenso de la conducta o guía práctica para tratar a este paciente en todos los servicios de Angiología, en los servicios de atención al paciente diabético de los policlínicos, y en los centros o casas del diabético del sistema nacional de salud.
- Que mediante pesquisas activas en las comunidades sean registrados en los consultorios médicos y en las áreas de salud los pacientes diabéticos y con úlcera de pie diabético.

- Que se implemente la atención integral al paciente diabético, quien debe ser atendido tanto por el servicio de Angiología como por el de Endocrinología y, en función de su patología, ser referido a otras especialidades, como Oftalmología, Nefrología y Cardiología, que cuenta con la atención especializada en el tratamiento de las úlceras complejas y avanzadas del pie del diabético con la aplicación del Heberprot-P®.
- Que se implemente el flujograma de pacientes con úlcera de pie diabético que deben ser atendidos o, en correspondencia con el grado de complicación de la lesión, remitidos a la atención secundaria o al Instituto Nacional de Angiología y Cirugía Vascular, considerado como atención terciaria de salud.
- Que sea sistemáticamente capacitado el personal de salud que atiende de forma integral al paciente con úlcera de pie diabético, siempre con el uso del Heberprot-P® (angiólogos, médicos generales integrales, licenciados en Enfermería, licenciados en Podología, nutricionistas, educadores, etc.). Esta actividad está estructurada por el Viceministerio de Docencia e Investigación del Ministerio de Salud Pública.

### 3. Recursos de operación y principales intervenciones a realizar en correspondencia con los objetivos señalados

Los recursos de operación del programa y las principales intervenciones a realizar en la atención primaria de salud no están contemplados en el diseño; sin embargo, se pudo constatar mediante el análisis del protocolo de actuación, entrevistas a directivos y visitas de campo a las consultas de los policlínicos, que están representados por los siguientes elementos (tabla 3.7):

**Tabla 3.7.** Recursos de operación del programa en la atención primaria de salud

Elementos	Observaciones
Medicamentos de primera y segunda línea	Bulbos de Heberprot-P®, cremas antibióticas y otro
Infraestructura para el diagnóstico	Consultas que aplican el medicamento <sup>(9)</sup>
Insumos	Guantes, jeringuillas, algodón y otro

**Tabla 3.7.** (Cont.)

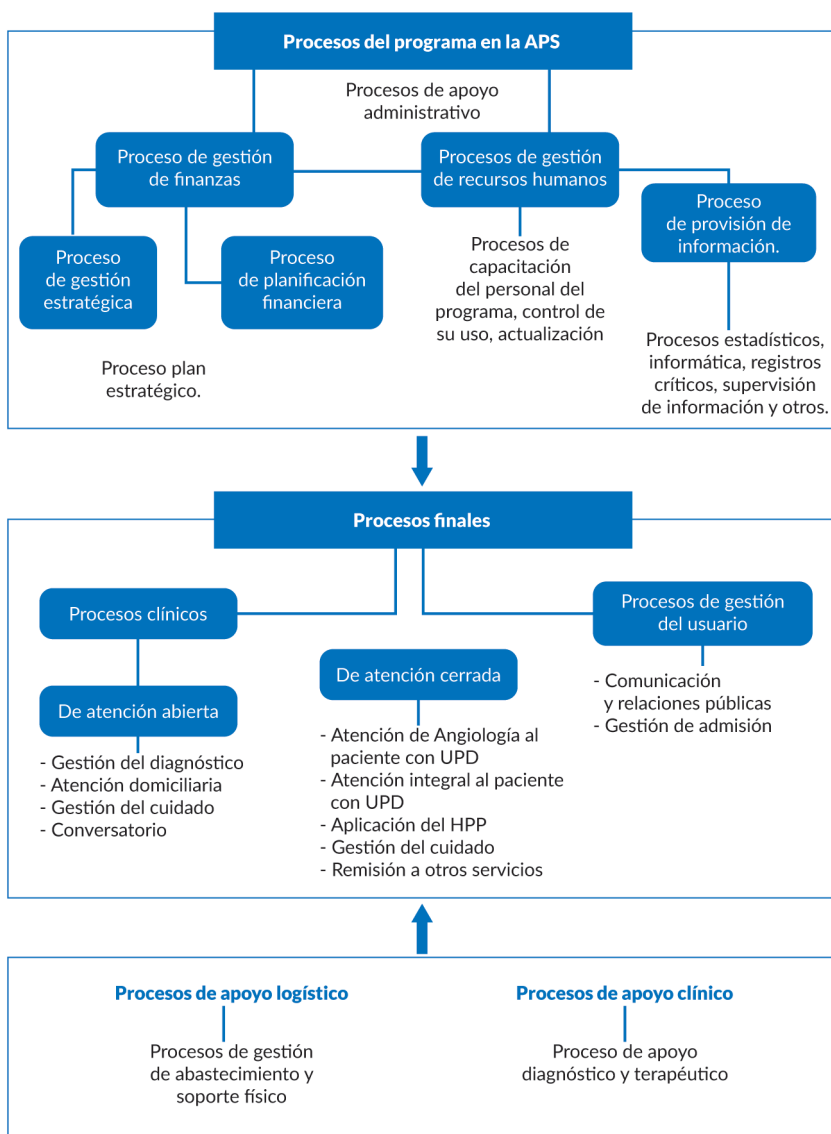
Elementos	Observaciones
Personal contratado para las actividades de promoción y detección de casos en la comunidad	Médicos (as) Enfermeras (os) Psicólogas (os) Podólogas Promotores del programa
Registros estatales y valoraciones clínicas de casos	Existencia de protocolo de actuación (Ministerio de Salud Pública, Instituto Nacional de Angiología y Cirugía Vascular, 2013) Existencia de base de datos con las cifras de pacientes atendidos por año y sus valoraciones clínicas
Asignaciones presupuestales	De forma anual
Capacitación	Diplomado en Manejo Integral del Pie Diabético; al año cursan más de 100 alumnos Eventos nacionales e internacionales (2) Fórum Provincial de Ciencia y Técnica (1) Fórum tecnológico del programa (1)
Supervisión operativa	Coordinador técnico Médicos expertos Funcionarios de las direcciones provincial y municipal de Salud. Funcionario del gobierno provincial. Promotora provincial de Salud y del Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología de Camagüey
Elaboración de materiales educativos	Guías prácticas para el paciente. Promoción del programa y del medicamento. Información sobre dispensarización en los murales de las consultas por área de salud

**Fuente:** Elaboración propia a partir de análisis de documentos, visitas de campo y entrevistas a directivos.

#### 4. Procesos y actividades del programa

El equipo de trabajo identificó los procesos, subprocesos y actividades del programa en la atención primaria de salud con el empleo de la metodología de Silva,<sup>(63)</sup> adecuada al contexto cubano.

En la figura 3.4 aparecen los resultados en cuanto a procesos y subprocesos.



**Fig. 3.4.** Procesos y subprocesos del programa en la atención primaria de salud.

**Fuente:** elaboración propia.

En las tablas 3.8 y 3.9 aparecen las actividades por procesos y subprocesos finales y de apoyo.

**Tabla 3.8.** Lista de procesos finales y subprocesos del programa

Procesos finales	Subprocesos	Actividades
Gestión del usuario	Comunicación y relaciones públicas (promotores del programa y coordinador)	Orientación y promoción del uso del Heberprot-P® para su conocimiento y aceptación Divulgación de los resultados más significativos del uso del Heberprot-P® a través de los medios de difusión masiva y otros medios alternativos
	Gestión de admisión (consultorio médico)	Pesquisa activa en la comunidad y diagnóstico primario Conversatorios con los pacientes sobre la enfermedad Interrogatorio Examen físico Intercambio de conocimientos del personal de la salud Elaboración de registros individuales de pacientes Seguimiento en la comunidad
Clínicos	Proceso de atención abierta (policlínico y consultorios)	Gestión del diagnóstico de pacientes con úlcera de pie diabético (consultorios de la atención primaria de salud y consultas del policlínico) Atención domiciliaria. Visita de personal de enfermería a domicilio Gestión del cuidado (seguimiento del control metabólico) Conversatorio con la familia sobre tratamiento a seguir y cuidados al paciente
	Proceso de atención cerrada (policlínico)	Atención integral al paciente con úlcera de pie diabético (Angiología, Endocrinología, Nutrición, Podología y otros) Atención de Angiología al paciente con úlcera de pie diabético Aplicación del Heberprot-P® Gestión del cuidado (observación de la evolución) Remisión a otros servicios.

Fuente: adaptado de Silva.

**Tabla 3.9.** Lista de procesos de apoyo del programa en la atención primaria de salud

Procesos de apoyo	Subprocesos	Actividades
Clinico	Procesos de apoyo diagnóstico y terapéutico	Exámenes de laboratorio clínico Atención de otros especialistas (endocrino, podólogo, psicólogos u otros)
Logístico	Procesos de gestión de abastecimiento	Solicitud de materiales e insumos Recepción de materiales e insumos Distribución diaria Esterilización (proceso)
	Procesos de gestión de soporte físico	Mantenimiento de locales de consultas Reportes de problemas físicos de las consultas Servicios generales
Administrativo (promotores y coordinadores)	Procesos de gestión estratégica	Ejecución de actividades de chequeo de la implementación del programa y colaboración en las que se realizan en la provincia Control de la disponibilidad del Heberprot-P® y los recursos Comunicación con el Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología. Intercambiar experiencias y ofrecer información actualizada sobre cumplimiento de los objetivos del programa para la labor de promoción y perfeccionamiento de las prácticas médicas Coordinación de actividades de promoción y divulgación de resultados de la extensión del uso del Heberprot-P®.
	Proceso de gestión de finanzas	Planificar el presupuesto para el programa según los pacientes potenciales
	Procesos de gestión de RRHH	Apoyar el proceso de formación y capacitación del personal del programa Prevenir riesgos (control de las medidas de bioseguridad) Garantizar el control del personal del programa, su ubicación y estado de capacitación Actualizar al personal respecto a los resultados más novedosos del Heberprot-P® y su aplicación Reconocimiento y desarrollo del personal

**Tabla 3.9.**(Cont.)

Procesos de apoyo	Subprocesos	Actividades
Administrativo (promotores y coordinadores)	Provisión de información	<p>Actualizar de manera sistemática los cuadernos de recogida de datos (CRD) y organizar su entrega al Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología</p> <p>Reportar semanalmente la inclusión de pacientes en los servicios del policlínico</p> <p>Garantía de recursos de informática</p> <p>Supervisar la información y el servicio (coordinadores y expertos)</p> <p>Documentar, sistematizar, controlar y actualizar los resultados que demuestren la efectividad de la aplicación del Heberprot-P® para la promoción y estímulo de la actividad investigativa</p>

Fuente: adaptado de Silva.

