

**REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CAMAGÜEY
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y EMPRESARIALES
CENTRO DE ESTUDIOS DE DIRECCIÓN EMPRESARIAL Y TERRITORIAL**

**EVALUACIÓN DE PROGRAMAS DE SALUD EN EL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN CON
ENFOQUE GERENCIAL**

TESIS EN OPCIÓN AL GRADO CIENTÍFICO DE DOCTOR EN CIENCIAS ECONÓMICAS

IRMA NIURKA FALCÓN FARIÑAS

**Camagüey
2022**

**REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CAMAGÜEY
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y EMPRESARIALES
CENTRO DE ESTUDIOS DE DIRECCIÓN EMPRESARIAL Y TERRITORIAL**

**EVALUACIÓN DE PROGRAMAS DE SALUD EN EL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN CON
ENFOQUE GERENCIAL**

TESIS EN OPCIÓN AL GRADO CIENTÍFICO DE DOCTOR EN CIENCIAS ECONÓMICAS

Autora: M. Sc. Irma Niurka Falcón Fariñas. Profesora Auxiliar

Tutoras: Dr. C. Ana de Dios Martínez. Profesora Titular

Dr. C. María Elena Macías Llanes. Profesora Titular

Camagüey, 2022

AGRADECIMIENTOS

A Ana de Dios Martínez por su dedicación, sabiduría e interés a fin de la investigación.

A María Elena Macías Llanes por el apoyo, contribución y certeza en el desarrollo del trabajo.

A los profesores del Centro de Estudios de Dirección Empresarial y Territorial de la Universidad de Camagüey por su colaboración y profesionalidad.

A mi familia por los sacrificios que implicó mi frecuente ausencia y su apoyo incondicional, en especial a mi hija Thalía.

A mis compañeros del Centro de Desarrollo de las Ciencias Sociales y Humanísticas en Salud.

A la Comisión de grados científicos de la Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey.

A los profesionales Raúl Romay Buitrago, Jacqueline Pérez Estenoz y Yamílka Ramírez Núñez del Programa de salud investigado.

A la Asociación Nacional de Economistas y Contadores de Cuba.

DEDICATORIA

*A la Revolución cubana, sus líderes históricos y vigentes.
A mi madre, fuerza pujante en esta historia, y Thalia, energía vital
para continuar con aliento.
A los que ya no están porque existen, mi padre, fiel economista
político.
A mi hermano, por su apoyo constante.
A los profesionales de la salud que hacen realidad los programas.
A todos mis seres queridos.*

Acrónimos y siglas

APS	Atención Primaria de Salud
CIGB	Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología
CIGB-C	Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología de Camagüey
Cedet	Centro de Estudios de Dirección Empresarial y Territorial
DMS	Dirección Municipal de Salud
DPS	Dirección Provincial de Salud
HPP®	Heberprot-P
INACV	Instituto Nacional de Angiología y Cirugía Vascular
Minsap	Ministerio de Salud Pública
MGI	Medicina General Integral
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
SPSS®	Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales
UPD	Úlcera de pie diabético

SÍNTESIS

A propósito de la mejora continua de los programas de salud en proceso de implementación en la atención primaria en Cuba, se aportan los fundamentos teóricos y metodológicos para su evaluación con enfoque gerencial, a partir de tres funciones gerenciales y las variables críticas de calidad como parte del control de gestión, así como el análisis de sus interrelaciones, como base para desarrollar las competencias organizacionales y gerenciales en los procesos operativos y de control de gestión. En la investigación se diseña un procedimiento de evaluación de programas de salud en proceso de implementación con enfoque gerencial que permite identificar problemas y oportunidades de mejora, establecer indicadores de calidad, así como actividades para el desarrollo de competencias organizacionales y gerenciales.

Los resultados de la investigación se validan en la determinación de la evaluación del Programa de Atención Integral al Paciente con Úlcera de Pie Diabético con Heberprot-P® en el municipio Camagüey, provincia Camagüey, período 2018-2019. Fueron empleados el método dialéctico, así como el modelo Service Quality para evaluar calidad desde el punto de vista de los usuarios.

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

ÍNDICE DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO 1. PERSPECTIVAS TEÓRICO-METODOLÓGICAS SOBRE EVALUACIÓN DE PROGRAMAS DE SALUD CON ENFOQUE GERENCIAL	11
1.1. Generalidades conceptuales sobre evaluación de programas de salud.....	11
1.2. La evaluación de programas de salud con enfoque gerencial.....	21
1.3. Experiencias de evaluación de programas de salud en Cuba	35
1.4. Análisis de antecedentes metodológicos sobre evaluación de programas de salud con enfoque gerencial	41
CAPÍTULO 2. DISEÑO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN DE PROGRAMAS DE SALUD EN EL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN CON ENFOQUE GERENCIAL	46
2.1. Premisas y criterios para la ejecución del procedimiento de evaluación de programas de salud en el proceso de implementación con enfoque gerencial	46
2.2. Procedimiento de evaluación de programas de salud en el proceso de implementación con enfoque gerencial	53
CAPÍTULO 3. EVALUACIÓN CON ENFOQUE GERENCIAL DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE CON UPD MEDIANTE HPP®.....	86
3.1. Criterios para la ejecución del procedimiento de evaluación del Programa de Atención Integral al Paciente con UPD mediante HPP®.....	86
3.2. Validación del procedimiento evaluativo en el Programa de Atención Integral al Paciente con UPD mediante el uso del HPP en la APS®.....	89
CONCLUSIONES.....	119
RECOMENDACIONES.....	121
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

La evaluación es una disciplina administrativa cuya importancia y utilización han empezado a cobrar fuerza en diversos países y Cuba no es la excepción. En el campo de la salud y otras esferas del desarrollo social también ha adquirido una relevancia cada vez mayor, debido a las ventajas y beneficios de su aplicación para avanzar en la conducción y mejora continua de las políticas públicas y programas.

En función de una adecuada gestión de los servicios de salud constituye un mecanismo indispensable, en tanto aporta información y conocimientos valiosos para orientar la toma de decisiones y el uso racional de los recursos destinados a tal fin. Mediante la aplicación de sus métodos y procedimientos, la evaluación permite valorar y fortalecer el funcionamiento de los programas de salud, desde sus etapas iniciales de formulación y diseño, hasta su implementación.

La experiencia de la comunidad científica en la evaluación de programas ha llevado al reconocimiento de que el simple otorgamiento de servicios a la población no es suficiente para una apropiada atención de la salud. Los resultados finales de la prestación de estos se pueden desvirtuar, si no se logra un verdadero cambio en la calidad de vida y la mejora en los indicadores de salud. De ahí, la necesidad de construir una cultura de gestión de programas, sustentada en la aplicación de esquemas de evaluación con seguimientos sólidos y coherentes para facilitar y promover la medición real del desempeño, así como sus impactos.

Diversos estudios desarrollan una amplia fundamentación sobre los principales tipos de evaluación, según el nivel, la finalidad y la perspectiva (Ballart, 1992; Scriven, 2007; Nebot, López, Ariza, Villalbí y García-Altés, 2011; Sánchez, 2016) aplicables a programas de salud, que constituyen una mirada distinta para llevar a cabo la labor investigativa a diferencia de una empresa productiva u otros tipos de servicios (Montero, 2004; Martínez, 2016, Carnota, 2019); sin embargo, tanto la

práctica gerencial como los recientes avances en la investigación académica muestran 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 (Cortázar, 2006), por consiguiente, los procesos de implementación exigen en sí mismos algún tipo de reflexión y acción estratégica por parte del personal de dirección.

Una reflexión gerencial sobre la implementación debe considerar la complejidad de las rutinas, actividades e interacciones que ponen y mantienen en marcha un programa. Su utilidad radica en que revela el potencial estratégico de las acciones de implementación y facilita la identificación de oportunidades que se pueden aprovechar para la generación de mayor valor público, así como las competencias (organizacionales y gerenciales) a desarrollar para su mejora continua.

Por tanto, desde el enfoque gerencial, la evaluación de programas de salud en el proceso de implementación se alcanza a partir de tres funciones gerenciales, que a su vez constituyen los componentes de este periodo: gestión de operaciones, control de gestión y desarrollo de competencias organizacionales y gerenciales como eje articulador en los procesos de calidad, según consideraciones de Cortázar (2006).

Los diversos contextos nacionales e internacionales conducen al perfeccionamiento de las bases teóricas y prácticas (Ballart, 1992; Ishikawa 1997; Cortázar, 2006; Rey de Marulanda et al., 2007; Peters, Tran y Adam, 2014; Castell-Florit, 2017; Hernández, Barrios y Martínez, 2018; Chacón y Rugel, 2018; Carnota, 2019), a raíz de la necesidad de mejoras continuas de los procesos de programas y las respuestas pertinentes a las expectativas y necesidades de la población en donde se desarrollan estos.

El concurso de opiniones encontradas en la literatura apunta hacia el reconocimiento de que el punto de partida de la evaluación de programas de salud en el proceso de implementación, lo constituye un servicio y el conjunto de recursos (naturales, humanos, históricos, culturales, tecnológicos, económicos, institucionales y materiales, en una etapa avanzada desde su comienzo)

que forman su potencial de desarrollo y dado su carácter histórico concreto es diferente para los distintos países, regiones y localidades.

Esto posee un matiz peculiar engendrado por la salvaguarda del hombre y la toma de acciones de tipo correctivo en relación con problemas de gestión, que deciden sobre la continuidad de un programa y su financiación. Por tanto, tiene un interés evidente conocer los problemas que existen con su puesta en práctica, independientemente de la preocupación por los resultados finales (Ballart, 1992; Cortázar, 2006; Armijos, 2017).

A pesar del tratamiento en la literatura sobre la evaluación de programas de salud en el proceso de implementación y otros aspectos asociados (Montero, 2004; Royo, 2014, Álvarez et al., 2014, Weiss, 2015), es escaso el análisis desde el enfoque gerencial propuesto. Tal necesidad ha sido considerada por autores que ofrecen aportes significativos (Cortázar, 2006; Silva, 2013; Peters et al., 2014; Armijos, 2017; Castell-Florit, 2017; Carnota, 2019), aunque a criterio de la autora, aún es limitado el análisis de las rutinas y actividades e interacciones cotidianas en los procesos de un programa que suelen ser consideradas ordinarias y poco importantes, así como el estudio de la estructura, componentes para su valoración. Igualmente, son muy escasos los trabajos sobre las relaciones entre las funciones gerenciales y el control de gestión a partir de variables de calidad en programas de salud en implementación.

La importancia de la calidad de los servicios vinculados a los programas de salud y su evaluación es reconocida en diversos documentos que regulan la política económica y social del Partido y la Revolución Cubana. En los lineamientos aprobados en el VI Congreso del Partido Comunista de Cuba, en el número 126 se expresa: "Eleva la calidad del servicio que se brinda, el cumplimiento de la ética médica, lograr la satisfacción de la población, así como el mejoramiento de las condiciones de trabajo y la atención al personal de la salud. Garantizar la utilización eficiente de los recursos, el ahorro y la eliminación de gastos innecesarios". (Partido Comunista de Cuba, 2017, p. 23).

Tales asuntos quedan reforzados en el número 129, aquí se dispone: “Dar continuidad al proceso de reorganización, compactación y regionalización de los servicios de salud, con la calidad necesaria, incluyendo la atención de urgencias y el transporte sanitario, a partir de las necesidades de cada provincia y municipio. Garantizar que el propio Sistema de Salud facilite que cada paciente reciba la atención correspondiente”. (Partido Comunista de Cuba, 2017, p. 23).