Se recomendó que este resultado se tuviera en cuenta para la actualización del protocolo de actuación del programa en la atención primaria de salud de acuerdo con los procesos y subprocesos, con el fin de potenciar las funciones gerenciales de sus directivos en el proceso de implementación.

*Indicadores de impacto del programa de generalización del Heberprot-P®.* Después de revisar el documento rector del programa (Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología, 2011), el equipo de trabajo registró los indicadores previstos, los cuales aparecen en la tabla 3.10.

**Tabla 3.10.** Indicadores de impacto del programa

Indicadores	Características
Indicador 1	Proporción de casos con úlcera del pie en los diabéticos tratados con Heberprot-P® (80 %)
Indicador 2	Adecuado registro, expedientación y seguimiento por los angiólogos de todos los casos tratados con Heberprot-P® (100 %)

Indicador 3	Incorporación de este producto al arsenal terapéutico que utilizan habitualmente la totalidad de los angiólogos (80 %)
Indicador 4	Proporción de consultas integrales al diabético (áreas de salud) en las que se han creado las condiciones para aplicar el producto en los casos que lo necesiten (100 %)
Indicador 5	Índice de amputaciones por complicaciones de las úlceras de pie diabético (menos del 5 %)
Indicador 6	Tener controlado con insulina el 100 % de los pacientes con úlcera de pie diabético tratados con Heberprot-P®
Objetivo	Atención integral al paciente con pie diabético con Heberprot-P®
Descripción	Los indicadores registran los pacientes tratados con Heberprot-P® por cada 100,000 habitantes y por año en cada localidad del país donde se aplica
Observaciones	Método de cálculo: casos de la enfermedad / denominador: población total atendida por 100,000 habitantes. Unidad de medida: tasa del indicador de impacto. Registro de estadísticas del país
Periodicidad	Semanal, mensual, trimestral, semestral y anual
Fuente	Sistema nacional de vigilancia de la enfermedad Sistema de información de las consultas de Angiología a nivel primario Informes del comportamiento del programa a escalas local, provincial y nacional Controles del comportamiento del programa a escalas local, provincial y nacional

**Fuente:** documento rector del programa, Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología.

Los indicadores de impacto concebidos en el diseño del programa reflejan en mayor medida un seguimiento del aspecto clínico de los resultados en detrimento del trabajo gerencial, y no tuvieron una actualización en el periodo. Se aprecia un serio interés por obtener elevados resultados en el tratamiento de los pacientes con Heberprot-P®, su extensión a la atención primaria de salud, la elaboración de registros confiables para el seguimiento del paciente por el personal especializado y la disminución de amputaciones. Se observa atención integral al paciente con úlce-

ra de pie diabético y en relación con los problemas derivados de su enfermedad, sin duda, importantes. Sin embargo, no se declara su control a corto y mediano plazos para lograr metas superiores, ni se encuentra criterios de medidas de la innovación, organización del personal, presupuestos, supervisión de rutinas operativas, entre otros.

*Financiamiento del programa con calendario de aplicación y por concepto de gastos:*

- Gasto por partidas y elementos. Hasta el momento, el programa genera gastos contemplados y controlados por los nueve policlínicos que tienen a su cargo las consultas de Angiología. Estas instituciones disponen del salario para el personal que atiende el servicio (medicina, enfermería, podología) tres veces a la semana, así como los materiales directos (medicamento Heberprot-P®, gasa, guantes quirúrgicos, apósitos y torundas, esparadrapo, cremas antibióticas) e indirectos (energía eléctrica, agua, materiales para limpieza, salario de auxiliar de limpieza, recursos físicos de la consulta).
- En otros niveles de atención, el programa pertenece a la atención primaria de salud y a la especialidad de Angiología. Cada policlínico ejecuta un expediente con el registro de datos según materiales directos gastados en consulta y la ficha de costo predeterminada para Heberprot-P® (75 mcg) por paciente.
- Presupuesto (plan, real, porciento de ejecución). Hasta el presente, el programa no tiene un presupuesto asignado. Se constató que en cada consulta se prevé el uso del Heberprot-P® con un año de antelación y según las necesidades específicas del área de salud en correspondencia con el número de pacientes. Se estima que, desde la óptica contable, se debe prever, elaborar y controlar este aspecto, pues no fue posible constatar, en el territorio o la provincia, la asignación de un presupuesto para el programa que sus funcionarios (coordinadores, promotores y otros) formulen, conozcan, analicen y evalúen de conjunto con especialistas de la actividad. Esto último lo afirmó Ríos<sup>(71)</sup> en estudio precedente a escala local: “No se realiza la evaluación

económica del programa como un elemento para la toma de decisiones en su administración” (p. 49).

*Contexto de operación del programa.* Respecto a las políticas que lo sustentan y los problemas generales de su operación, se encontró información mediante el análisis de documentos y registros:

- El programa se sustenta en la política del Ministerio de Salud Pública de Cuba en función de la atención integral al paciente con úlcera del pie diabético mediante la aplicación del Heberprot-P®. Las normas para su ejecución se establecieron desde 2011 (Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología, 2011). Los problemas de su operación a escala local fueron:
  - Insuficiente cobertura, en contraste con el número de personas que padece esta enfermedad.
  - Déficit de captación de pacientes en la atención primaria de salud.
  - Fallas en la garantía de las condiciones medioambientales óptimas de las consultas donde se aplica el tratamiento, y de los recursos materiales y humanos.
  - Insuficiente promoción del servicio y de la valía del fármaco.
  - Insuficiente investigación relativa a la evaluación de la calidad del programa, así como escasas sugerencias para su perfeccionamiento.
  - Carencia de análisis de los nudos conceptuales-metodológicos que rigen su gestión y organización.

A raíz de las visitas de campo y mediante entrevistas informales con 15 pacientes de tres áreas de salud (Finlay, Centro y Norte), se pudo constatar un total apoyo de las instituciones de la atención primaria de salud del municipio Camagüey a cargo de las consultas de Angiología, del personal de salud inmerso en el programa, de los directivos y de los pacientes y acompañantes (Anexo XIV).

Respecto a las expectativas, valoradas a partir de 30 entrevistas informales, se constató que los pacientes/acompañantes tuvieron

una percepción positiva del programa. En las visitas de campo el personal y los directivos del programa ofrecieron criterios favorables de la investigación y del uso de sus resultados para perfeccionar el programa.

Se valoró los sistemas de información disponibles y la disposición del personal para colaborar en las acciones de evaluación mediante el análisis de documentos y registros, entrevistas informales con pacientes y visitas de campo. Esto permitió determinar:

1. Disponibilidad de capacidad para evaluar el programa por parte de los directivos y el personal implicado.
2. Disponibilidad de un amplio sistema de información que se registra en la base de datos globales del programa (Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología de Camagüey, 2018-2020), estructurado de la siguiente forma: Nombre y apellidos, policlínico, fecha de inicio en el programa, dirección particular, tipo de diabetes y diagnóstico clínico, y datos sobre el seguimiento del paciente.
3. Características generales del contexto local donde se implementa el programa (anexo XV).

En esta fase inicial se comprobó, entre los elementos más específicos observados, un adecuado ambiente físico (entorno), social y humano; disponibilidad de los medios para ser utilizados por el personal de salud; algunas limitaciones en las condiciones para ofrecer el servicio por fallas en la climatización de locales y espacios reducidos dadas las exigencias del tratamiento. El servicio se ofrece tres veces por semana (lunes, miércoles y viernes).

Se constató el apoyo al paciente en su aceptación del tratamiento y el tiempo requerido en función de solucionar el problema de salud; también, las experiencias positivas asociadas al personal de salud y la familia, y su repercusión en la cura de la úlcera de pie diabético, así como acciones de las enfermeras y médicos para garantizar una atención efectiva.

Los problemas y oportunidades de mejora relacionados con los diferentes procesos del programa en la etapa investigada, aparecen en la tabla 3.11.

**Tabla 3.11.** Problemas y oportunidades de mejora

Procesos finales		Procesos de apoyo	
Gestión del paciente	Clinico	Clinico	Logístico
Integridad, contenido y destreza de las actividades programadas			
<p><b>Problemas:</b> Insuficiente pesquisa en las comunidades como el factor que más repercute en la captación oportuna de los pacientes; baja percepción de riesgo de estos y del personal de salud respecto a la urgencia para tratar la úlcera de pie diabético.</p> <p><b>Oportunidades:</b> Mejorar la actividad de pesquisa. Perfeccionar la promoción del programa y factores de riesgo de la úlcera de pie diabético.</p>	<p><b>Problemas:</b> Destreza del personal por insuficiente experiencia y preparación para este tipo de servicio. Irregularidades en la integridad por ausencia, a veces, de relaciones humanas armoniosas y respetuosas entre trabajadores, profesionales, estudiantes y directivos.</p> <p><b>Oportunidades:</b> Capacitar en el manejo integral del paciente con pie diabético. Incrementar la comunicación asertiva y el aprendizaje colectivo en el ambiente de rutinas del programa.</p>	<p><b>Problemas:</b> Limitaciones en cuanto a la confidencialidad y privacidad del paciente. Limitaciones en el trato a los pacientes con equidad. Insuficiente promoción equitativa del programa y sobre la enfermedad y el tratamiento. Falta de empatía con el paciente/acompañante.</p> <p><b>Oportunidades:</b> Fomentar en el personal la confidencialidad del paciente en un ambiente propicio. Mejorar el trato con equidad hacia todos los pacientes/acompañantes. Potenciar la promoción del programa y las informaciones a los pacientes/acompañantes sobre la enfermedad y el tratamiento con Heberprot-P®. Incrementar la comunicación asertiva con el paciente/acompañante.</p>	<p><b>Problemas:</b> Dificultades con la climatización, señalización de consultas y fallas con algunos insumos para el tratamiento. <b>Oportunidades:</b> Mejora en la infraestructura para el servicio en las nuevas áreas de salud. Diseñar y colocar carteles que anuncien el local del programa en la atención primaria de salud. Lograr garantía de insumos para los requerimientos del tratamiento con Heberprot-P®.</p>
		<b>Administrativo</b>	<p><b>Problemas:</b> Necesidad de mayor integración de los administrativos de la atención primaria de salud de cada policlínico en la actividad operativa del personal (rutinas del programa) en vínculo estrecho con el coordinador técnico y las promotoras. Insuficiente apoyo al mantenimiento físico de las consultas. Limitaciones en su señalización. <b>Oportunidades:</b> Mayor intercambio presencial con el coordinador técnico del programa, quien posee alto nivel profesional y experiencia, así como sus promotoras. Apoyo del gobierno, Ministerio de Salud Pública y Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología de Camagüey. Perfeccionar sistema de promoción del programa. Visitas del coordinador y promotoras del programa mediante equipos de trabajo con funcionarios de la Dirección Municipal de Salud y directores de policlínicos, entre otros, a las consultas.</p>

**Tabla 3.11. (Cont.)**

Procesos de apoyo	
Oportunidad y continuidad de las actividades programadas	<p><b>Problemas:</b> El servicio de laboratorio no siempre está disponible de forma oportuna para los exámenes del paciente</p> <p>El movimiento del personal de enfermería dificulta la continuidad en la atención al paciente</p> <p><b>Oportunidades:</b> mejora de esos servicios</p> <p>Mayor control organizacional del personal.</p>
Coordinación entre actividades programadas	<p><b>Problemas:</b> Desajustes de índole organizacional con el personal</p> <p><b>Oportunidades:</b> Aumentar la retroalimentación con otras experiencias y mayor control de expertos del programa en las consultas de atención primaria de salud</p>

## Desarrollo de competencias organizacionales y gerenciales para la mejora continua del programa

Las actividades concebidas están dirigidas a la mejora continua del programa en estrecha relación con sus aspectos fundamentales: mejora de las operaciones, de la calidad y garantía de mayor valor público. Destaca la concepción del desarrollo de habilidades de cooperación entre el personal del servicio, la garantía de las condiciones físicas, los recursos materiales y humanos para la atención del paciente, la innovación y desarrollo de nuevas competencias para afrontar las rutinas en la atención primaria de salud.

Acerca del desarrollo de competencias gerenciales, sobresalen la creación de herramientas para medir la calidad del programa y el incremento de la retroalimentación respecto a la calidad de los servicios desde el punto de vista del paciente/acompañante; el fomento de la atención al paciente/acompañante con equidad desde el punto de vista clínico e informativo; la garantía de acciones de promoción de salud del programa con la participación de los pacientes y la comunidad; la orientación de los procesos de atención y cuidados hacia resultados medidos en la mejora de la calidad de vida con una clara alineación con los requerimientos de los beneficiarios y sus familias.

En la tabla 3.12 se presenta las actividades y vías para el desarrollo de competencias según las perspectivas contextualizadas para el proceso de implementación de los programas de salud.

**Tabla 3.12.** Actividades para el desarrollo de competencias organizacionales

Actividades	Vías para desarrollar capacidades
<b>Habilidades individuales</b>	
Desarrollar habilidades de cooperación para realizar las rutinas	Resolución compartida de problemas; implementación e integración
Desarrollar conocimientos y habilidades para la promoción del programa y la participación social (rutinas o actividades)	Resolución compartida de problemas e implementación
Perfeccionar la comunicación asertiva en los procesos de atención al paciente	Resolución compartida de problemas, implementación e integración, y aprendizaje individual

**Tabla 3.12.** (Cont.)

<b>Actividades</b>	<b>Vías para desarrollar capacidades</b>
<b>Sistemas técnicos (competencia tecnológica acumulada)</b>	
Desarrollar sistemas de control interactivo con proveedores y pacientes/acompañantes. Rendición de cuentas.	Investigación, cuestionamiento de las rutinas, experimentación y aprendizaje organizacional.
Actualizar procedimientos, sistemas de información y tecnologías.	Investigación, cuestionamiento de las rutinas, experimentación.
<b>Sistemas gerenciales</b>	
Utilizar la información generada por los indicadores de calidad. Desarrollar las herramientas para generar aprendizajes en el nivel individual y en los procesos del programa.	Investigación y aprendizaje organizacional.
Innovar y desarrollar nuevas competencias para afrontar las rutinas del programa en la atención primaria de salud.	Importar conocimientos, implementación y experimentación.
Garantizar las condiciones físicas, los recursos materiales y humanos para la atención del paciente.	Resolución compartida de problemas e implementación.
<b>Valores y normas</b>	
Desarrollar formas de control social del programa que consideren las expectativas, visiones y preferencias, y la equidad en el servicio.	Investigación e implementación.
Actualizar protocolo de actuación para la atención primaria de salud en función del incremento de la calidad del programa a este nivel.	Importar conocimientos y aprendizaje colectivo.

**Fuente:** elaboración propia.

La tabla 3.13 muestra las vías para promover el desarrollo de competencias gerenciales.

**Tabla 3.13.** Actividades para el desarrollo de competencias gerenciales

<b>Actividades</b>	<b>Vías para desarrollar capacidades</b>
<b>Análisis de situación de salud</b>	
Intensificar el control del proceso de captación de pacientes al programa en la atención primaria de salud	Investigación, aprendizaje colectivo, implementación e integración

Fortalecer el sistema de capacitación de los recursos humanos de atención primaria en las áreas de salud.	Investigación, aprendizaje colectivo, implementación, integración e importación de conocimientos.
<b>Vigilancia y control de riesgos</b>	
Vigilar la seguridad de los pacientes con modelos de gestión de riesgo para prevenir y minimizar los eventos adversos	Investigación, implementación y resolución compartida de problemas
Potenciar la reducción de las complicaciones de los pacientes en el tratamiento con Heberprot-P®	Investigación, implementación e integración, y resolución compartida de problemas
Velar por la disminución del número de amputaciones en el servicio.	Investigación, implementación e integración, y resolución compartida de problemas
<b>Promoción de la salud y participación social</b>	
Favorecer la creación de protocolo de información sobre la enfermedad y el tratamiento a los pacientes/acompañantes.	Implementación e integración, e importación de conocimientos
Garantizar acciones de promoción de salud sobre el programa con participación social de pacientes y la comunidad en general	Implementación e integración.
<b>Planificación, regulación y control</b>	
Comprobar o analizar las rutinas del programa; supervisar directamente la coordinación entre los integrantes del personal	Investigación, aprendizaje colectivo, implementación e integración
Aplicar el sistema de indicadores propuesto en esta investigación y crear herramientas que permitan medir la calidad del programa	Importación de conocimientos de otros programas, investigación y experimentación
Establecer medidas de control para la garantía de óptimas condiciones físicas y la señalización adecuada de las consultas del programa	Implementación e integración a las diferentes áreas de salud de la atención primaria
Planear la reformulación de procesos que permitan mejoras en la gestión de operaciones del programa y su control.	Implementación e integración, aprendizaje colectivo e importación de conocimientos

**Tabla 3.13.** (Cont.)

Actividades	Vías para desarrollar capacidades
<b>Equidad en el acceso y calidad en los servicios individuales y colectivos</b>	
Analizar los factores que guían las expectativas y la satisfacción de los usuarios/pacientes	La investigación e importación de conocimientos
Orientar los procesos de atención y cuidados a los resultados medidos en mejora de la calidad de vida y una clara alineación con los requerimientos de los pacientes y sus familias	Implementación e integración, y aprendizaje colectivo
Fomentar la atención al paciente/acompañante con equidad desde el punto de vista clínico e informativo	Implementación e integración, y aprendizaje colectivo
Incrementar retroalimentación sobre la calidad de los servicios del programa desde el punto de vista del paciente/acompañante	Investigación, implementación e integración, importación de conocimientos y resolución compartida de problemas

**Fuente:** elaboración propia.

## Consideraciones finales

Los resultados constituyen la validación del procedimiento. Se logró evaluar el programa de salud con enfoque gerencial y el empleo de variables críticas de calidad como parte del control de gestión y del estudio de sus interrelaciones a escala municipal.

El estudio de los procesos y las interacciones de las actividades del programa en el proceso de implementación resultó un elemento esencial en los mecanismos de perfeccionamiento de sus servicios en la atención primaria de salud, y una vía para identificar los problemas y oportunidades de mejora.

La evaluación de las variables críticas de calidad en correspondencia con los factores adoptados en la investigación favorece la pertinencia de la gestión de operaciones del programa y su control para la mejora continua. Su implementación tributa al desarrollo de competencias organizacionales y gerenciales necesarias para su avance.

Se fundamenta la viabilidad de la investigación en el contexto de la actualización del modelo económico cubano debido a su contribución al perfeccionamiento de los programas en la implementación de la atención primaria de salud y su efecto en los territorios en el proceso de desarrollo socioeconómico del país; máxime, al implicar la salud y bienestar de la población.