Las investigaciones actuales sobre evaluación de programas de salud en el país se sustentan en principio de las indicaciones emitidas por el Minsap, en las que se plantean, entre otros aspectos: el desarrollo de un grupo de programas relacionados con las estrategias y prioridades del sector que enmarcan diferentes líneas de investigación, por ejemplo: atención materno-infantil, salud del adulto mayor, del adulto joven y salud ocupacional, discapacidades y desarrollo de aptitudes físicas y mentales en los niños, eficiencia y economía de la salud, gerencia de movilización de recursos, servicios de infraestructuras, introducción y evaluación de tecnologías sanitarias, entre otros, con el fin de lograr la excelencia en los servicios de la salud (Rojas, 2019).

En los últimos años, la Dirección de Ciencia y Técnica del Minsap ha planteado que en algunos de los programas implementados existe un desconocimiento del impacto real de estas introducciones en el sistema nacional de salud, tanto a nivel individual como colectivo de usuarios, prestadores y directivos de la gestión en salud, así como de la metodología para la evaluación, tanto en el tiempo como en su clasificación. Ello presupone la aplicación de herramientas, a diferentes escalas, oportunas para el fortalecimiento del programa, la institución y de la integralidad en los procesos, la definición de prioridades, la movilización de potenciales científicos locales, entre otros (Mejías, Morales y Fernández, 2017).

En tal sentido, se afirma en el lineamiento 103: “Continuar fomentando el desarrollo de investigaciones sociales y humanísticas sobre los asuntos prioritarios de la vida de la sociedad, así como perfeccionar los métodos de introducción de sus resultados en la toma de decisiones en los

diferentes niveles, por los organismos, entidades e instituciones”. (PCC, 2017, p. 19), así las evaluaciones de programas de salud constituyen herramientas para alcanzar estos propósitos.

A pesar de la significación del tema como quedó evidenciado, en el contexto cubano Ramos (2011), Sánchez (2016), Castell-Florit (2017), Capote y Peña (2018), Rojas (2019) y Carnota (2019), reconocen que las limitaciones al respecto son:

- La implementación de programas usualmente se considera un proceso de menor rango o valor en comparación a los procesos de diseño o evaluación. Al concentrar la atención en el diseño como en el momento decisivo para resolver los problemas de gestión y efectividad de los programas se debilita el análisis de las posibilidades estratégicas y gerenciales que ofrecen los procesos de implementación.
- Se llevan a cabo evaluaciones derivadas mecánicamente de instancias superiores y no dirigidas a los procesos de implementación, en particular al análisis de la complejidad que tienen las rutinas, las actividades e interacciones vinculadas al servicio de salud y su control, así como el aprendizaje que de ello puede derivarse.
- Se relega el carácter estratégico de la implementación lo que conduce a una inadecuada delimitación entre objetivos de la evaluación y las metas a alcanzar por los programas, lo cual propicia que su personal y los directivos en su mayoría se centren más en indicadores de salud, como los niveles de cobertura, que en los procesos de cambios oportunos para la mejora continua de los procesos operativos.
- En el proceso de implementación, se desatiende el desempeño del Programa y las variables de calidad que permitan medir situaciones en las cuales los servicios producidos no satisfacen las necesidades y expectativas de los pacientes y su familia.
- Persisten insuficiencias en las capacidades institucionales y limitada visión estratégica de los directivos en la implementación de los programas de salud sobre las funciones que deben

desempeñar durante este proceso, que a su vez depende de una combinación de habilidades especializadas, conocimientos, experiencia, juicio y autoridad profesional.

Las limitaciones referidas, las exigencias derivadas de la actualización del modelo económico cubano (Del Castillo y Quintana, 2016) y la renovación de la Constitución de la República en mayo de 2020, demandan que la evaluación de programas de salud asuma nuevas cualidades.

Así, es reconocido por Carnota (2016, p. 596): “Desde finales del siglo XX y lo que va del actual, la gerencia en salud ha permitido a las organizaciones sanitarias públicas que la han incorporado, crecer en calidad y en oportunidad de hacer más y mejor salud con menos recursos. Como en todas las cosas, las sombras acompañan a las luces y a veces prevalece la oscuridad, por lo cual es importante conocerlas y saberlas enfrentar”.

El análisis realizado permite distinguir el problema científico de esta investigación: ¿Cómo contribuir a la mejora continua de los programas de salud en el proceso de implementación mediante la evaluación?

Para coadyuvar a la solución del problema se define como objetivo general: Diseñar un procedimiento para la evaluación de programas de salud en el proceso de implementación con enfoque gerencial con el empleo de variables críticas de calidad que contribuya a la mejora continua.

En atención a los asuntos tratados, el objeto de investigación es la evaluación de programas de salud y el campo de acción: El enfoque gerencial en la evaluación de programas de salud en el proceso de implementación.

Acorde con el problema científico, el objetivo general y el estudio bibliográfico realizado se define como hipótesis: Si se diseña un procedimiento de evaluación de programas de salud en el proceso de implementación a partir de tres funciones gerenciales y el empleo de variables críticas de calidad, se podrán determinar las actividades para el desarrollo de competencias organizacionales y gerenciales que contribuyan a la mejora continua.

Con el fin de cumplir el objetivo y validar la hipótesis se realizaron las siguientes tareas científicas:

- Fundamentación del marco teórico y metodológico sobre evaluación de programas de salud en el proceso de implementación con enfoque gerencial a partir de tres funciones gerenciales para la mejora continua.
- Establecimiento de los elementos esenciales del procedimiento para la evaluación de programas de salud en el proceso de implementación con enfoque gerencial.
- Validación del procedimiento para la evaluación de programas de salud en el proceso de implementación con enfoque gerencial en el Programa de Atención Integral al paciente con UPD con HPP® en la APS, municipio Camagüey.

En el análisis bibliográfico de la investigación se valoraron los aportes de reconocidos autores e instituciones internacionales, entre los que se destacan por sus contribuciones a la teoría y práctica de los procesos de evaluación de programas: Montero (2004); Cortázar (2006); Rey de Murlanda et al. (2007); Peters et al. (2014), Álvarez et al. (2014); Weiss (2015). Estos autores constituyeron referentes conceptuales, que, desde una visión crítica, favorecieron la apropiación de las tendencias teórico-prácticas sobre la temática objeto de estudio y el posicionamiento de la autora.

Fueron consideradas, igualmente, las investigaciones de autores e instituciones nacionales en función de la contextualización, determinación de las regularidades, procedimientos y limitaciones en el proceso de evaluación de programas de salud, entre los más significativos: García (2008); Márquez (2010); Casanova, Bayarre, Navarro, Sanabria y Trasancos (2014); Sánchez (2016); Capote y Peña (2018), entre otros.

En la investigación se utiliza el método marxista del materialismo dialéctico, los principios de la lógica dialéctica del ascenso de lo abstracto a lo concreto, de lo general a lo particular para el análisis y tratamiento teórico del proceso de evaluación de programas de salud con enfoque gerencial.

Se emplea el método histórico-lógico en el estudio de series históricas de datos, apoyado en el análisis y síntesis, así como en la inducción y la deducción para determinar la calidad del Programa de Atención Integral al Paciente con UPD con HPP® en el proceso de implementación en la APS, municipio Camagüey.

Se utilizan, además, el método de observación directa, entrevistas informales, abiertas y en profundidad, encuestas, las técnicas de trabajo en equipo, triangulación de diferentes datos, grupo de enfoque y el análisis estadístico con el propósito de identificar las fallas o problemas a resolver en las operaciones u oportunidades de mejora y determinar las nuevas competencias organizacionales y gerenciales a desarrollar por directivos y personal objeto de estudio, así como la integración de usuarios. Se aplicó el modelo SERVQUAL para evaluar calidad desde el punto de vista de los usuarios.

La novedad científica de la investigación consiste en los fundamentos teóricos sobre evaluación de programas de salud con enfoque gerencial y el aporte de un procedimiento metodológico, que establece las etapas y pasos generales para el desarrollo de evaluaciones de programas de salud en implementación a fin de promover el desarrollo de competencias organizacionales y gerenciales de directivos desde la APS, con el empleo de variables críticas de calidad como parte del control de gestión, todo ello para contribuir a la mejora continua, en particular a la calidad del servicio.

Desde el punto de vista teórico el aporte se halla en la sistematización teórica sobre el enfoque gerencial en la evaluación de programas de salud en el proceso de implementación y las variables críticas de calidad adecuadas a los problemas de un programa a nivel territorial y la especificidad de su interrelación con las funciones de gestión. Se proporcionan elementos teóricos sobre variables críticas de calidad para modelar el control de gestión en los procesos de evaluación de programas de salud.

Se contribuye al aporte metodológico con el desarrollo de un procedimiento específico, que contiene una base conceptual y procedimiento por las que se guiarán investigadores, directivos y

especialistas para desarrollar evaluaciones que determinen fallas, problemas e insuficiencias a solucionar en la propia marcha del programa y oportunidades de mejora, con la finalidad del desarrollo de nuevas competencias organizacionales y gerenciales, entre los diferentes actores.

En el orden práctico, se identifican los problemas y oportunidades de mejora vinculadas a la gestión de operaciones y el control de gestión en el proceso de implementación del Programa de Atención Integral al Paciente con Úlcera de Pie Diabético con Heberprot-P® en el municipio Camagüey, provincia Camagüey, así como las oportunidades de mejora en los servicios del Programa a partir de la triangulación de información evaluadas por pacientes/acompañantes, personal y directivos como guía para la reformulación de sus procesos. Todo ello contribuye a la determinación de actividades para el desarrollo de competencias organizacionales y gerenciales en busca de la mejora continua que deben aplicarse en el municipio Camagüey por el grupo responsable de la atención integral al paciente con úlcera del pie diabético con Heberprot-P® en la APS.

La tesis se estructura en tres capítulos. En el primero, se realiza un análisis teórico y metodológico sobre la evaluación de programas de salud, así como de las concepciones acerca de la evaluación de la calidad, según las experiencias internacionales y nacionales al respecto. También se estudian los antecedentes metodológicos de evaluación de programas de salud en el proceso de implementación como base de la propuesta metodológica de la investigación.

En el segundo capítulo se diseña un procedimiento para la evaluación de programas de salud en el proceso de implementación con enfoque gerencial. En el último capítulo se valida el procedimiento en el caso de la implementación del Programa de Atención Integral al Paciente con Úlcera de Pie Diabético con Heberprot-P® en la APS, municipio Camagüey, que posibilitó determinar dificultades operativas a resolver, oportunidades de mejora y las nuevas competencias organizacionales y gerenciales a desarrollar en correspondencia con los factores para evaluar la calidad, en el período 2018-2019, como base para la mejora continua.

Contribuyó al proceso investigativo la labor desempeñada por la autora como jefa del proyecto de investigación, asociado a Programa Nacional: Evaluación del impacto social del Programa mencionado anteriormente durante el periodo 2015-2019. Este trabajo aportó experiencias investigativas, que facilitaron la utilización de informaciones relevantes para la investigación con el concurso de los miembros del proyecto y beneficiarios del Programa.

La continuidad de este proyecto mediante la tesis doctoral favoreció el diseño y ejecución de la autora de curso de posgrado sobre evaluación de programas de salud, así como la identificación de problemas operativos, oportunidades de mejora o corrección de actividades para desarrollar las competencias organizacionales y gerenciales a fin de la mejora continua del programa evaluado, con la participación de sus actores esenciales, incluidos directivos de la dirección municipal y provincial del Minsap y del Gobierno provincial. Esta labor posibilitó la aplicación práctica de los resultados de la investigación.