El procedimiento propuesto constituye una herramienta metodológica para coordinadores de programas, otros directivos, especialistas, investigadores, gobiernos municipales y provinciales, así como una vía para perfeccionar los servicios de salud a nivel municipal mediante la mejora continua de los programas.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

1. Cortázar JC. Una mirada estratégica y gerencial de la implementación de los programas sociales. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo Social y Felipe Herrera Library; 2006. p 10. DOI: <http://dx.doi.org/10.18235/0011814>
  2. Valentí C. Los Programas de Salud como Políticas Públicas en Cuba. Conferencia llevada a cabo en Convención Internacional de Salud, Cuba Salud 2015. Cuba: Ministerio de Salud Pública; 2015. Disponible en: <https://acortar.link/BFMWGY>
  3. Álvarez CH, Lara A, Torres C, Covarrubias L, Guillermo E, Toscano M. Modelo de evaluación de programas de salud. Manual de operación. Primera edición. México: Secretaría de Salud y Bienestar Social del Estado de Colima; 2014. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/cts/v2n4/v2n4a05.pdf>
  4. Ballart X. Conceptos, clases, propósitos, intereses y criterios de evaluación. En: ¿Cómo evaluar programas y servicios públicos? Aproximación sistemática y estudios de caso. España: Ministerio para la Administraciones Públicas; 1992.
  5. Msila V, Setlhako A. Evaluation of Programas: Reading Carol H. Weiss. Universal Journal of Educational Research; 2013; 1<sup>(4)</sup>:323-27. DOI: 10.13189/ujer.2013.010408.
  6. Armijos JC. Diseño e implementación de un modelo de indicadores de gestión para evaluar el desempeño de hospitales públicos. [tesis de maestría]. Santiago de Chile, Chile: Facultad Economía y Negocios, Universidad de Chile; 2017. Disponible en: <https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/149734/Armijos%20Armijos%20Juan.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
-

7. Carnota O. Calidad con sustentabilidad. Gerencia de las organizaciones sanitarias del sector público. Primera edición. La Habana, Cuba: Editorial Ciencias Sociales; 2019. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/libros/calidad\\_sustentabilidad/calidad\\_sustent\\_gerencia.pdf](http://www.bvs.sld.cu/libros/calidad_sustentabilidad/calidad_sustent_gerencia.pdf)
8. Macías M. Evaluación de la estrategia de reducción de la pobreza de honduras 2000-2015. [tesis doctoral]. Valladolid, España: Universidad de Valladolid, Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, Departamento de Economía Aplicada; 2015. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/74/TEISIS24-090710.pdf;jsessionid=503288A2A96E9A13FCF3C6011E15CC5F?sequence=1>
9. Eraso BE, Chávez ME, Herrera DF, Torres JP, Gallo JG, Armijos LA. ¿Cómo medir la eficacia de la gestión en instituciones de salud? *Revibiomedica*. 2017; 36 <sup>(3)</sup>: [1-8]. Disponible en: <http://www.revibiomedica.sld.cu/index.php/ibi/article/view/78/72>
10. Martínez-Mediano C. Los modelos lógicos para la evaluación de programas educativos. *Serie-Estudios, Campo Grande, MS*. 2016. 21 <sup>(42)</sup>: [41-63]. DOI: [http://dx.doi.org/10.20435/2318-1982-2016-v.21-n.42\(03\)](http://dx.doi.org/10.20435/2318-1982-2016-v.21-n.42(03))
11. Organización Mundial de la Salud. Evaluación de los programas de salud. Normas fundamentales para su aplicación en el proceso de gestión para el desarrollo nacional de la salud. Ginebra, Suiza: Serie «SALUD PARA TODOS», N. 6. 1981. <sup>(42)</sup>: [6]. Disponible en: [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/40741/924380006x\\_es.pdf?sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/40741/924380006x_es.pdf?sequence=1)
12. Nebot M, López MJ, Arizaa C, Villalbía JR, García-Altés A. Evaluación de la efectividad en salud pública: fundamentos conceptuales y metodológicos. *Gac Sanit*. 2011; 25 (Supl 1): [3-8]. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/82622043.pdf>
13. Sánchez I. El diseño metodológico de las investigaciones evaluativas relacionadas con la calidad en salud. *MEDISAN*. 2016; 20<sup>(4)</sup>: [544-52]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192016000400015&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016000400015&lng=es).
14. Royo MA. Gestión y evaluación de intervenciones en salud pública. [tesis doctoral]. Aragón, España: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; 2014

15. Hernández A, Delgado A, Marqués M, Nogueira D, Medina A, Negrín E. Generalización de la gestión por procesos como plataforma de trabajo de apoyo a la mejora de organizaciones de salud. *Rev. Gerenc. Polít. Salud*; 2016; 15<sup>(31)</sup>: 66-87. Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/18220/14315>
16. Falcón Fariñas IN, Escalante Padrón O, Nordelo Valdivia A, Campal Espinosa AC. Metodología de evaluación de impacto social para programa de salud. *RevHumMed* .2018; 18<sup>(1)</sup>: [aprox. 18 p.]. Disponible en: <http://humanidadesmedicas.sld.cu/index.php/hm/article/view/1220>
17. Gálvez AM, Suárez N, Álvarez M. Economía de la salud. Un enfoque multidisciplinario. Primera edición. Cuba: Editorial Ciencias Médicas; 2020. Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/economia-de-la-salud-un-enfoque-multidisciplinario/>
18. Scriven M. The logic of evaluation. [Internet]. Ontario: ONTARIO SOCIETY FO THE STUDY OF ARGUMENTATION (OSSA) University of Windsor; 2007. Conference Archive. Disponible en: <http://scholar.uwindsor.ca/ossaarchive/OSSA7/papersandcommentaries/138>
19. Gutiérrez-Aguado A. La evaluación de programas e intervenciones sanitarias en el marco de los programas presupuestales de salud. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2017; 34<sup>(3)</sup>: [363-64]. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rp-mesp/2017.v34n3/363-364/es/>
20. Rey de Marulanda N, Cortázar JC, Sulbrandt J, Navarrete N, Piergentili N, Gaetani F, et al. Entre el diseño y la evaluación. El papel crucial de la implementación de los programas sociales. [Internet]. Primera edición. Estados Unidos de América: Banco Interamericano de Desarrollo; 2007. Disponible en: <https://publications.iadb.org/es/entre-el-diseno-y-la-evaluacion-el-papel-crucial-de-la-implementacion-de-los-programas-sociales>
21. Segredo AM. Aproximación teórica a la evolución, teorías, enfoques y características que han sustentado el desarrollo de las organizaciones. *Revista Cubana de Salud Pública* 2016; 42<sup>(4)</sup>: 585-595. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v42n4/spu09416.pdf>
22. Suárez J, Godue Ch, García JF, Magaña L, Rabionet S, Concha I, et al. Competencias esenciales en salud pública: un marco

- regional para las Américas. Rev. Panam Salud Publica. 2013; 34<sup>(1)</sup>: 47-53. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2013.v34n1/47-53/es>
23. Pérez LF. Evaluación de las habilidades innovadoras y gerenciales de los directivos de empresas de los sectores productivos priorizados en la ruta competitiva del departamento de Sucre. [tesis de maestría]. Medellín, Colombia: Universidad Del Norte, Maestría en Desarrollo Social; 2017. Disponible en: <https://manglar.uninorte.edu.co/handle/10584/8737#page=1>
  24. Tejada R. Las competencias transversales en la formación de profesionales. Didasc@lia: D&E.2016; VII <sup>(6)</sup>: Edición Especial, 199-228. Disponible en: <https://revistas.ult.edu.co/index.php/didascalía/article/view/568/567>
  25. Ávalos MI. La evaluación de la calidad en la atención primaria a la salud. Consideraciones teóricas y metodológicas. Horizonte Sanitario. 2010; 9 <sup>(1)</sup>: [9-19]. Disponible en: <https://www.re-dalyc.org/pdf/4578/457845134003.pdf>
  26. Leonard-Barton D. Wellsprings of Knowledge. Building and Sustaining the Sources of Innovation. Boston, EE. UU: Harvard Business School Press; 1995.
  27. Chacón Cantos J, Rugel Kamarova S. Artículo de Revisión. Teorías, Modelos y Sistemas de Gestión de Calidad. Espacios. 2018; 39 <sup>(50)</sup>: 14. Disponible en: [www.revistaespacios.com/a18v39n50/a18v39n50p14.pdf](http://www.revistaespacios.com/a18v39n50/a18v39n50p14.pdf)
  28. Del Carmen JC. Lineamientos y estrategias para mejorar la calidad de la atención en los servicios de salud. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2019; 36<sup>(2)</sup>: 288-295. Disponible en: <https://scielosp.org/article/rpmesp/2019.v36n2/288-295/es/>
  29. Valenzuela T. Indicadores de salud: características, uso y ejemplos. CienTrab.2005; 7 <sup>(17)</sup>: 118-122. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-420785>
  30. Santamaría AM, Santamaría NH, López MÁ, Velázquez CA, Cuevas RN, Herrera J E et al. Conceptos básicos, dimensiones y modelos de la calidad hospitalaria. Rev de Medicina e Investigación Universidad Autónoma del Estado de México.2018; 6 <sup>(1)</sup>: 46-53. Disponible en: <https://medicinainvestigacion.uaemex.mx/article/view/18981>

31. Donabedian A. Evaluación de la calidad de la atención médica. Primera edición. Washington D.C., EE. UU: OPS/OMS; 1992. 382-404.
32. Birch K, Field S, Scrivens E. Quality in General Practice. Primera edición. Oxford, Inglaterra: Radcliffe Medical Press; 2000.
33. Rojas F. Actor y Testigo. La Habana: Editorial Lazo Adentro. Unidad Nacional de Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades; 2016.
34. Ramos BN. Control de calidad de la atención en salud. Editorial: Ciencias Médicas. La Habana 2da. Edición. 2011, p.47. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/libros/control\\_calidad\\_atencion/control\\_calidad\\_completo.pdf](http://www.bvs.sld.cu/libros/control_calidad_atencion/control_calidad_completo.pdf)
35. Massip C, Ortiz RM, Llantá MC, Peña M, Infante I. La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad.2008; 34 <sup>(4)</sup>: 1-10. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2008.v34n4/1-10/es>
36. Mejías Y, Cabrera N, Rodríguez MM, Toledo AM, Norabuena MV. Bases legales de la calidad en los servicios de salud. Revista Cubana de Salud Pública.2013; 39 <sup>(4)</sup>: 796-803. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662013000400016](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000400016)
37. Reglamento general de Policlínicos. República de Cuba. La Habana: MINSAP. 2008 Disponible en: <https://instituciones.sld.cu/polmachaco/files/2016/06/reglamento-general-del-policlinico-comunitario.pdf>
38. Rojas F. Salud y Salud Pública. Teoría y Práctica. Primera edición. Cuba: Editorial Ciencias Médicas; 2019. Disponible en: [https://www.bvs.sld.cu/libros/salud\\_publica\\_teoría\\_practica/salud\\_publica\\_teoría\\_practica.pdf](https://www.bvs.sld.cu/libros/salud_publica_teoría_practica/salud_publica_teoría_practica.pdf)
39. Morales R, Mas P, Castell-Florit P, Arocha C, Valdivia NC, Druyet D, et al. Transformaciones en el sistema de salud en Cuba y estrategias actuales para su consolidación y sostenibilidad. Rev Panam Salud Pública. 2018; 42<sup>(25)</sup>: [1-8]. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2018.v42/e25>
40. García AL. El pie diabético. Experiencia de su manejo en el servicio de Angiología y Cirugía Vasculard de Matanzas. [Tesis doctoral]. Villa Clara, Cuba: Instituto Superior de Ciencias Médicas de Villa Clara; 2008. Disponible en: <https://tesis.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=314>

41. Márquez NE. Metodología para evaluar la calidad asistencial a la atención de los ingresados en el hogar. [Tesis doctoral]. La Habana, Cuba: Universidad de Ciencias Médicas; 2010. Disponible en: <https://tesis.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=676>
42. Moreno R. Eficacia de un Programa Comunitario de Atención Temprana del Neurodesarrollo en el municipio Habana Vieja. 1998 – 2008. [Tesis doctoral]. La Habana, Cuba: Universidad de Ciencias Médicas, Facultad de Ciencias Médicas, Cuba; 2011. Disponible en: <https://tesis.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=297>
43. Carballés JF. Evaluación del programa cubano de rehabilitación cardiaca del niño durante los años 1992 a 2010. [Tesis doctoral]. La Habana, Cuba: Universidad de Ciencias Médicas, Facultad de Ciencias Médicas “Enrique Cabrera” Cardiocentro Pediátrico “William Soler”; 2012.
44. Galindo BM. Diseño, implementación y evaluación de la vigilancia de eventos adversos a vacunas en Cuba. 1999-2010. [Tesis doctoral]. La Habana: Instituto de Medicina Tropical “Pedro Kourí”; 2013. Disponible en: <https://tesis.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=246>
45. Casanova MC, Bayarre HD, Navarro DA, Sanabria G, Trasancos M. Guía para evaluar el programa de educación en diabetes en la Atención Primaria de Salud. Rev cubana Med Gen Integr. 2015; 31<sup>(1)</sup>: [17-26]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252015000100004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252015000100004)
46. Reiner L, Cruz BA, Orozco C. La participación comunitaria como eje de la atención primaria de la salud. EDUMECENTRO.2019; 11<sup>(1)</sup>: 218-233. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2077-28742019000100218](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742019000100218)
47. Mirabal M, Rodríguez J, Guerrero M, Álvarez M. Modelo teórico para la evaluación de impacto en programas de Salud Pública. Humanidades Médicas. 2012; 12 <sup>(2)</sup>: 167-183. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/hummed/hm-2012/hm122b.pdf>
48. Falcón IN, Nordelo A, Escalante O, Campal A. Evaluación del impacto social del Programa de Atención Integral al Paciente con UPD con HPP®. Informe final del proyecto asociado a Programa Nacional: Cendecsa, Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey; 2020.

49. Maturell M, Muñiz V, Cuevas R, Lalondrys E, Maceira G. Calidad de la ejecución del Programa de Bajo Peso al Nacer en un área de salud urbana. MEDISAN. 2014; 18<sup>(11)</sup>: 1584-1592. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v18n11/san141811.pdf>
50. Mursulí M, Pérez LM, Hernández CD, Yero IM. Propuesta de Guía metodológica para evaluar la calidad de un servicio de Estomatología General Integral. Gaceta Médica Espirituana. 2018; 20<sup>(3)</sup>: [112-20]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1608-89212018000300112](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212018000300112)
51. Capote J, Peña A. Estado actual de la evaluación de la calidad en los servicios de Estomatología en Cuba. MediSur. 2018; 16<sup>(1)</sup>: [10-19]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v16n1/ms04116.pdf>
52. Arocha M, Márquez M, Estrada GA, Arocha A. Evaluación de la satisfacción de los usuarios y prestadores de servicios en la Clínica Estomatológica "Fe Dora Beris". MEDISAN. 2015; 19<sup>(10)</sup>. Disponible en: <http://www.medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/190>
53. Gómez LE, Pino Y. Por una cultura de género para elevar la calidad de la asistencia médica. Gaceta Médica Espirituana. 2016; 18<sup>(2)</sup>: 1-6. Disponible en: [https://revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/1212/html\\_99](https://revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/1212/html_99)
54. Rodríguez D. Efectividad del uso del Registro de Evaluación Integral al paciente afectado de pie diabético (REIPD). Rev Cub Med Mil. 2016; 45<sup>(2)</sup>: [165-71]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-65572016000200005](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572016000200005)
55. Tesar T, Szilberhorn L, Nemeth B, Nagy B, Wawruch M. & Kalo Z. Cost-Utility Analysis of Heberprot-P as an Add-on Therapy to Good Wound Care for Patients in Slovakia with Advanced Diabetic Foot Ulcer. Front. Pharmacol. 2017; 8, 946. DOI: <https://doi.org/10.3389/fphar.2017.00946>
56. Bagle TR, Vare V, Nimgade A, Hire R, Sharma Y, Kshirsagar P. Pharmacoeconomic evaluation in cost of illness in type 2 diabetes mellitus patients in a tertiary care hospital. International Journal of Basic & Clinical Pharmacology. 2017; 6<sup>(10)</sup>: 2334-2342. DOI: <http://dx.doi.org/10.18203/2319-2003.ijbcp20174355>

57. Calvo J, Pelegrín A, Gil MS. Enfoques teóricos para la evaluación de la eficiencia y eficacia en el primer nivel de atención médica de los servicios de salud del sector público. Retos de la Dirección. 2018; 12<sup>(1)</sup>: [96-118]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rdir/v12n1/rdir06118.pdf>
58. Darville P. Evaluación Ex-Post: Conceptos y Metodologías. Gobierno de Chile, Ministerio de Hacienda, Dirección de Presupuestos, Santiago de Chile, Chile. 2015. Disponible en: [https://www.dipres.gob.cl/598/articles-139847\\_doc\\_pdf.pdf](https://www.dipres.gob.cl/598/articles-139847_doc_pdf.pdf)
59. Montero E. Marco conceptual para la evaluación de programas de salud. 2004. Población y Salud en Mesoamérica, 1, <sup>(2)</sup>: 2. Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/psm/article/view/13935>
60. Castell-Florit P. La administración en salud, componente de desarrollo de la salud pública. Revista Cubana de Salud Pública. 2017; 43 <sup>(1)</sup>: 1-2. Disponible en: [www.scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v43n1/spu01117.pdf](http://www.scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v43n1/spu01117.pdf)
61. Peters DH, Tran NT, Adam T. (Ed.). Investigación sobre la implementación de políticas de salud: Guía práctica. Organización Mundial de la Salud. 2014. Disponible en: <https://cdn.fs.pathlms.com/EIQrUczQRWxR3kRgNYTg>
62. Silva V. Aplicación de gestión por procesos, como herramienta de apoyo al mejoramiento del hospital Dr. Eduardo Pereira. [Tesis de maestría]. Santiago de Chile: Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Escuela de Salud Pública, Chile; 2013. Disponible en: [http://bibliodigital.saludpublica.uchile.cl:8080/dspace/bitstream/handle/123456789/375/Tesis\\_VivianaSilva.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://bibliodigital.saludpublica.uchile.cl:8080/dspace/bitstream/handle/123456789/375/Tesis_VivianaSilva.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
63. Hernández-Sampieri R, Mendoza CP. Metodología de la Investigación, 7ta. edición. México: McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V. 2018.
64. Hernández-Sampieri R, Fernández C, Baptista MP. Metodología de la Investigación, 6ta. edición. México: McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V. 2014
65. Artilés L, Otero J, Barrios I. Metodología de la Investigación para las Ciencias de la Salud. La Habana, Cuba: Editorial de Ciencias Médicas; 2015. Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/metodologia-de-la-investigacion-para-las-ciencias-de-la-salud/>

66. Hair JF, Anderson R, Tatham R, Black W. Análisis multivariante. Quinta edición. Madrid, España: Prentice-Hall Iberia; 1999.
67. De La Hoz AP. Propuesta de aplicación de la escala SERVQUAL en el sector salud de Medellín. Revista CES Salud Pública. 2014; 5 <sup>(2)</sup>: 107-116. Disponible en: <https://n9.cl/c1f3w>
68. Loza JM. Calidad de atención en el servicio de emergencias del Hospital Materno Infantil Germán Urquidí, en el segundo trimestre de la gestión 2014. Rev Inv Sci. 2015; 4 <sup>(1)</sup>: 3-20. Disponible en: [http://revistasbolivianas.umsa.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2313-02292015000100001&lng=pt&nrm=iso](http://revistasbolivianas.umsa.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2313-02292015000100001&lng=pt&nrm=iso)
69. Príncipe L, Santiago R. Efectos de la calidad de los servicios de salud: un estudio comparativo en hospitales públicos vs hospitales privados en Puerto Rico. Revista Internacional Administración & Finanzas. 2017; 10 <sup>(5)</sup>: 1-11. Disponible en: <https://acortar.link/yaAmdK>
70. Baujín J A. Sin cultura humanista potente no hay plenitud del hombre en el reino de este mundo. Revista Universidad de La Habana 2013; Número Especial 276.
71. Ríos M. Evaluación de la eficacia del uso del Heberprot-P® en el Policlínico Norte Joaquín de Agüero. [Tesis de pregrado]. Camagüey, Cuba: Universidad de Camagüey Ignacio Agramonte Loynaz, Facultad de Ciencias Económicas, Licenciatura en Economía; 2019.



## Anexo I. Generalidades conceptuales de evaluación en salud

Guía de la producción de conocimientos en el campo de la evaluación en salud		
Elaboraciones conceptuales sobre evaluación de programas y evaluación en salud; sus implicaciones para el desarrollo social.	De trabajo teórico y conceptualización.	<p>Weiss (2015).                      Álvarez, Lara, Torres, Covarrubias, Espinoza y Toscano (2014).                      Salcedo (2011).                      González y Calcetero (2009).                      Berner, Cooper, Guzmán M. y Guzmán N. (2007).                      Sandoval (2003).                      Organización Mundial de la Salud (1981).                      Ato, Quiñones, Romero y Rabadán (1989).                      Perloff y Sussna (1976).                      Spaniol (1975).                      Riecken (1972).</p>
	Estudios sobre evaluación de programas y políticas públicas.	<p>Weiss (2015).                      Valenti (2015).                      Macías (2015).                      Álvarez <i>et al.</i> (2014).                      Royo (2014).                      Nebot, López, Ariza, Villalbí, García-Altés (2011).                      Salcedo (2011).                      Gálvez (2004).                      Montero (2004).</p>

Guía de la producción de conocimientos en el campo de la evaluación en salud		
Elaboraciones de carácter prospectivo sobre las tendencias y los patrones de evaluaciones en salud.	Análisis del uso de los métodos y su aplicación.	Macías (2015). Álvarez <i>et al.</i> (2014). Nebot <i>et al.</i> (2011). Gálvez (2004).
	Construcción de teorías, indicadores e instrumentos de medición.	Royo (2014). Berner <i>et al.</i> (2007). Valenzuela (2005). Moreno (2004). Mendízabal, Gómez y Moñux(2003).
Reflexiones críticas sobre las interrelaciones y perfeccionamiento de modos de evaluación en salud.	Percepción y participación pública en la evaluación.	Ballart (1992). Martínez (2016). Hernández <i>et al.</i> (2018).
	Teoría del proceso e impacto.	Álvarez Lucas <i>et al.</i> (2014). Royo (2014). Nebot <i>et al.</i> (2011). González y Calcetero (2009). Berner <i>et al.</i> (2007). Guzmán (2007). Montero (2004). Sandoval (2003).
	Cultura de gestión de programas de salud.	Hernández, Barrios y Martínez (2018). Álvarez <i>et al.</i> (2014). Peters, D.H., Tran, N.T. y Adam, T. (Ed.). (2014). Cortázar (2006). Rey de Marulanda <i>et al.</i> (2007). Ballart (1992).