CAPÍTULO 1. PERSPECTIVAS TEÓRICO-METODOLÓGICAS SOBRE EVALUACIÓN DE PROGRAMAS DE SALUD CON ENFOQUE GERENCIAL

CAPÍTULO 1. PERSPECTIVAS TEÓRICO-METODOLÓGICAS SOBRE EVALUACIÓN DE PROGRAMAS DE SALUD CON ENFOQUE GERENCIAL

Este capítulo persigue como objetivos argumentar epistemológicamente las concepciones sobre evaluación en salud de diferentes investigadores reconocidos en el tema. Fundamentar teóricamente la necesidad de la evaluación como herramienta de mejora de los programas de salud y analizar de forma crítica el estado del arte sobre la evaluación de programas de salud. Para ello, se enfatizó en las teorías relacionadas con la evaluación de programas de salud a partir de dos posturas fundamentales: de proceso e impacto. La contextualización de estas a nivel internacional y nacional quedó examinada.

1.1. Generalidades conceptuales sobre evaluación de programas de salud

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”, criterio de Martínez Nogueira (como se citó en Cortázar, 2006, p. 10). Desde el punto de vista de la implementación de los programas es conveniente distinguir entre aquellos que proveen bienes (obras de infraestructura, alimentos, etc.) o recursos (transferencias monetarias) y aquellos que proveen servicios (de salud, educación, asistencia legal, etc.).

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

Valenti (2015) plantea que 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, tratamiento y rehabilitación de las personas con diferentes condiciones.

Hace más de medio siglo existen diversas definiciones de evaluación de programas según distintos autores. Riecken (como se citó en Álvarez, et al., 2014) afirma 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 (como se citó en Álvarez et al., 2014) 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.

Weiss (2015), precisa la definición de evaluación como: “[...] la valoración sistemática de la operación y/o impactos de un programa o política al compararlos con un conjunto de estándares implícitos o explícitos para contribuir a la mejora del programa o política en cuestión” (p. 49 y 50).

Esta concepción de la evaluación de programas como evaluación de sus efectos en relación con los objetivos es recogida en el libro de Weiss (como se citó en Ballart, 1992), y resulta un medio a fin de contribuir al proceso subsiguiente de toma de decisiones, y por tanto mejorar la programación futura.

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 de un programa en funcionamiento, en alcanzar sus objetivos.
2. Se basa en los principios del diseño investigativo para distinguir los efectos de un programa de aquellos de otras fuerzas operando en una situación determinada.

3. Se dirige a mejorar el programa a través de la modificación de las operaciones corrientes, afirmado por Wholey et al. (como se citó en Ballart, 1992).

Se relaciona, por tanto, con la preocupación presente en la literatura y que se comparte por la autora con vista a hacer de la evaluación un instrumento que resulte útil a los responsables directos de los programas. En este sentido, Cortázar (2006), Armijos (2017) y Carnota (2019) se refieren a una perspectiva gerencial que distingue de la perspectiva legal-tradicional y de otras de carácter político.

Todo ello conduce a que algunos eminentes científicos sociales ampliaran el concepto de evaluación de programas. Ato, Quiñones, Romero y Rabadán (como se citó en Álvarez et al., 2014) enfatizan en el carácter de proceso de la evaluación a fin de valorar si el programa consiguió o no alcanzar los objetivos para cuya consecución fue ideado, lo que se complementa con la posición asumida por Freeman y Rossi (como se citó en Ballart, 1992), quienes puntualizan en la realización de la evaluación a través de la aplicación sistemática de procedimientos de investigación social para evaluar la conceptualización, diseño, implementación y utilidad de los programas de intervención social.

A raíz de los análisis de evaluaciones realizadas que reflejaban los pobres resultados de numerosos programas creció este espectro. En particular, Perloff y Sussna (como se citó en Álvarez et al., 2014) 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.

Interrelacionado con estas últimas ideas, Salcedo (2011) plantea que:

[...] la evaluación es un ejercicio desde la rigurosidad de la metodología de las ciencias sociales; se realiza en el campo de la política para mejorar la eficacia de la acción gubernamental; requiere objetividad, neutralidad y recomendaciones pragmáticas, pero sobre todo prudencia profesional. (p. 51)

Este mismo autor añade: “La evaluación, como una disciplina de la investigación científica, cumple la función significativa de trabajar por una descripción, interpretación y crítica del impacto real de las políticas públicas. [...]” (p. 19).

Macías (2015) a manera de síntesis expone los conceptos o criterios que representan los puntos más importantes a tener en cuenta en toda evaluación: a) relevancia o pertinencia del programa, b) eficiencia, c) eficacia, d) utilidad y e) sostenibilidad; aspectos que se pueden valorar en tres niveles de intervención: 1) el programa, 2) las prioridades y 3) las medidas. Eraso et al. (2017) ratifican el uso de procedimientos de investigación social para investigar sistemáticamente la efectividad de programas de intervención social.

En resumen, la evaluación de programas tiene que ver 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 (Ballart, 1992; Martínez, 2016).

En el campo de la salud la evaluación ha adquirido una relevancia cada vez mayor dadas las ventajas y beneficios que 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, en tanto aporta información y conocimientos valiosos para orientar la toma de decisiones y el uso racional de los recursos destinados a tal fin. 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.

Para el caso de programas de salud, la OMS define la evaluación de estos 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” (OMS, 1981, p.6).

En el contexto de los estudios de programas de salud (Nebot et al., 2011 y Sánchez, 2016), desarrollan una amplia fundamentación sobre los principales tipos de evaluación, según el nivel, la finalidad y la perspectiva, resumido en el Cuadro 1:

Cuadro 1. Principales enfoques y tipos de evaluación de programas de salud pública

		Características esenciales	Objetivo
Evaluación según el nivel			
Táctica	De estructura	Evaluación de los recursos, materiales y humanos. Servicios sanitarios. Aplicada a servicios sanitarios.	Adecuación de los recursos, materiales y humanos a las necesidades.
	De proceso	Monitorizar y mejorar la ejecución de los programas y servicios, y a verificar que las actividades se han desarrollado de acuerdo al 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 con la calidad necesaria.
	De resultados	Consecución de los objetivos del programa. Requiere que haya pasado un intervalo suficiente de tiempo desde la adopción del programa de forma que su organización y actividades hayan alcanzado una cierta estabilidad. Emplea diseños experimentales, diseños cuasi-experimentales y diseños no experimentales, aunque pueden añadirse los estudios observacionales. Se corresponde, en cuanto a las cuestiones objeto de investigación con las evaluaciones de impacto y de eficiencia.	Verificar si estos servicios y actividades han permitido alcanzar los objetivos establecidos. Es proporcionar la información necesaria para poder hacer una valoración global sobre los resultados de un programa y sobre su utilidad.
Estratégica o de pertinencia		Evaluación de los objetivos. Valoración de los objetivos del programa. Tiene lugar en la fase previa a la implementación del programa, conocido como «pertinencia teórica».	¿El programa de salud se corresponde con las necesidades y prioridades? ¿Responde a problemas relevantes de la sociedad y está planteado en la dirección adecuada?

Evaluación según la finalidad		
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 mejorados.
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.

Evaluación según la perspectiva		
De 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.
De gestión	Monitorizar y mejorar la ejecución de los programas y servicios, y a verificar que las actividades se han realizado de acuerdo al 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, y las causas de este efecto.
Económica	Estudio de la relación entre los costes y los resultados de la intervención.	Mejorar la asignación de recursos, y 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.

Fuente: Elaboración propia a partir de: Nebot et al., 2011 y Sánchez, 2016.

De acuerdo al Cuadro 1, la evaluación, según el nivel, se advierten dos grandes corrientes de evaluación de programas de salud: la enfocada al estudio de la estructura y proceso que involucra un programa y la enfocada a resultados (Álvarez et al., 2014) o impactos (Royo, 2014).

La primera de ellas presta mayor interés al medio, los recursos, procesos y resultados inmediatos, mientras que en la segunda se toman en cuenta los resultados intermedios y de largo plazo y la congruencia de estos, con los propósitos preliminarmente determinados.

Por ello, la enfocada al estudio de la estructura y proceso se realiza regularmente para conducir y en su caso mejorar el desempeño de un programa y su objetivo principal es contribuir a la mejora continua y por lo tanto está más vinculada con la perspectiva de gestión. Es considerada formativa

y se relaciona con el control, asegura la calidad de la práctica y se usa para evaluar la manera de implementación de los procesos.

En congruencia, Royo (2014) y Guzmán (2007) plantean que la evaluación de proceso tiene por objeto determinar si el programa está siendo ejecutado tal como fue diseñado, detectar problemas o desviaciones respecto de la programación inicial e introducir sobre la marcha las medidas correctivas necesarias.

La evaluación de proceso, referente teórico y metodológico para la presente investigación, incluye varias dimensiones, con el propósito de responder a las actividades programadas, los recursos humanos y materiales suficientes, 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, cobertura o nivel de participación de la población diana (Royo, 2014; Hernández et al., 2016).

Nebot et al. (2011) plantean que este tipo de evaluación implica disponer de forma estable de indicadores de proceso válidos. La monitorización mediante indicadores de proceso está indicada 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.

Del análisis anterior se infiere por la autora 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 oportunidades posibles de aprovechar para la generación de mayor valor público.

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

Ello 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.

Como se observa en el Cuadro 1, también pueden distinguirse cuatro tipos de evaluación según la perspectiva (Nebot et al., 2011). En particular, la evaluación en la perspectiva de gestión, que es la que se asumirá en la presente investigación, está orientada a monitorizar y mejorar la ejecución de los programas y servicios, y a verificar que las actividades se han realizado de acuerdo al protocolo establecido. Esta, a su vez, se asocia con la evaluación de estructura, proceso y resultados, según el nivel y es formativa acorde a la finalidad.

La evaluación experimental indaga si una intervención ha tenido efecto, y las causas de este. Finalmente, la evaluación económica se preocupa por los costes y beneficios económicos de la intervención.

En el nivel táctico la evaluación enfocada a resultados (Royo, 2014), busca conocer la medida en que un programa, una vez finalizado, ha generado en los beneficiarios los cambios esperados en estas variables. Se entiende como un tratamiento de tipo comparativo centrado, tanto en los logros, como en los procesos que se desprenden de la misión, objetivos y actividades del programa.

En salud pública es habitual que los resultados directos del programa (por ejemplo, obtener mayores tasas de cobertura vacunal o reducir la tasa de fumadores) no se traduzcan de forma inmediata en una reducción de la mortalidad o de la morbilidad, por lo que suele diferenciarse entre los resultados directos o inmediatos y los resultados a largo plazo (Nebot et al., 2011). Con relación a los resultados, también suele distinguirse, aclara este autor, entre eficacia y efectividad, en función de si estos se miden 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 en qué grado ha influido la intervención en el estado de salud, la morbilidad, mortalidad y 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 (Lozano y Menéndez 2012).

Sandoval y Richard (2003) complementan que la evaluación de impacto mide los cambios en el bienestar de los individuos que pueden atribuirse a un programa o a una política específica y establece que los objetivos de este tipo de evaluación son proveer información y ayudar a mejorar su eficacia. Ello “implica establecer evidencia de una relación causal entre el programa y los resultados de salud que se observan en la población” (Montero, 2004, p. 248). La evaluación de impacto en salud está incluida dentro de un enfoque más general denominado investigación de resultados (outcomes research) y medición de resultados (outcomes measurement) (Agency for Healthcare Research and Quality, 2001; Montero, 2004).

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 (Álvarez et al., 2014). Una experiencia en este sentido se halla en la metodología aplicada para la evaluación del impacto social del Programa de Atención al Paciente con Úlcera de Pie Diabético mediante el Heberprot-P® por Falcón, Escalante, Nordelo y Campal (2018).