## Anexo II. Entrevista a coordinadores, funcionarios de las direcciones de salud y promotores del programa

**Tema de la entrevista:** antecedentes y problemas del programa.

Estimado coordinador(a), funcionario(a) o promotor(a): Esta entrevista está destinada a conocer los antecedentes y problemas del programa en relación con los diferentes aspectos de sus compo-

nentes. La información recogida será empleada con fines exclusivos de investigación. Se requiere opiniones críticas y sinceras para mejorar su diseño y el servicio en general. Su identidad no será revelada; se garantiza la confidencialidad de sus respuestas. Muchas gracias.

### **Información general**

Entidad donde labora:

Teléfono:

Cargo:

Correo electrónico:

Categoría docente e investigativa:

Tiempo de experiencia en la actividad relativa al tema de la entrevista:

### **Preguntas**

1. ¿Qué antecedentes de la implementación del programa conoce Ud.?
2. ¿Qué problemas tiene el programa en el proceso de implementación?
3. ¿Qué caracteriza el organigrama y ruta crítica del paciente?
4. ¿Se utiliza el insumo requerido para el tratamiento a los pacientes? (producto en óptimas condiciones, algodón, torundas, gasa, alcohol, guantes y otros).
5. ¿Se cumple con la atención programada?
6. ¿Cómo son las condiciones físico-sanitarias de las consultas?
7. ¿El servicio llega a todo el que lo necesita?

## **Anexo III. Entrevista informal a pacientes del programa.**

Estimado señor o señora: Esta entrevista está destinada a conocer características esenciales del medio donde opera el programa en relación con los diferentes aspectos de la atención al paciente. La información recogida será empleada con fines exclusivos de investigación. Se requiere opiniones críticas y sinceras para mejorar la

atención que se brinda. Su identidad no será revelada y se garantiza la confidencialidad de sus respuestas. Muchas gracias.

## **I. Información general**

Edad\_\_\_, Ocupación actual u otro estado\_\_\_, Tiempo en el servicio\_\_\_

Nivel educativo: Universitario\_\_\_ Téc. medio \_\_\_ Preuniversitario\_\_\_ Otro\_\_\_\_\_

### **Preguntas**

1. ¿Qué características tiene la localidad donde opera el programa por el cual Ud. se atiende?
2. ¿Cómo son las condiciones medioambientales de las consultas a las que asiste?
3. ¿El personal del programa informa claramente sobre cómo, dónde y cuándo recibir el tratamiento?
4. ¿Cómo son las relaciones del personal con Ud. y su acompañante al ofrecer el servicio?
5. ¿Existe divulgación de las normas y procedimientos definidos para el servicio?
6. ¿Aprecia guías prácticas para su problema de salud a través de murales u otras vías de comunicación en la consulta?
7. ¿Existen barreras identificables en el servicio como distancia, tiempos de espera, transportación del paciente?
8. ¿Se garantizan los recursos materiales y humanos para cada consulta de forma sistemática?

## **Anexo IV. Guía de entrevista en profundidad a directivos o coordinadores del programa**

**Tema:** Gestión de operaciones del programa en el proceso de implementación.

### **a) Información general**

Entidad donde labora:

Teléfono:

Nombre del entrevistado:

Cargo:

Correo electrónico:

Categoría docente e investigativa:

Tiempo de experiencia en la actividad relativa al tema de la entrevista:

### **b) Información sobre las operaciones del programa**

1. ¿Cuáles son las operaciones del programa?
2. Desde su punto de vista: ¿Son suficientes los recursos humanos y materiales: financieros, materiales, tecnología, información, habilidades, conocimientos?
3. ¿Está garantizada la calidad de los procesos mediante el uso de protocolos, normas de buena práctica clínica y procedimientos estandarizados?

Responda otras preguntas a partir de la escala bipolar entre uno y siete, donde uno es el nivel más bajo y siete el más alto, con sus calificativos:

Uso de diferencial semántico (escala bipolar)

1. ¿Se están llevando a cabo las actividades programadas en cuanto a integridad, contenido y destreza?

#### **Integridad**

Positivo: \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_:

Negativo

7 6 5 4 3 2 1

#### **Contenido**

Positivo: \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_:

Negativo

7 6 5 4 3 2 1

#### **Destreza**

Positivo: \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_:

Negativo

7 6 5 4 3 2 1

2. ¿Se están llevando a cabo las actividades programadas en cuanto a oportunidad y continuidad?

**Oportunidad**

Positivo: \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_:

Negativo

7 6 5 4 3 2 1

**Continuidad**

Positivo: \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_:

Negativo

7 6 5 4 3 2 1

3. ¿Existe una adecuada coordinación entre las distintas actividades?

Adecuada: \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_:

Inadecuada

7 6 5 4 3 2 1

4. ¿Existe una adecuada cooperación entre los actores involucrados en el proceso?

Adecuada: \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_:

Inadecuada

7 6 5 4 3 2 1

Conceptos esenciales sobre la articulación entre actividades del proceso operativo del programa para responder la entrevista en profundidad.

Integridad	Relaciones humanistas, armoniosas y respetuosas entre trabajadores, profesionales, estudiantes y directivos (Diego, 2011, citado por Ramos, 2011).
Contenido	Diferentes objetivos del programa (Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja Ginebra, 2011). Normas, procedimientos e indicadores (Ramos, 2011).
Destreza	Habilidad necesaria para realizar las actividades o desempeñar un papel (Ramos, 2011).

Oportunidad	<p>El servicio está disponible en forma oportuna para adoptar las decisiones requeridas. Brinda oportunidades para que las partes interesadas, en particular los beneficiarios, expresen sus opiniones y percepciones acerca de la labor; ejemplos: apertura a las críticas, exteriorización del deseo de aprender de las experiencias y de adaptarse a las necesidades cambiantes.</p> <p>Elaboración de informes que se convierte en una oportunidad para realizar un análisis crítico y lograr un aprendizaje institucional, a fin de brindar información a los responsables de tomar las decisiones y evaluar los efectos.</p> <p>(Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, Ginebra, 2011).</p>
Continuidad	<p>Acciones consecutivas en función de los objetivos del programa (Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, Ginebra, 2011).</p>
Coordinación	<p>Cada individuo no solo debe ser capaz de asumir los comportamientos que las rutinas adscritas a su papel le exigen, sino de captar e interpretar los “mensajes” que otros miembros de la organización le remiten –bajo la forma de insumos, productos intermedios, autorizaciones, etc.– y que exigen que él, a su vez, asuma determinados comportamientos también rutinarios, a decir de Nelson y Winter (como se citó en Cortázar, 2006).</p>
Cooperación	<p>Cooperación entre muchos actores. Lleva a considerar problemas que afectan de manera sustantiva las acciones que siguen reglas: la incertidumbre, la ambigüedad (Cortázar, 2007).</p>

## Anexo V. Encuesta a personal de la salud sobre la gestión de operaciones

Estimado compañero:

Actualmente se realiza un estudio sobre la gestión de operaciones del programa. Sus opiniones y sugerencias en relación con este serían de gran ayuda para mejorar el trabajo. La información recogida será empleada con fines exclusivos de investigación. Gracias.

Edad\_\_\_ Labor que realiza\_\_\_\_\_ Nivel educativo\_\_\_ Años de experiencia en el servicio\_\_\_

Marque con una cruz la puntuación que estime ante las siguientes preguntas. La calificación de 5 significa el punto más alto, y 1, el más bajo. No existen respuestas correctas ni incorrectas, es solo su apreciación.

Núm.	Preguntas	Escala (muy favorable a muy desfavorable)				
		1	2	3	4	5
1	¿Ud. domina claramente cómo, dónde y cuándo se realizan las actividades del programa?					
2	¿Contribuye Ud. a la gestión de operaciones del programa?					
3	¿Ud. realiza cambios urgentes en los servicios del programa a favor del desarrollo?					
4	¿Ud. brinda el mejor servicio disponible en el sentido técnico para el programa?					
5	¿Incluye en su servicio las medidas de protección y promoción de la salud, así como las de prevención de la enfermedad?					
6	¿Ud. resguarda la confidencialidad y la privacidad del paciente/acompañante?					
7	¿Ud. maximiza el servicio para un insumo dado o, de manera inversa, minimiza el insumo para un nivel dado de servicio?					
8	¿Ud. facilita el acceso al servicio según la necesidad del paciente?					
9	¿Ud. trata a los pacientes de manera equitativa?					
10	¿Ud. logra continuidad entre los episodios sucesivos de atención al paciente?					

## Anexo VI. Indicadores de calidad de los procesos

Indicador: brechas del servicio		Incluye diferentes tasas y porcentajes referentes a la población inmersa en el programa.				
Núm.	Objetivo	Métrica	Estándar	Frec.	Proceso	
1	Porcentaje de pacientes en el servicio.	Evaluar la calidad de la atención en el servicio.	(Total de pacientes con úlcera de pie diabético / Núm. de Egresos) x 100	<a un Núm. en % de acuerdo con Ministerio de Salud o de indicadores de gestión y evaluación del programa.	Mensual	Finales: clínico. De apoyo: clínico y administrativo.
2	Tasa de mortalidad.	Minimizar la tasa de pacientes fallecidos en el servicio.	(Núm. de pacientes atendidos que son éxitos / Núm. de pacientes atendidos en el servicio) x 100	% de acuerdo con indicadores de Gestión del programa.	Mensual	Finales: clínico. De apoyo: clínico y administrativo.
3	Tasa de pacientes fallecidos en espera por atención del programa.	Minimizar la tasa de pacientes fallecidos en espera del servicio.	(Núm. pacientes fallecidos en espera de atención / Núm. pacientes con aceptación de ingreso al servicio) x 100	% de acuerdo con indicadores del programa.	Mensual	Finales: gestión del usuario y clínico. De apoyo: clínico y administrativo.
4	Porcentaje de consultas suspendidas.	Minimizar el porcentaje de consultas suspendidas.	(Núm. de consultas suspendidas / Núm. programadas) x 100	% de acuerdo con indicadores del programa.	Mensual	Finales: gestión del usuario. De apoyo: logístico y administrativo.
5	Tasa de eventos adversos relacionados con la mala atención de los pacientes.	Mejorar la asignación de recursos.	(N. de pacientes identificados de acuerdo con la norma en el servicio / Total de pacientes identificados en el servicio) x 100	% de acuerdo con las normas de calidad y seguridad del paciente.	Mensual	Finales: clínico. De apoyo: clínico.

**Indicador:**  
brechas del  
servicio

Incluye diferentes tasas y porcentajes referentes a la población inmersa en el programa.

Núm.

Número de pa-  
cientes en espera  
de captación.

Minimizar el número de  
pacientes en espera de  
su atención.

Sumatorio total de los  
pacientes por pesquisar.

Definido según obje-  
tivos trazados por el  
programa.

Mensual

Finales: gestión del usuario y clínico.  
De apoyo: clínico y administrativo.

6

Porcentaje de  
errores en la medi-  
cación.

Minimizar errores en la  
medicación.

Núm. de errores ocurridos  
/ Cantidad de pacientes  
medicados x 100.

% definido de acuerdo  
con protocolo de actua-  
ción del programa.

Mensual

Finales: clínico.  
De apoyo: clínico.

7

Tiempo de aten-  
ción al paciente en  
consultas.

Incrementar la calidad  
en las prestaciones de  
salud a la población.

Núm. de pacientes  
atendidos sin topes por  
unidad de tiempo/Total  
de pacientes que solicitan  
ser atendidos en consulta.

% definido de acuerdo  
con objetivos trazados  
por el programa.

Semestral

Finales: gestión del usuario y clínico.  
De apoyo: clínico y administrativo.

8

Porcentaje de  
inclusión de los  
pacientes en el  
programa respecto  
del total de identi-  
ficados.

Minimizar el número de  
pacientes en espera de  
su atención.

(Núm. de pacientes  
identificados con úlcera  
de pie diabético / Total de  
pacientes identificados en  
el servicio) x 100.

% definido de acuerdo  
con objetivos trazados  
por el programa.

Semestral

Finales: gestión del usuario y clínico.  
De apoyo: clínico y administrativo.

9

Núm.	Indicador: cumplimiento de estándares	Objetivo	Métrica	Estándar	Frecuencia	Proceso
1	Mide la existencia de documentos rectores del programa, así como otras tasas y porcentajes en relación con los servicios.	Verificar la existencia y el cumplimiento de los protocolos clínicos.	Existencia de protocolos clínicos (Sí/ No).	Sí, definido de acuerdo con Manual de indicadores de calidad para los servicios.	Anual	Finales: gestión del usuario y clínico. De apoyo: clínico y administrativo.
2	Porcentaje de pacientes que son atendidos en un periodo adecuado desde su ingreso al programa.	Cumplir con guías y protocolos clínicos.	(Núm. de pacientes atendidos con prontitud luego del ingreso al programa/ Núm. de pacientes captados para el programa) x 100.	% definido de acuerdo con indicadores trazados por el programa.	Mensual	Finales: gestión del usuario y clínico. De apoyo: clínico y administrativo.

Fuente: adaptado de Armijos, 2017.

## **Anexo VII. Cuestionario al personal de la salud sobre la calidad médica o profesional**

Estimado compañero:

Actualmente se ejecuta un estudio sobre la evaluación de la calidad del programa. Sus opiniones y sugerencias en relación con este serían de gran ayuda para mejorar el trabajo. La información recogida será empleada con fines exclusivos de investigación. Gracias.

Edad\_\_\_ Ingreso al área de salud\_\_\_ Especialidad\_\_\_\_\_

Labor que realiza dentro del servicio \_\_\_\_\_

Años de experiencia \_\_\_\_\_

En las siguientes preguntas, marque con una cruz la puntuación que estime. La calificación de 5 significa el punto más alto, y uno, el más bajo. No existen respuestas correctas ni incorrectas, es solo su apreciación.

Preguntas	Muy favorable (5)	Ni favorable, ni poco favorable (4)	Poco favorable (3)	Desfavorable (2)	Muy desfavorable (1)
¿De qué forma el personal del programa aplica las normas y procedimientos definidos en el Protocolo de Actuación?					
¿Cómo son las relaciones del personal del programa con los pacientes/acompañantes al ofrecer el servicio?	Positivo (5)	Ni positivo, ni poco positivo (4)	Poco positivo (3)	Negativo (2)	Muy negativo (1)
¿Hay fallas identificables en equidad (por grupo socioeconómico, según nivel de ingreso, grupo étnico, sexo, condición geográfica)?					
¿Es el servicio o tratamiento que se brinda el mejor disponible en el sentido técnico?					
¿Se maximiza el producto para un insumo dado o, de manera inversa, se minimiza el insumo para un nivel dado de producto?					
¿Existe preocupación por la preparación técnica-profesional para afrontar el servicio?					
¿Existen barreras identificables en el servicio (distancia, tiempos de espera, transportación del paciente)?					
¿Se aborda al paciente teniendo en cuenta todos los aspectos que afectan su entorno: biológicos, psicológicos, ambientales, culturales, económicos, sociales?					

De las funciones a ejecutar por el personal del servicio relacionado a continuación, ¿cuáles cree Ud. necesitan ser reforzadas? Marque (X) del 1-5. Uno es el nivel más bajo y 5 el más alto en importancia:

Núm.	Funciones del personal	Escala				
		1	2	3	4	5
1.	Acceso de la población al tratamiento					
2.	Equidad en el tratamiento a los pacientes					
3.	Tratamiento al paciente teniendo en cuenta su entorno					
4.	El patrón general de la atención según las necesidades de los pacientes					
5.	Continuidad en la atención a los pacientes					
6.	La confidencialidad y la privacidad con el paciente/acompañante					

## **Anexo VIII. Entrevista a pacientes/acompañantes sobre la calidad médica o profesional del personal del programa**

Estimado paciente:

Actualmente se desarrolla un estudio sobre la evaluación de la calidad profesional del personal del programa. Sus opiniones y sugerencias en relación con este serían de gran ayuda para mejorar el trabajo. La información recogida será empleada con fines exclusivos de investigación. Gracias.

Edad\_\_\_ Ingreso al área de salud\_\_\_

Ocupación laboral u otros estados \_\_\_\_\_

Tiempo de experiencia en el servicio \_\_\_\_\_

### **Preguntas**

1. ¿Cómo valora Ud. la calidad profesional del personal del programa?

2. ¿Qué imagen presenta el personal del programa en la consulta?
3. ¿Ud. aprecia conocimientos técnicos y profesionales del personal para afrontar el servicio?
4. ¿Cuáles han sido la atención y el balance de los servicios en función de lograr efectos deseados y responder a sus necesidades?

## Anexo IX. Cuestionario a pacientes/acompañantes sobre la calidad del servicio (expectativas y satisfacción)

Estimado señor o señora: Esta encuesta está destinada a determinar el grado de satisfacción del paciente/acompañante en relación con los diferentes aspectos de los servicios del programa y sus expectativas.

Por favor, piense en la importancia que tiene para usted cada uno de los siguientes ítems en la prestación de servicios de salud y marque con una X la casilla correspondiente. Asigne una valoración sobre la calidad del SERVICIO RECIBIDO comparándola con su NIVEL DE SERVICIO DESEADO.

**Nivel de servicio deseado:** El nivel de servicio vinculado al programa que usted considera que PUEDE y DEBERÍA tener.

La información recogida será empleada con fines exclusivos de investigación. Se requiere opiniones críticas y sinceras para mejorar las atenciones que se brindan. Su identidad no será revelada y se garantizará la confidencialidad de sus respuestas. Muchas gracias.

Edad\_\_ Ocupación actual\_\_ Tiempo en el servicio\_\_

Nivel educativo: Universitario \_\_ Téc. Medio \_\_ Preuniversitario\_\_ Otro\_\_\_\_\_

**I. INFORMACIÓN GENERAL.** Paciente \_\_\_\_\_ Acompañante \_\_\_\_\_

**II. LAS PREGUNTAS** están formuladas en función de completar una frase que está dirigida a conocer su actitud intrínseca hacia la utilización de los servicios del programa. Responda con una cruz en la puntuación que amerite según su valoración. El valor 1 significa el punto más bajo y el 5, el más alto.

Nada importante  
Poco importante  
Neutral  
Importante  
Muy importante  
Mucho menor de lo esperado  
Menor de lo esperado  
Lo que esperaba  
Mayor de lo esperado  
Mucho mayor de lo esperado

Ítems

### Tangibles

1. Que el local de la consulta sea limpio, cómodo y acogedor.
2. Que el local de la consulta cuente con los equipos y materiales necesarios para su atención.
3. Que la apariencia del personal sea pulcra y profesional.
4. Que la señalización de la consulta sea adecuada para orientar a los pacientes y acompañantes.

### Fiabilidad

5. Que el personal que atiende su problema de salud le inspire confianza.
6. Que la consulta se realice en el horario programado.
7. Que durante su atención se respete su privacidad.
8. Que la atención para el análisis de laboratorio, radiografías u otros exámenes sea rápida.

### Capacidad de respuesta

9. Que el personal muestre disposición de ayudar al paciente.

10. Que se responda prontamente a las peticiones de los pacientes.

11. Que haya seguridad en el diagnóstico.

12. Que se mantenga a los pacientes informados sobre cuándo exactamente se proveerá los servicios.

### **Seguridad**

13. Que se le explique a Ud. o a sus familiares con palabras fáciles de entender el problema de salud, los procedimientos y análisis, y el tratamiento.