En cuanto a la evaluación económica Gálvez (2014) plantea que para que sea realmente útil debe estar precedida de otros análisis complementarios: el análisis 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 lo necesitan, y si es accesible para toda la población que podría beneficiarse con ella. Otros autores también ofrecen estos criterios (Drummond, O'Brien, Stoddart y Torrance, 2001).

De todo lo anterior se deriva que la evaluación es un mecanismo indispensable para una adecuada gestión de los servicios de salud, en tanto aporta información y conocimientos valiosos para orientar la toma 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 mismo 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 y de esa forma, avanzar hacia una adecuada conducción de ellos, con la consecuente incorporación de nuevas intervenciones de innovación y mejora, con el fin de prevenir el riesgo de enfermar, proteger la vida y fomentar el autocuidado de la salud en la población.

Las generalidades de concepciones sobre evaluación de programas y servicios en salud abordadas hasta aquí, refieren diferentes perspectivas. Estas quedan reconocidas en la comunidad científica de hoy sobre la base de ejercicios analíticos apoyados de métodos mixtos en contextos específicos como se muestra en el Anexo I. Asimismo, hay que destacar el interés por este tipo de investigaciones con vistas al desarrollo y perfeccionamiento de las políticas públicas, los sistemas y servicios de salud en franca apuesta por el desarrollo humano y el bienestar social.

Ahora bien, 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 la salud, ya que 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 de salud.

Al respecto la autora considera la pertinencia de otros criterios de evaluación de programas de salud, más afines a los propósitos de esta investigación, a partir de los cuales es posible juzgar el valor de un programa y que consisten en:

1. Examinar el grado en que se han satisfecho las necesidades y expectativas de la población o área objeto del programa, independientemente de los objetivos de este (Scriven, 1993 y Carnota, 2019).
2. Examinar aquello que los clientes, personal y administradores del programa entienden se ha conseguido con este, así como aquellos factores que creen llevaron a su éxito o fracaso (Gutiérrez, 2017).
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, las colectividades y de los ciudadanos (Cortázar, 2006 y Hernández et al., 2018).

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

1.2. La evaluación de programas de salud con enfoque gerencial

La perspectiva de esta investigación conduce a profundizar en la evaluación de programas de salud en el proceso de implementación y el lugar que ocupa el enfoque gerencial. En ello se debe considerar la complejidad que tienen las actividades e interacciones que ponen y mantienen en marcha un programa de salud durante su implementación.

De acuerdo con la definición de Cortázar (2006) la implementación constituye una actividad que bajo determinadas condiciones puede generar el aprendizaje y el desarrollo de competencias. En ella, las acciones de rutinas no se conservan idénticas con el transcurso del 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 producidos en las rutinas.

Se reconoce que una reflexión gerencial y estratégica de la implementación de programas ayuda a los responsables sociales a comprender mejor su propia labor. Pero, lo más significativo, posibilita identificar las competencias (gerenciales y organizacionales) que se deben desarrollar en los

campos de la gestión de operaciones y el control de gestión (Cortázar, 2006 y Rey de Murlanda et al., 2007). Se entiende como las cualidades que se poseen para el buen desempeño de alguna actividad. Constituyen una potencialidad, pero no indican que dicha 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 (Cortázar, 2006).

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 dicha experiencia, pues en ella se juega 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 a fin de generar compromiso con la labor, retroalimentar el proceso operativo y superar sus fallas y las actividades que pueden permitir desarrollar competencias (Cortázar, 2006; Gutiérrez, 2017).

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 mayor parte de los problemas responden a la complejidad que tienen las rutinas, actividades e interacciones ordinarias. Pressman y Wildavsky (como se citó en Cortázar, 2006, p. 1) señalaron que: “El hecho de no reconocer que estas circunstancias, por demás sumamente comunes, presentan serios obstáculos a la implementación e inhibe el aprendizaje” y el desarrollo de competencias para el buen desempeño de las funciones de dirección del programa.

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

reflexión y acción estratégica. 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) El control de gestión a través de variables críticas de calidad.

Funciones gerenciales (gestión de operaciones, control de gestión y desarrollo de competencias)

Las funciones gerenciales gestión de operaciones, control de gestión y desarrollo de competencias organizacionales y gerenciales interactúan estrechamente y ejercen una influencia mutua, Figura 1.

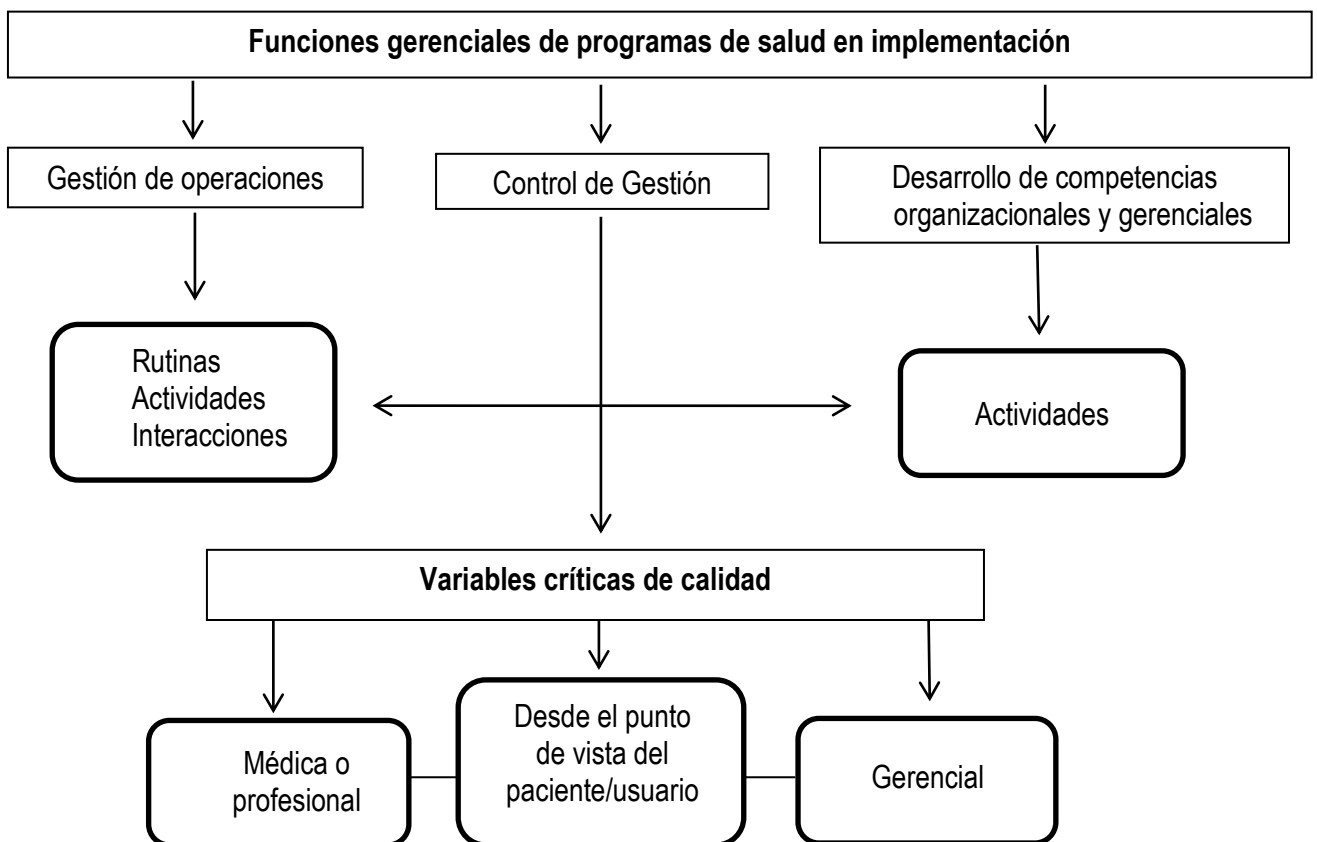


Figura 1. Funciones gerenciales para la evaluación de programas de salud en implementación
Fuente: Elaboración propia a partir de Cortázar (2006); Peters et al. (2014); Hernández et al. (2018).

La función 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, tecnología, habilidades y conocimientos para generar productos o servicios que, mediante dicho proceso, adquieren valor adicional. A través de ellas se estandarizan, por los directivos de programas, las actividades de gran cantidad de 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, Liu (como se citó en Cortázar, 2006, p. 11).

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, adquiriendo 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 manera esto tiene relación en el caso de 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 mutuo para una mejor operatividad en situaciones de emergencia en salud u otras especificidades del servicio y de pacientes o usuarios.

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 (como se citó en Cortázar, 2006, p.19), lo que confirma la posición asumida por la autora. Siendo consecuente, 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 satisfacen 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 (Segredo, 2016).

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 a la comunidad en general.

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. Ello implica que no solo se deben fortalecer las competencias que se poseen para la implementación de un programa, sino que también se deben desarrollar nuevas competencias organizacionales y gerenciales.

La tercera función, desarrollo de competencias organizacionales y gerenciales. Primero, hay que partir de que las competencias tienen varias definiciones y clasificaciones, a raíz de diferentes enfoques, autores y estudios. Las planteadas aquí 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 (Suárez et al., 2013; Pérez, 2017; Paz, 2019). Se reconoce que

además del aprendizaje de saberes o de contenidos disciplinares, existen otros aprendizajes relacionados al saber hacer; al sentir y al ser (Tejeda, 2016).

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 diferentes autores como Cortázar (2006), Ávalos (2010) y Sánchez (2017). En el contexto de esta investigación se han tenido en cuenta las aportadas por Cortázar (2006): habilidades individuales, sistemas técnicos, sistemas gerenciales y valores porque son adecuadas para la implementación de programas.

Las competencias gerenciales son un conjunto de responsabilidades que competen a quienes tienen funciones gerenciales. Estas tienen carácter grupal, son válidas para cualquier labor que requiera ejercer funciones de dirección tanto a nivel estratégico, táctico como operacional (Medina, Armenteros, Guerrero y Barquero, 2012; Segredo, 2016; Paz, 2019).

Apunta a la consideración de los directivos 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 tienen lugar 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 (Cortázar, 2006; Sánchez, 2017).

En la literatura estudiada, el tratamiento de las competencias gerenciales en la implementación de programas está escasamente abordado, y en menor medida sobre los programas de salud (Salas, Díaz, Pérez, 2012; Paz, 2019; Hernández, 2020). No obstante, un referente importante lo constituye el trabajo de Suárez et al. (2013). Este se enfoca hacia las competencias esenciales en salud pública para los recursos humanos en salud de la América Latina y el Caribe.

Aquí se habla de competencias asociadas a funciones esenciales y sus ámbitos de práctica, por ello a los fines de esta investigación se asume: “[...] 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”. (Suárez, et al., 2013, p.48). Allí 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.

Tal perspectiva, fue adaptada por la autora a raíz de las competencias gerenciales: Análisis de 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, las cuales 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, ¿cómo desarrollar esas competencias? Leonard-Barton (1995), propone que deben concebirse 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 siguiente figura se presenta la interrelación entre las competencias organizacionales y gerenciales y las posibilidades de su desarrollo mediante actividades.

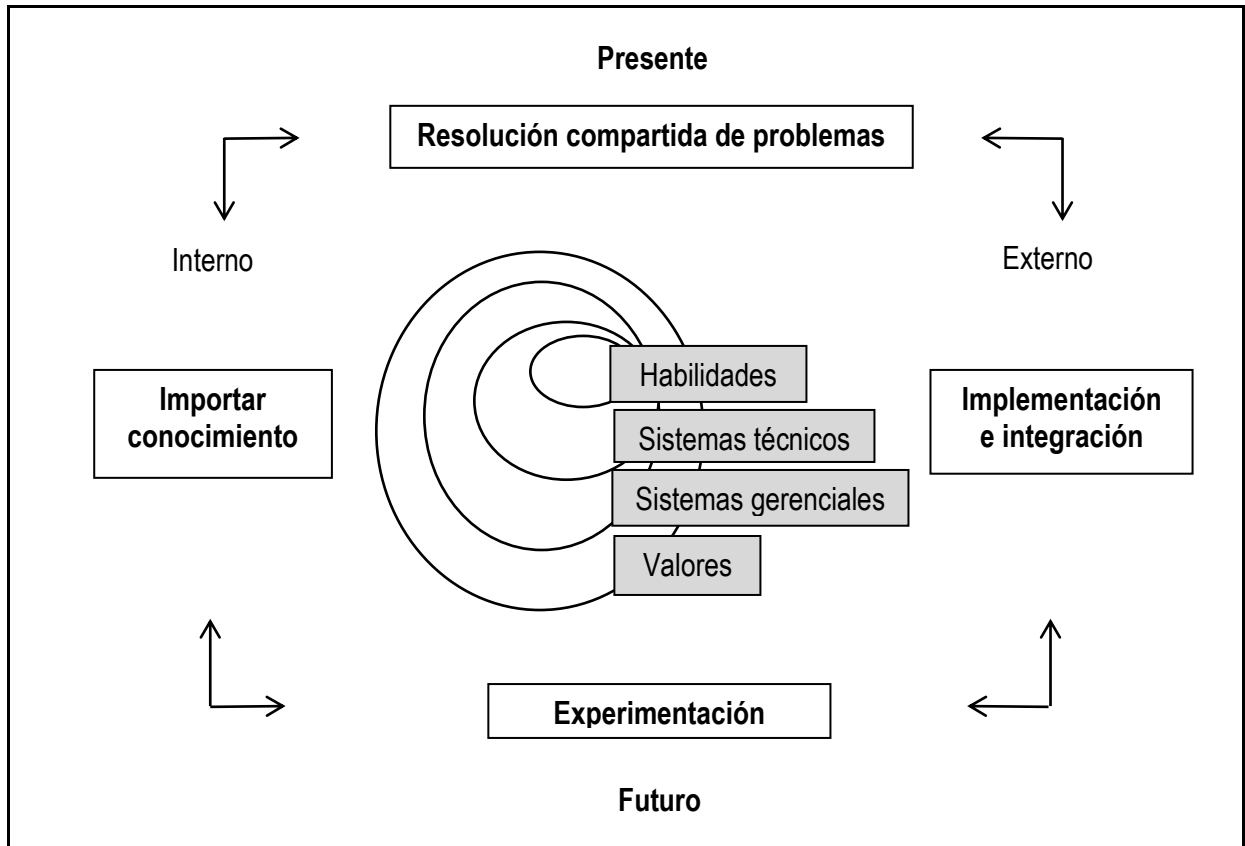


Figura 2. Desarrollo de competencias organizacionales

Fuente: Leonard-Barton (1995).

Así, 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.

La experimentación puede realizarse mediante la “experimentación natural” (cuando nuevas tecnologías, técnicas o productos son adoptados simultáneamente en varias partes de la organización) o mediante “pilotos” (la innovación se introduce de manera 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 producir resultados no deseados, expanden su aplicación al considerar que abren nuevas oportunidades valiosas o las “fuerzan” si creen que no llegan a producir los resultados esperados.

El uso de conocimientos a partir de buenas prácticas de otros programas se origina debido a que múltiples veces, la organización no halla en su interior impulso o conocimiento suficiente para innovar y desarrollar nuevas competencias, por lo cual es necesario importar conocimientos adquiridos de la experiencia por otras organizaciones. Se activa fundamentalmente 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.

Control de gestión a través de variables críticas de calidad en programas de salud

La calidad surge en el mundo de la producción de bienes y de los 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 (como se citó en Chacón y Rugel, 2018); Pollit y Bouckaert, Quatrebarbes (como se citó en Cortázar, 2006). Este tránsito no ha sido fácil debido a la naturaleza de los últimos. La intangibilidad de los servicios y el papel que tiene el usuario agregan complejidad, ambigüedad y subjetividad a la evaluación de la calidad de los servicios (Cortázar, 2006; Del Carmen, 2019).

De acuerdo con Ávalos (2010), la concepción de ciclo en el mejoramiento continuo de la calidad tributa 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 superando lo que hasta ese

momento se consideraba como bueno; y el horizonte desplazable representado por un proceso que no termina nunca.

La evaluación en salud atendiendo a los ciclos de calidad asumidos de Ávalos responde a una interrelación con los procesos. Producto de ello se conoce si se ajustan a las normas o estándares, si hay fallas o errores en la ejecución que requieren corrección o aparecen nuevas maneras de hacerlos 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 calidad, en particular la “calidad de la atención” se dieron en programas de planificación familiar y salud reproductiva en los que se realizaron trabajos pioneros en cuanto a establecer la necesidad de incluir la voz del paciente en el proceso de valoración de la calidad en la prestación de servicios; es así que 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 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 (2005), 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 en base a variables críticas de desempeño: integridad, contenidos, destreza, oportunidad y continuidad.

Según Santamaría et al. (2018), quienes plantean ideas compartidas por la autora, la definición del constructo calidad implica un compromiso con el usuario, en un sentido ético, y es responsabilidad de la dirección reflejarla como una política de la organización, planeada y comunicada. Consignar suficientes recursos para su evolución y apegarse a que los funcionarios trabajen siempre en función de la calidad (ISO9001/2000). 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.

Desde otro prisma, en décadas anteriores Donabedian (1992), 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. El reconocido autor, desarrolla el concepto y afirma que es una propiedad de la atención médica que puede ser obtenida 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, en donde los mayores beneficios posibles se definen, a su vez, en función de lo alcanzable de acuerdo con los recursos con los que se cuenta y con los valores sociales imperantes (Donabedian, 1992).

Específicamente, la calidad de la atención médica ha sido definida de diversas maneras que en mucho dependen del contexto concreto en que el término quiera emplearse (Eraso et al., 2017; Santamaría et al., 2018); sin embargo, es necesario considerar otros aportes, como:

- Actividades orientadas al cliente (Chow, 2005).
- Generador de grandes beneficios (Ortún, 2005).
- Los aportes de Luft y Hunt (como se citó en Guzmán, 2007): quienes plantean la calidad como “el grado con el cual los procesos de la atención médica incrementan la probabilidad de resultados deseados por los pacientes y reducen la probabilidad de resultados no deseados, de acuerdo al estado de los conocimientos médicos”. (p. 20).
- Componente central del proceso de hacer el producto o el servicio e involucra a todas las funciones gerenciales y a sus ejecutores (Feigenbaum, 2009).
- Grado en que los servicios de salud incrementan la probabilidad de alcanzar resultados deseados en salud que se corresponden a su vez con el nivel actual de los conocimientos

profesionales. Institute of Medicine de los Estados Unidos de Norteamérica, [IOM] (como se citó en Ávalos, 2010, p. 11).

- Mejora continua: parte inseparable del trabajo de los gerentes, supervisores, profesionales, técnicos y empleados de base, que se extiende a los pacientes, los familiares y la comunidad (Ávalos, 2010, p.16).
- Conseguir una elevada satisfacción, excelencia profesional, ser eficientes en el uso de recursos, ofrecer una atención con un riesgo mínimo para los pacientes y medir el impacto final de las acciones en términos de ganancia de salud para los ciudadanos (OMS/OPS, 2018).

Acorde con el propósito de la evaluación de programas de salud en el proceso de implementación, Birch, Field y Scrivens (2000) ofrecen criterios que siguen el marco de referencia para el estudio de la calidad de los servicios de salud establecida por Donabedian (1992) y Rojas (2016). Por ello, se determina que deben considerarse tres variables críticas de calidad:

1. La calidad médica o profesional que es vista como la atención óptima en salud dados los conocimientos biomédicos actuales.
2. La calidad desde el punto de vista del paciente/usuario en la que se valora tanto la forma en que el servicio es brindado como los resultados de esa atención.
3. La calidad gerencial¹ 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 personal del servicio (habilidades y conocimientos), el empleo de recursos óptimos para sus tareas, métodos adecuados, cumplimiento de normas protocolares de actuación, la motivación. En resumen, la

¹“Notas”.

¹Hace referencia al campo de conocimiento que estudia la acción de los gerentes, aunque a veces se utiliza también la frase “ciencias de la gestión” (Cortázar, 2006).

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, interés, resultados positivos tras la atención brindada y la empatía con el paciente/usuario. Sobre esto vale señalar el criterio de Ramos (2011) quien afirma: “Existe buena calidad en la atención en salud cuando 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” (p.47).

Sobre este particular Carnota (2019) plantea que los pacientes, familiares y/o acompañantes demandan ser vistos como socios activos en los procesos de atención con la capacidad y habilidad para hacer elecciones significativas. Para ello, debe conocerse lo que piensan, sienten y esperan de cada uno de los servicios de salud recibidos, según sus particularidades. Criterios asumidos por la autora para desarrollar la tesis.

Desde otra reflexión Massip, Ortiz, Llantá, Peña e Infante (2008) señalan que es posible evaluar la satisfacción con la atención médica mediante la percepción que tienen los pacientes y familiares para identificar cuáles elementos determinan su satisfacción o insatisfacción; así como la percepción de los propios proveedores.

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

Sobre este particular Carnota (2019) 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”, [...] (p.114).

Una vez expuesto las tres variables es conveniente señalar que estas tienen sustento en las bases legales de la calidad en salud en Cuba aplicadas a los programas, que se basan en un conjunto de principios organizativos respaldados desde el punto de vista legislativo.

El régimen jurídico de la calidad en Cuba tiene como propósito la satisfacción de la población y los prestadores a través del desarrollo de la producción, los servicios, el comercio y la actividad científica tecnológica (Mejías, Cabrera, Rodríguez, Toledo, y Norabuena, 2013).

Para el logro de este fin en el sector Salud los servicios deben organizarse de forma adecuada y establecer o aplicar las normas, guías de práctica clínica, procedimientos y protocolos diagnóstico terapéuticos 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 las legislaciones vigentes.

Varios Decretos leyes y Resoluciones Ministeriales correspondientes refrendan y soportan la calidad en los servicios de salud en Cuba. (Gaceta Oficial de la República de Cuba. No.9, 1982, Decreto ley 182/1998. De la Normalización y Calidad, Contraloría General de la República. R. 60/11. No. Gaceta 014. Edición Extraordinaria, 2011).

En el caso de los servicios en los policlínicos, entidad que acoge el programa seleccionado, se presenta entre esas resoluciones: Resolución Ministerial 135 de 17 de junio de 2008, Aprueba y pone en vigor el "Reglamento General de los Policlínicos", en cuyo Capítulo IV "De la Calidad en el Policlínico" en el Artículo 17 establece:

La calidad de un servicio de salud se logra cuando el mismo es accesible y equitativo, con prestaciones óptimas, teniendo en cuenta los recursos disponibles y logrando la adhesión y satisfacción del usuario y del prestador del servicio, con la atención recibida y brindada respectivamente. (Reglamento General de Policlínicos. República de Cuba, 2008, p. 14)

El inciso c, del artículo 18 de ese 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 a los procesos de gestión de recursos humanos, los aseguramientos y la dirección” (Reglamento General de Policlínicos. República de Cuba, 2008, p. 14).