14. Que se realice un examen físico completo y minucioso por el problema de salud que motiva su atención.

15. Que el personal le brinde el tiempo necesario para contestar sus preguntas y esclarecer sus dudas relativas a su problema de salud.

16. Que el personal posea el conocimiento necesario para responder las preguntas de los pacientes.

### **Empatía**

17. Que se brinde a los pacientes atención individual.

18. Que el personal muestre interés en solucionar su problema de salud.

19. Que el personal trate a los pacientes en forma educada y comprensiva: escuchar atentamente, con amabilidad, respeto y paciencia.

20. Que el personal se exprese con simpatía en el manejo de los problemas del servicio.

**Fuente:** adaptado de Cabello y Chirinos, 2012, y De La Hoz, 2014.

## Anexo X. Indicadores de calidad: satisfacción

Núm.	Satisfacción Indicadores	Objetivo	Métrica	Estándar	Frecuencia	Proceso
Mide porcentajes y tasas referentes al nivel de satisfacción de los pacientes/acompañantes atendidos por el personal del programa.						
1	Existencia de sistema normalizado de quejas y sugerencias.	Garantizar evidencia de quejas y sugerencias de pacientes/acompañantes.	Núm. y tipología de quejas y sugerencias presentadas por los pacientes/acompañantes acerca de los servicios.	Sí	Mensual	Finales: clínico. De apoyo: clínico, logístico y administrativo.
2	Porcentaje de reclamos contestados oportunamente.	Reducir el porcentaje de quejas.	(Núm. de quejas resueltas / total de quejas recibidas) x 100.	> 90 %, de acuerdo con indicadores del programa.	Mensual	Finales: clínico. De apoyo: clínico y administrativo.
3	Aplicación de encuestas de satisfacción de los pacientes.	Verificar la aplicación de las encuestas de satisfacción del paciente.	Realización de una encuesta de satisfacción periódica a los pacientes y sus familias, o entorno cuidador (Sí / No).	Sí	Anual	Finales: clínico. De apoyo: clínico y administrativo.
4	Personas atendidas fuera de consulta.	Aumentar la satisfacción del paciente. Elevar la calidad del servicio.	(Núm. de pacientes atendidos fuera de consulta / Núm. de pacientes atendidos) x 100.	< 1 %, de acuerdo con protocolos de actuación del programa.	Mensual	Finales: gestión del usuario y clínico. De apoyo: clínico y administrativo.

5	Existencia de protocolos de información a pacientes y acompañantes.	Cumplir con guías y protocolos clínicos.	Existencia de protocolo (Sí / No).	Sí	Anual	Finales: clínico. De apoyo: clínico.
6	Tasa de reclamos realizados por los pacientes.	Aumentar la satisfacción del paciente por medio de la disminución de reclamos.	(Núm. de pacientes que han presentado reclamos en el periodo de estudio / Núm. total de pacientes atendidos en el periodo de estudio) x 100.	< 5 %, de acuerdo con el Ministerio de Salud Pública.	Mensual	Finales: clínico. De apoyo: clínico y administrativo.
7	Información a los pacientes sobre los procedimientos durante su estancia.	Proporcionar al paciente la autonomía para participar en las decisiones que le afectan.	(Núm. de pacientes informados / Núm. de pacientes dados de alta del servicio) x 100.	> 90 %, de acuerdo con el Ministerio de Salud Pública.	Diaria	Finales: clínico. De apoyo: clínico.
8	Tasa de satisfacción del paciente.	Aumentar la satisfacción del paciente.	(Núm. de pacientes satisfechos / Núm. de pacientes tratados) x 100.	≥ 85 %, de acuerdo con indicadores trazados por el programa y las políticas del Ministerio de Salud Pública.	Mensual	Finales: clínico. De apoyo: clínico y administrativo.

## **Anexo XI.** Guía de entrevista sobre calidad gerencial a directivos del programa

### **ENTREVISTA**

**Tema:** calidad gerencial

#### **a) INFORMACIÓN GENERAL**

Entidad donde labora:

Teléfono:

Nombre del entrevistado:

Cargo:

Correo electrónico:

Categoría docente e investigativa:

Tiempo de experiencia en la dirección del programa:

Se entrevistará al coordinador(a) o coordinadores del programa, funcionarios y especialistas del sector de la salud y el gobierno que trabajan en o se vinculan con el tema de la investigación. El objetivo es fundamentar la situación que presentan los estudios relacionados con la calidad gerencial de los programas de salud en un contexto específico.

#### **b) Percepción de la calidad gerencial del programa**

1. ¿Se ha contribuido significativamente a resolver el problema que dio origen al programa?
2. ¿Los receptores de los bienes y servicios que genera el programa han resultado realmente beneficiados?
3. ¿Los beneficios recibidos por los participantes son los que se había propuesto el programa o son otros no previstos?
4. ¿Los beneficios están llegando a la población que se pretende atender?
5. ¿Los usuarios del programa están satisfechos con los bienes y servicios recibidos?
6. ¿Los beneficiarios han experimentado un mejoramiento significativo en su condición-problema inicial, como consecuencia de su participación en el programa?

## Anexo XII. Competencias organizacionales adaptadas a programas de salud en el contexto cubano

Dimensiones de competencias organizacionales	Contenido
Conocimientos y habilidades individuales	Permiten la ejecución fluida de la secuencia de actividades de la rutina de un programa de salud en el proceso de implementación.
Sistemas técnicos	Procedimientos, sistemas de información, tecnologías que utiliza el personal del programa en función del servicio.
Sistemas gerenciales	Pueden ser de finanzas o recursos humanos, materiales u otros. Son los que hacen posible la movilización de recursos y conocimientos para la marcha del programa.
Valores organizacionales	Determinan cuáles habilidades y conocimientos son valiosos y legítimos en la organización. Por ejemplo, el respeto al paciente.

**Fuente:** adaptado de Leonard-Barton, 1995, citado por Cortázar, 2006, p. 23.

## Anexo XIII. Miembros del equipo de investigación

Nombre	Centro de trabajo	Grado científico	Especialidad	Años de experiencia
Ana de Dios Martínez	Universidad de Camagüey	Dr. C.	Económicas, Lic. en Economía Política	35
María Elena Macías Llanes	Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey	Dr. C.	Educación, Lic. en Filosofía	35
Ana Campal Espinosa	Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología de Camagüey	Dr. C.	Veterinaria, Lic. en Matemática	36

Nombre	Centro de trabajo	Grado científico	Especialidad	Años de experiencia
Aylin Nordelo Valdivia	Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología de Camagüey	M. Sc.	Lic. en Bioquímica	17
Odalys Escalante Padrón	Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey	M. Sc.	Doctora en Medicina, Angióloga	36

## Anexo XIV. Caracterización de los pacientes entrevistados. Resultados de las entrevistas

**Tabla 1.** Pacientes del programa entrevistados

Características	Hombres (8)	Mujeres (7)
Edad, por ciento > 60 años	37,5	57, 14
Días tratamiento con Heberprot-P® (promedio/ mediana)	66,8/30	36,1/30
Tratados más de una vez con Heberprot-P® (%)	55,4	60
Núm. de aplicaciones de Heberprot-P® (promedio/ mediana)	3,6/3	2,7/2

**Tabla 2.** Resultados de las entrevistas informales con pacientes del programa

Categorías	Adecuada	%
Infraestructura para el servicio (edificaciones, agua potable, energía eléctrica, otros)	15	100
Personal con dominio técnico	15	100
Buen trato al paciente	15	100
Higiene de las consultas	15	100
Situación física de las consultas	15	100
<b>Total de opiniones por área de salud</b>	<b>5</b>	<b>100</b>

## Anexo XV. Características contextuales del programa evaluado

Localidad donde opera el programa y población general donde se implementa	Servicios de salud en la localidad	Características del personal, usuarios de servicios y consultas	Horarios, vías de comunicación y acceso a consultas
<p>El municipio Camagüey constituye una ciudad policéntrica con un centro histórico que comprende el área tradicional y sus principales calles comerciales. Muy próximo a él está el núcleo político-administrativo. La población urbana asciende a 313 245 habitantes (50 % de la población de la provincia. Como consecuencia de la división político-administrativa, la ciudad se encuentra dividida actualmente en cuatro distritos: Joaquín de Agüero, Cándido González, Julio Antonio Mella e Ignacio Agramonte.</p>	<p>Atención primaria de salud (consultorios del médico de la familia, centros de atención integral al diabético, centros de rehabilitación, policlínicos). Atención secundaria (cinco hospitales provinciales, uno regional y uno oncológico).</p>	<p>Doctores en Medicina, especialistas en Angiología (5). Licenciados en Enfermería con diplomado en Manejo del pie diabético (9). Pacientes con úlcera de pie diabético que recibieron tratamiento con Heberprot-P® en el municipio Camagüey (período 2018-2020):1 353. Nueve consultas de Angiología, aplicación del Heberprot-P® en los policlínicos del municipio Camagüey.</p>	<p>Horario de consulta: 8: 00 a.m. a 4:30 p.m. Vías de comunicación con los pacientes: oral-escrita. En la primera planta de cada uno de los policlínicos visitados hay acceso a los lugares donde opera el programa; no hubo restricción alguna para la investigación.</p>

**Fuente:** ONEI, 2020; archivos de promotoras provinciales (Salud y Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología); archivo del coordinador técnico del programa en el periodo 2018-2020.

# EVALUACIÓN DE PROGRAMAS DE SALUD CON ENFOQUE GERENCIAL

EXPERIENCIA DE SU APLICACIÓN

Texto de indudable actualidad y pertinencia, abordado desde una perspectiva que involucra las ciencias médicas y las económicas con un enfoque transversal de las ciencias administrativas. En sus capítulos se amplían conocimientos y se aporta información relevante sobre la evaluación de programas sociales vinculados con la implementación de políticas públicas en el ámbito de la salud en Cuba, particularmente en lo que atañe a la evaluación de programas de salud en el proceso de implementación, con enfoque gerencial, con el propósito de elevar la calidad de los servicios.

Los profesionales interesados en el tema podrán adquirir orientación sobre cómo realizar la evaluación con enfoque gerencial a partir de criterios, procedimientos y orientaciones metodológicas fundamentados.