Finalmente, el control de gestión a través de las variables críticas de calidad asumidas permite identificar problemas y oportunidades de mejora en el proceso de implementación y crear actividades para el desarrollo de competencias organizacionales y gerenciales que contribuyen a la mejora continua de programas de salud en tres aspectos fundamentales, según la posición asumida por la autora: mejora de los procesos operativos, de 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 mejoren los procesos operativos en la marcha de los programas. Desarrollar competencias en los directivos para contribuir a la mejora 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 y de la ciudadanía; se atienda la experiencia que estos tienen y se genere mayor valor público. En este último cobra importancia, la relación de los servicios de salud con sus usuarios en busca de responder a necesidades y expectativas particulares y diversas de los pacientes o usuarios, así como sus percepciones, lo que se corresponde con la noción de valor público en este ámbito (Cortázar, 2006).

1.3. Experiencias de evaluación de programas de salud en Cuba

En Cuba se desarrollan un grupo de programas de salud (Rojas, 2019) relacionados con las estrategias y prioridades del sector que enmarcan diferentes líneas de investigación, por ejemplo: atención materno-infantil, medicina familiar, diabetes mellitus, salud del adulto mayor, del adulto joven y salud ocupacional, discapacidades y desarrollo de aptitudes físicas y mentales en los niños, eficiencia y economía de la salud, gerencia de movilización de recursos, servicios de

infraestructuras, introducción y evaluación de tecnologías sanitarias, entre otros, con el fin de lograr la excelencia en el sector de la salud.

Las primeras décadas de este siglo XXI revelan que la Dirección de Ciencia y Técnica del Minsap, acorde 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 APS y a un grupo de hospitales. Incorporó la investigación y la innovación mediante la evaluación como una de las principales vías (Morales et al., 2018).

Por otra parte, se hace necesario reflejar que, en Cuba, en el 2011, se decidió reorganizar los servicios de salud, a tono con el proceso de actualización del modelo económico y social cubano que transcurría en los sectores del país, por ello surgió un proyecto de transformaciones que dio lugar a la investigación-acción de Morales et al. (2018), lo cual devela un análisis de la información obtenida, su discusión colectiva y el asesoramiento técnico a las instancias de dirección del Minsap para la toma de decisiones.

A los efectos de esta tesis adquiere relevancia la evaluación de programas de salud a nivel nacional al presentar un estado del arte conformado por diferentes resultados de investigaciones, entre ellos: Atención integral al paciente con pie diabético (García, 2008); Programa del Médico y Enfermera de la Familia (Márquez, 2010); Atención temprana del neurodesarrollo a nivel comunitario, (Moreno, 2011); Rehabilitación cardíaca del niño (Carballés, 2012); Programa Nacional de Inmunización de Cuba (Galindo, 2013); Educación en diabetes (Casanova et al. , 2014).

Particular importancia para este trabajo son las investigaciones de autores como Gálvez y García (2014) y Rojas (2019) sobre economía de la salud y salud pública, quienes aportan valiosos elementos que complementaron los estudios referidos y son antecedentes de la presente investigación.

Una peculiaridad es que la evaluación de programas de salud en Cuba se sustenta invariablemente en los principios² descritos en la Ley No.41. Ley de la Salud Pública, y en la Constitución de la República de Cuba³ que constituyen la base para las siguientes consideraciones teóricas asumidas por la autora de esta investigación:

- 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 por el presupuesto estatal y de forma gratuita para la cobertura y accesibilidad total a los servicios por la población. Esta protección a los ciudadanos se realiza sin fines lucrativos.

La evaluación en este contexto va encaminada a buscar la mejor relación entre objetivos y resultados en función de maximizar los beneficios sociales, con un mejor aprovechamiento de los recursos en aras de potenciar la salud humana y los servicios del Estado.

- La ley económica fundamental del socialismo plantea 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 lo cual, 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 en salud pública hacia el mejoramiento constante del estado de salud de la población en medio de condiciones sociales favorables, pero en una realidad económica difícil que se torna más compleja por el bloqueo económico impuesto por el gobierno de los Estados Unidos.

² Estos principios están descritos en la Ley No.41. Ley de la Salud Pública. Publicada en la Gaceta Oficial de la República de Cuba, el lunes 15 de agosto de 1983. página 967.

³ En el marco de este estudio se analizó La Constitución de la República de Cuba, 2019, Título V: Derecho, Deberes y Garantías. Cap. II, art. 72, así como las políticas establecidas, Reglamento Orgánico del Minsap, 2019.

- 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 cuenta 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 varios programas con gran alcance y distribución justa 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 otros tipos de accesibilidad a los servicios de salud, sino al garantizar las necesidades básicas y una atención focalizada a grupos especiales de población.

- La participación comunitaria en las acciones de salud y también en valorar las condiciones y criterios de la comunidad en el proceso de evaluación de los programas para la toma de decisiones.

El desarrollo del pensamiento crítico en la comunidad es un requerimiento que paulatinamente se impone para el avance de sistemas y servicios en salud. La población debe aportar conocimientos sobre aquellas acciones de salud que han sido beneficiarios a fin de evaluar el cumplimiento de objetivos, los costos y sus efectos, lo que contribuye a la mejora del servicio de salud y de la calidad de vida (Reiner, Cruz y Orozco, 2019).

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

A nivel nacional en la literatura consultada aparecen múltiples enfoques, concentrados en su mayoría, por el tipo de evaluación, según la finalidad, en estudios de impactos de diferentes programas y servicios de salud acorde al nivel de resultados y con la perspectiva de desarrollo y experimental. Las peculiaridades de la evaluación responden a la salud pública gratuita a cargo del Estado cubano, 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, la dirección del Minsap ha planteado que existe desconocimiento del impacto real de algunos de los programas implementados en el sistema nacional, tanto a nivel individual como colectivo de usuarios, prestadores y directivos de la gestión en salud, así como de las metodologías para la evaluación de este impacto (Mirabal, Rodríguez, Guerrero y Álvarez, 2012).

A continuación, se exponen las principales investigaciones de programas de salud de Cuba encontradas hasta el momento, que no responden específicamente a un tipo de evaluación como los reconocidos en la literatura y referidos con anterioridad, pero que abordan de una u otra forma los enfoques allí presentes.

Galindo (2013) ofrece la evaluación de la vigilancia de eventos adversos a vacunas en Cuba entre 1999 y 2010, representa una investigación en servicios y sistemas, insertada en el funcionamiento del Programa Nacional de Inmunización de Cuba. Esta autora incluyó un estudio de intervención, consistente en la implementación de un nuevo sistema de vigilancia de eventos adversos a la vacunación y tres estudios observacionales anidados para la evaluación de: 1) su estructura y principales atributos (2006 y 2009), 2) los resultados de la implementación (1999-2008) y 3) la utilidad y flexibilidad del sistema para la vigilancia activa de nuevas vacunas en tiempo real (vacuna contra la influenza A (H1N1), Pandemrix, 2010). Por lo cual, clasifica como de estructura y resultados, según el nivel; de impacto, por la finalidad; y experimental, dada la perspectiva.

La evaluación del Programa Cubano de Rehabilitación Cardíaca del Niño para cardiópatas congénitos operados de 1992 a 2010 (Carballés, 2012) tuvo como objetivo principal conocer la calidad de vida y el pronóstico de estos casos. Se estudiaron 4 485 pacientes, seguidos con chequeos postoperatorios, cuya evaluación permitió conocer la mejoría del estado nutricional, la capacidad funcional basal y al esfuerzo, la ausencia de tratamiento farmacológico, y de las

alteraciones psicológicas y la incorporación a la vida escolar o laboral. En resumen, una investigación de resultados, impacto y con perspectiva de desarrollo.

Con igual visión, Moreno (2011) realizó estudio de la eficacia de un programa comunitario de atención temprana del neurodesarrollo en el municipio Habana Vieja, 1998–2008 su objetivo fue: determinar la evolución de los pacientes con retardo en el neurodesarrollo y de niños asintomáticos con factores de riesgo, atendidos en el programa elegido. Las conclusiones investigativas refieren el alcance de mejoría en la mayoría de los casos, tanto en los pacientes como en los niños con factores de riesgo de retardo del neurodesarrollo. Resalta, en otro sentido, el tratamiento que se da del aspecto social (Moreno, p. 95).

Amplía este horizonte la evaluación del impacto social del Programa de Atención al Paciente con UPD con HPP® en nueve áreas del municipio Camagüey (Falcón, Nordelo, Escalante y Campal, 2020), de la cual corresponde señalar la presencia de varias limitaciones encontradas de índole organizacional y gerenciales. Destaca aquí que las investigaciones en sistemas y servicios de salud enfrentan un conjunto de desafíos y dilemas derivados del contexto y de la naturaleza biosocial de su objeto de estudio.

Ante estos ejemplos, queda evidenciada la prevalencia del tipo de evaluación de resultados, con la finalidad de analizar su impacto desde una perspectiva de desarrollo, fundamentalmente. El panorama estudiado devela carencia en la evaluación desde la perspectiva gerencial, sobre la cual 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; aspectos abordados en el cuadro 1 del epígrafe 1.1. Esto justifica la necesidad de hacer la presente tesis.

Acerca de las diferencias entre la evaluación de resultados y de impacto analizadas para determinar hacia dónde se orientan estas, prevalece la interrelación de sus propósitos, pero resalta la finalidad de impacto desde la perspectiva de desarrollo y experimental. Lo primero, se interpreta al corresponderse con los objetivos planteados sobre la valoración de la eficacia o 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.

No obstante, se retoma los criterios de Montero (2004) con vistas a precisar que en estos ejemplos la meta fue establecer evidencias de una relación causal entre los resultados estudiados y las actividades del programa de salud. Por tanto, la evaluación de impacto en salud está incluida dentro de un enfoque más general que se denomina investigación de resultados, según el nivel. Sin embargo, las evaluadas responden al tipo de impacto o sea sumativa, de naturaleza analítica donde se evaluó resultados e impactos y la eficacia o efectividad de un programa consolidado.

1.4. Análisis de antecedentes metodológicos sobre evaluación de programas de salud con enfoque gerencial

La evaluación de programas de salud conlleva al empleo de diversidad de modelos o procederes, unos priorizan los de resultados e impactos, centrados en la relación causal en la población tras el servicio recibido; en cambio, otros se detienen en los procesos de aplicación de los programas, su estructura, cumplimiento de acciones programadas, nivel de accesibilidad al tratamiento, satisfacción de la población, entre otros.

Es muy limitada, en los modelos y metodologías analizadas, 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 pueden representar antecedentes metodológicos por el aporte que realizan 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.

Respecto al análisis a nivel internacional existen experiencias de gran interés para este estudio. El modelo de evaluación de programas de salud de Álvarez et al. (2014) presenta tres etapas:

- Diagnóstico inicial y propósitos generales de la evaluación.
- Descripción del programa a evaluar.

- Diseño metodológico y 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 que se utiliza se orienta más a la evaluación del diseño del programa que al proceso de implementación.

En el contexto cubano se hallan evaluaciones de programas, pero dirigidas esencialmente a la medición de 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 (Márquez, 2010); Calidad de la ejecución del Programa de Bajo Peso al Nacer en un área de salud urbana (Maturell, Muñiz, Cuevas, Lalondrys, y Maceira, 2014), Diseño metodológico de las investigaciones evaluativas relacionadas con la calidad en salud (Sánchez, 2016), Guía metodológica para evaluar la calidad de un servicio de Estomatología General Integral (Mursulí, Pérez, Hernández, y Yero, 2018) y Estado actual de la evaluación de la calidad en los servicios de Estomatología en Cuba (Capote y Peña, 2018).

En Mursulí et al. (2018) resalta la presentación de variables específicas por cada dimensión y con características pertinentes para evaluar cada una en las que se reconocen variables de calidad:

- I. Estructura: Indicador 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 y 3.3 Satisfacción de profesionales.

Otras investigaciones recogidas en la literatura que evalúan la calidad del servicio estomatológico y que incluyen aspectos a tener en cuenta son: Evaluación de la satisfacción de los usuarios y prestadores de servicios en la Clínica Estomatológica "Fe Dora Beris" (Arocha, Márquez, Estrada y Arocha Arzuaga, 2015) y Evaluación de la calidad de la atención estomatológica de dos servicios de Estomatología General Integral (Mursulí, et al., 2018).

Una metodología para evaluar la calidad científico-técnica de la atención a los ingresados en el hogar del municipio Playa, Ciudad de La Habana en el periodo 1999-2005 (Márquez, 2010) 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. Se consideran variables específicas en las tres dimensiones (estructura, proceso y resultado), dirigidas a la atención de los ingresados en el hogar y el personal, cuya evaluación tuvo los siguientes criterios por cada una:

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 (Gómez y Pino, 2016) como variable relacionada con la calidad médica o profesional.

Entre las investigaciones halladas se encuentra la Guía para evaluar el Programa de Educación en diabetes (PED) en la APS en Pinar del Río (Casanova et al., 2014) realizada con el propósito de: “evaluar la ejecución del programa [...] y, por tanto, a identificar las brechas entre lo deseado y lo observado, así como a orientar adecuadamente la distribución de los recursos humanos y materiales”. (Casanova et al., 2014, p.18). La guía aporta 32 criterios e indicadores para evaluar las diferentes dimensiones concebidas: estructura, proceso, resultados, similar a las investigaciones anteriores. A ello se agrega una contribución de Rodríguez (2016) con relación a perfeccionar el Registro de Evaluación Integral al paciente afectado de pie diabético del Programa vinculado con la aplicación del HPP® y publicaciones internacionales de farmacoeconomía (Tesar et al., 2017 y Bagle et al., 2017), así como otro estudio en APS de Calvo, Pelegrín y Gil (2018).

A pesar de los aspectos reconocidos, los vacíos de estas metodologías que se identifican para la evaluación de programas de salud en el proceso de implementación desde el enfoque gerencial son:

- a) Las experiencias estudiadas analizan la calidad desde las dimensiones de la calidad 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 que de no ser atendidas ponen en riesgo la mejora continua del programa en ejecución 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 contraposición, 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 que permitan elaborar mediciones procesuales

que sean 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) La evaluación con enfoque gerencial es una fuente para detectar oportunidades para el desarrollo de las competencias organizacionales y gerenciales que contribuyan a la mejora continua de un programa.

Conclusiones del capítulo

Como resultado de este análisis se demuestra que las evaluaciones de programas de salud se realizan desde múltiples ópticas. En la actualidad ha cobrado interés el prisma cuantitativo y ha sido reconocido por diferentes autores. En Cuba, no responden 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 gerenciales: la gestión de operaciones, el control de gestión y el desarrollo de competencias organizacionales y gerenciales, y el uso de variables críticas de calidad para el control de gestión si los propósitos son para la mejora continua.

A partir de las limitaciones de las metodologías analizadas se precisa la pertinencia de incorporar la evaluación desde la perspectiva de la gestión que añada la calidad gerencial, lo cual ratifica la necesidad de contar con mayor sostén científico a fin de accionar lo más cercano posible a las necesidades y expectativas de los beneficiarios, así como lograr un aprendizaje continuo en el ámbito organizacional y gerencial.

CAPÍTULO 2. DISEÑO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN DE PROGRAMAS DE
SALUD EN EL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN CON ENFOQUE GERENCIAL

CAPÍTULO 2. DISEÑO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN DE PROGRAMAS DE SALUD EN EL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN CON ENFOQUE GERENCIAL

Este capítulo tiene como objetivo presentar la propuesta de un procedimiento para evaluar programas de salud en el proceso de implementación. La evaluación se fundamenta desde un enfoque gerencial y adopta la perspectiva de gestión, por su finalidad es formativa y abarca los niveles de estructura, proceso y resultados en función de la mejora continua.

2.1. Premisas y criterios para la ejecución del procedimiento de evaluación de programas de salud en el proceso de implementación con enfoque gerencial

La propuesta tiene en cuenta un enfoque que incluye, como nuevo atributo de las evaluaciones existentes, la calidad gerencial que busca no solamente el éxito de los programas de salud, sino, además, influir sobre el progreso de la salud pública y el bienestar de la población de manera consciente e intencionada (Donabedian, 1992; Ishikawa, 1997; Cortázar, 2006; Rojas, 2016; Carnota, 2019). De lo cual se deriva que pueda ser utilizado para la mejora de los procesos de cualquier programa en el proceso de implementación y el desarrollo de competencias organizacionales y gerenciales si así se requiere.

La concepción del carácter estratégico que es el punto de partida de la implementación de programas resulta una consideración esencial para proceder a una evaluación con enfoque gerencial. Esto tiene utilidad para la totalidad de actores inmersos en ello, en particular a los directivos/coordinadores les 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 (como se citó en Cortázar, 2006, p. 3) referidas a que “(...) la implementación, en las mejores circunstancias, es excesivamente difícil, (...)”, se plantea este procedimiento en función de ayudar a investigadores, directivos/coordinadores y especialistas con el propósito de desarrollar mejor la labor. Además, a fin de 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.

En términos operativos un programa (Darville, 2015, p. 8):

- 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 produce.
- Debe permitir 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/las instituciones que lo implementan.
- Debe tener un diseño, que, en su conjunto, dé cuenta de una estrategia para dar solución al problema y/o necesidad concreta que afecta a la población identificada.
- Debe identificar claramente la población objetivo que será beneficiaria de los bienes y/o servicios provistos.

- Debe identificar cuáles son los bienes o servicios públicos provistos por el programa, así como los resultados esperados de su ejecución y forma de medición.
- Respecto al alcance de los resultados, debe estar explícitamente formulado 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 llevar a cabo 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 (Montero, 2004 y Nebot et al., 2011).
2. Que el Programa cuente con una evaluación previa en el que se identifiquen desviaciones respecto al cumplimiento de los objetivos relacionadas con:
 - a) Limitaciones asociadas con los procesos operativos, las actividades e interacciones que son susceptibles de ser mejoradas a través del control de gestión.
 - b) Problemas en la satisfacción de las necesidades y expectativas de los pacientes y familiares.

De acuerdo con esta visión, se deben tener en cuenta también los procesos que se iteran a lo largo del tiempo e interactúan entre sí (Cortázar, 2006): las actividades de definición colectiva de problemas, la selección de alternativas, toma de decisiones autorizadas, implementación y evaluación.

Se considera, sin embargo, que la interacción mutua y continuidad que existen entre estos procesos no indican que todos ellos tengan la misma naturaleza. Una evaluación adecuada sobre el 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 propone el uso de indicadores de calidad como parte de las variables crítica de desempeño, a partir de tres dimensiones (calidad técnica o profesional, desde el punto de vista del paciente/usuario y la gerencial) con el objetivo de monitorear el comportamiento de estas 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 a fin de la mejora continua de sus procesos en el proceso de implementación.

Por su finalidad la propuesta permite detectar anticipadamente problemas o insuficiencias que puedan ser mejorados durante la implementación del Programa a evaluar y contiene los elementos metodológicos requeridos para realizar la evaluación que responden no solo a los intereses de la organización, sino además al desarrollo de la salud pública, así como a las necesidades y expectativas de pacientes y usuarios (Carnota, 2019); 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 de ella. Esto constituye parte sustancial para contribuir a la evaluación de un programa de salud a través de la calidad como parte de las variables críticas de desempeño más importante, de acuerdo con Cortázar (2006), 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 adecuación de los recursos, materiales y humanos a las necesidades.
- Conocer 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 está fundamentalmente orientado para la evaluación de los programas de salud pública de Cuba; no obstante, la práctica sugiere que pudiera ser aplicado por otros a escala internacional. A tal fin, deben tenerse en cuenta las características de cada organización en función de sus procesos, sus mecanismos de dirección y nivel de subordinación para realizar las adecuaciones pertinentes.

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

- Si se obtuvo respaldo y recursos del entorno político autorizante.
- Capacidad de identificación de los elementos y características del programa de acciones que se espera generen valor para los ciudadanos.
- Si la estrategia trazada es “operativa y administrativamente viable,” despliegue consciente y especializado de capacidades legales, financieras, materiales y humanas para obtener resultados concretos.
- Utilización constante de la información precisa y confiable para la toma de decisiones exitosas.

Se proponen además dos aspectos adicionales que, por ser más precisos, facilitan una mejor comprensión del potencial estratégico que tienen 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 el procedimiento los procesos de implementación de determinado programa se puede conocer el nivel de generación de oportunidades para aumentar el valor público que generan y, en esa medida, remarca su importancia estratégica. Esto obliga a indagar sobre el

aprovechamiento de tales oportunidades según la capacidad de los jefes o 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.

Pressman y Wildavsky (como se citó en Cortázar, 2006) consideran que hay tres factores que influyen en el proceso de toma de decisiones durante la implementación: la dirección de las preferencias que los operadores tienen respecto al programa - ¿están a favor o en contra del mismo? -, la intensidad con la que se manifiestan dichas 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 el caso de los servicios de salud puesto que estos, a diferencia de los productos, solo se generan y obtienen mediante la experiencia de dicha 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. Sobresale en ese sentido 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 ellos controlan en gran medida los recursos, la información y los esfuerzos cotidianos necesarios para que el Programa sea efectivo.

El requerimiento de que los funcionarios públicos deben orientar 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 con su labor. 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 en este proceso.

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

- Tomar en consideración los diversos valores e intereses en juego, así como las interacciones y conflictos que ellos 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 en los múltiples actores de un Programa una comprensión más compleja y realista del proceso de implementación.

Este enfoque gerencial hace énfasis en las funciones que debe desempeñar el jefe o coordinador del Programa durante la implementación como parte del proceso global de gerencia. A su vez, la última idea señalada exige que para la evaluación de la calidad de programas en el proceso de implementación constituyan objeto de análisis:

- 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).
- Una función transversal a todo el proceso de gerencia que es la función de desarrollo de competencias organizacionales y gerenciales.

Finalmente, se hace necesario acotar que a fin de la aplicación del procedimiento diseñado cobra trascendencia la información epidemiológica, por su valor para la gestión de los programas y servicios de salud, siempre que responda a la particularidad de población-territorio-tiempo de un

programa específico en un contexto dado. Además, con él se propicia la información exacta, pertinente, veraz, que satisfaga la demanda de quienes la necesitan, por lo cual se convierte en una herramienta o recurso útil para la mejora continua de los programas.

2.2. Procedimiento de evaluación de programas de salud en el proceso de implementación con enfoque gerencial

La propuesta de esta investigación se basa en el modelo de evaluación de programas de salud (Álvarez et al., 2014) y las metodologías de evaluación de la calidad en el contexto de la economía cubana Márquez (2010); Maturell, Muñiz, Cuevas, Lalondrys y Maceira (2014); Sánchez (2016); Capote y Peña (2018); Castell-Florit (2017); del contexto internacional Cortázar (2006); Rey de Marulanda et al. (2007); Peters et al. (2014), Silva (2013), Royo (2014) y Armijos (2017) con adecuaciones al considerar el papel crucial del enfoque gerencial en el proceso de implementación de programas de salud.

El procedimiento propuesto se realiza desde la perspectiva gerencial que presupone monitorizar y mejorar la ejecución del programa, así como verificar las actividades que se han realizado, de acuerdo al protocolo establecido, en los niveles de estructura, proceso y resultados e incluye la evaluación de los recursos materiales y humanos, la cobertura y la calidad del servicio en las dimensiones aceptadas por la autora del trabajo: la calidad médica o profesional, que es vista como la atención óptima en salud dados los conocimientos biomédicos actuales; la calidad desde el punto de vista del paciente/usuario en la que se valora tanto la forma en que el servicio es brindado como 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 que se realiza en el proceso de implementación de un programa para explorar su factibilidad y mejorarlo por la vía de detección de problemas o insuficiencias. El procedimiento propuesto es de seguimiento, de ahí que la recolección de información consiguiente sirve para la ejecución y toma de decisiones.

La definición de los propósitos generales del procedimiento propuesto reviste una especial importancia, al permitir que las acciones de evaluación se orienten conforme a las expectativas de quienes van a ser los usuarios principales de sus resultados; con ello, se asegura la utilización de 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 desde el enfoque gerencial 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 una de las más adecuadas para describir y comprender las prácticas gerenciales en beneficio del programa a evaluar y del público objetivo y los implicados.
3. Determinar la calidad del Programa 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 realización. Se crea un equipo de trabajo conformado por:

- Un coordinador que dirige, con experiencia en evaluación de programas de salud.
- Miembros de grupos de evaluación de programas de salud que tengan experiencias precedentes.
- Especialistas de las ciencias sociales del ámbito académico que funjan como expertos en dependencia de los objetivos investigativos.

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

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

Actividades:

- Visita a áreas de salud para establecer pautas de trabajo de campo. (Coordinador).
- Establecimiento del cronograma de trabajo investigativo. (Coordinador y miembros del equipo).
- Realización de diagnósticos según el procedimiento propuesto. (Coordinador y miembros del equipo).
- Aplicación de instrumentos en las áreas de salud donde se implementa el Programa. (Coordinador y miembros del equipo).
- Análisis e interpretación cuantitativa de los resultados obtenidos. (Coordinador y miembros del equipo).
- Elaboración de informes. (Coordinador y especialistas de las ciencias sociales).
- Intercambio con los directivos del Programa y actores por área. (Coordinador y miembros del equipo).

En términos generales, el proceso de evaluación de un programa se estructura en cuatro etapas con sus correspondientes pasos y salidas. A continuación, se muestra el procedimiento creado para la evaluación de programas de salud en el proceso de implementación, Figura 3:

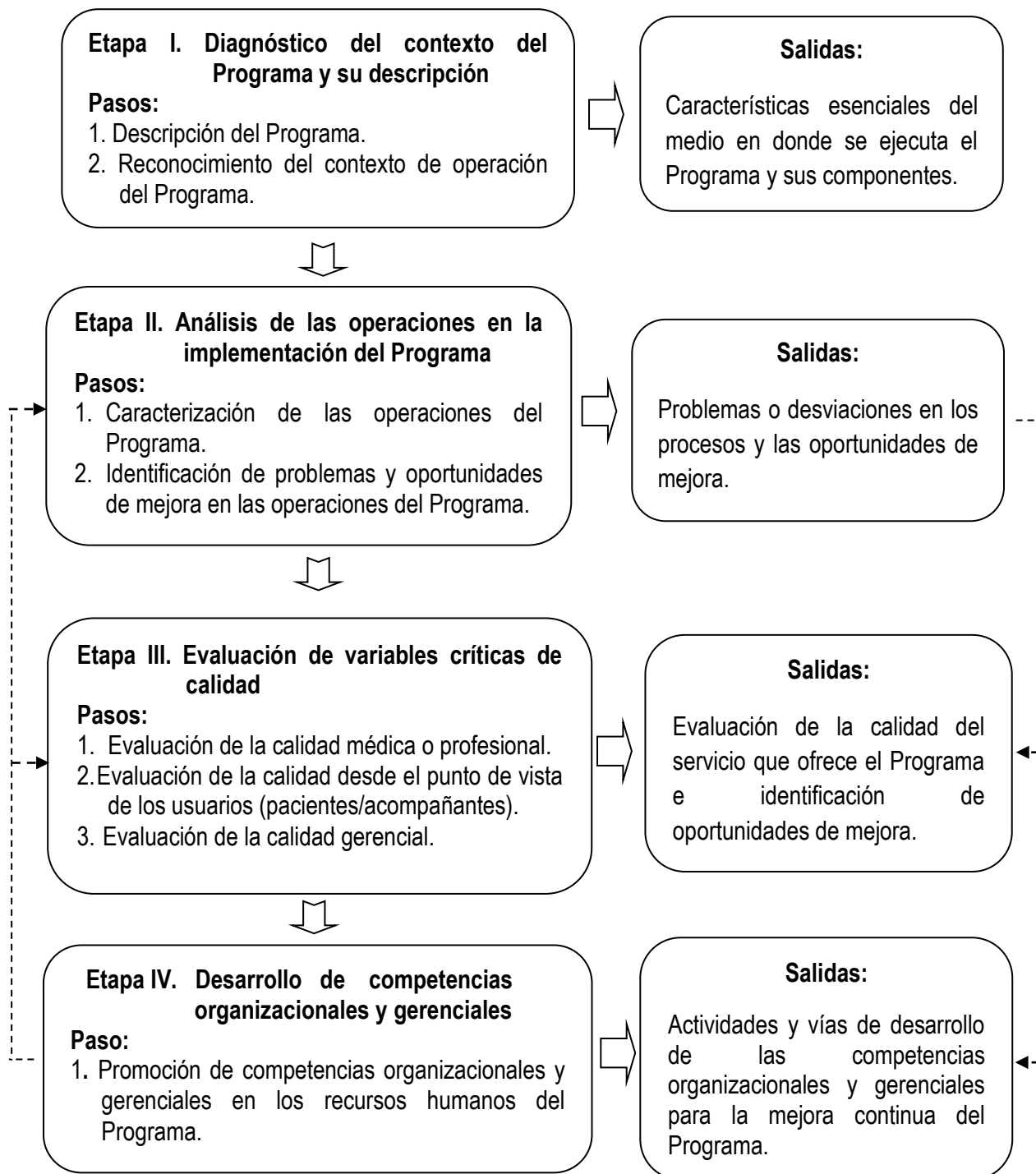


Figura 3. Procedimiento para la evaluación de programas de salud con enfoque gerencial
 Fuente: Elaboración propia.

La secuencia de acciones del procedimiento incluye para cada una de las etapas: pasos a seguir, el objetivo, las técnicas a emplear, así como las orientaciones metodológicas. A continuación, se desarrollan.

Etapa I. Diagnóstico del contexto del Programa y su descripción

Paso 1. Descripción del Programa

Paso 2. Reconocimiento del contexto de operación del Programa

Paso 1. Descripción del Programa

Objetivo: Valorar el diseño del Programa.

Técnicas a emplear: Análisis de documentos y registros, entrevistas a coordinadores, a funcionarios de las direcciones de salud y promotores del Programa en los casos que se corresponda. (Márquez, 2010; Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018; Álvarez et al., 2014).

La entrevista mencionada es de carácter cualitativo, íntimo, flexible y abierto. Se define como una reunión para intercambiar información entre una persona (el entrevistador) y otra (el entrevistado) u otras (entrevistados) (Hernández-Sampieri et al., 2014). Las preguntas son abiertas y neutrales, ya que pretenden obtener perspectivas, experiencias y opiniones detalladas de los participantes en su propio lenguaje, según Cuevas (como se citó en Hernández-Sampieri et al., 2014).

Orientaciones metodológicas

La descripción del Programa a evaluar es una de las actividades más delicadas. Constituye un acercamiento formal con el objeto de estudio y, por lo tanto, el conocimiento en detalle de todos y cada uno de sus componentes. Se justifica en virtud de las siguientes consideraciones basadas en Fink y Kossekoff (como se citó en Cortázar, 2006) y Álvarez et al., (2014), pero considerando el papel crucial de la implementación según el enfoque presente en esta investigación.

- 1) Con frecuencia, los programas son ambiguos, poco claros y con ausencia de metas precisas y actividades, lo que dificulta su evaluación objetiva y seguimiento.
- 2) El desarrollo de un programa no solo conlleva la sola realización de actividades y consecución de metas, también involucra resultados adicionales de trascendencia que no siempre se contemplan en su diseño.
- 3) La implementación no siempre se “ajusta” a lo establecido en el diseño o el diseño no ha previsto situaciones, factores o procesos que deben tener en cuenta en un esfuerzo de rediseño.

4) Todo programa comprende la aplicación de recursos materiales y gastos de operación, que deben analizarse para obtener mayor comprensión de sus resultados.

A ello se añaden tres consideraciones desde el contexto cubano, en particular sobre los procesos y actividades del Programa por su importancia para el estudio de los procesos operativos y la gestión de operaciones, según la posición asumida por la autora acerca de las funciones gerenciales.

1) El desarrollo de las prestaciones ejecutadas en los distintos niveles de atención constituye un imperativo necesario y permanente; por tanto, el componente evaluativo cobra extraordinaria actualidad (Márquez, 2010). En Cuba existen 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) Rojas (2019).

2) De un programa con excelencia de los servicios, palpable en la relación positiva equipo-paciente-familia, pueden valorarse además múltiples aspectos que incluyen 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 nunca podrán descuidarse (González, 2011).

3) Las actividades vinculadas a los procesos puede entrar en contradicción con la satisfacción deseada: el flujo de las operaciones, tal como está diseñado, puede obligar a actividades 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 pueda verse 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 (Carnota, 2019).

La descripción del Programa se realizará por el equipo de trabajo y debe contener al menos los siguientes elementos (Álvarez et al., 2014):

Datos generales: Denominación, ámbito de aplicación (debe incluir: municipio, población, potencial año, acumulado, porciento previsto de cumplimiento del Programa), institución responsable, unidad a cargo del Programa.

1. Objetivos que se persiguen con la realización del Programa.
2. Recursos de operación y principales intervenciones a realizar, en correspondencia con los objetivos señalados.
3. Indicadores y metas de resultados intermedios o de impacto. De ser posible se sugiere considerar efectos colaterales que en forma adicional se pueden esperar como consecuencia del Programa de intervención o alguna de sus actividades.
4. Financiamiento asignado al Programa con calendario de aplicaciones y conceptos de gasto.
5. Describir los procesos y actividades asociadas al Programa.
6. Evidencias documentales del Programa.

Para la descripción del Programa a evaluar la autora hace una propuesta a partir de la adecuación de Álvarez et al., (2014), Cortázar (2006), Armijos (2017); Falcón et al. (2018) y Carnota (2019):

<p>Denominación del Programa: Ámbito de aplicación: Nacional___ o territorial___ Institución responsable: Unidad a cargo del Programa:</p>
<p style="text-align: center;">Resumen de antecedentes y problemática del Programa</p> <p>Se realiza por el equipo de trabajo mediante un resumen de antecedentes y problemática del Programa, para lo cual se apoyará en la revisión de informes de cumplimiento del Programa, las entrevistas a coordinadores, a funcionarios de las direcciones de salud y promotores del Programa en los casos que se corresponda (Anexo II).</p> <p>El resumen debe hacerse atendiendo a las siguientes variables y en el análisis de su comportamiento se deben tener en cuenta los aspectos conceptuales referidos:</p> <p>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.</p> <p>Mortalidad: refiere la proporción de personas, con una característica particular, que mueren respecto al total de individuos que tienen esa característica (se puede considerar el indicador tasa de mortalidad asociada a una determinada enfermedad).</p>

Cobertura: es el área geográfica cubierta por el Programa como parte del sistema de asistencia sanitaria de la salud pública.

Incidencia de la enfermedad: se refiere al número de casos nuevos en una población determinada y en un periodo dado.

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. A nivel asistencial se aplica 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 se seleccionan en función de que tengan (casos) o no tengan (control) de 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 frente a 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 deben identificar aquellos retos que respondan a los objetivos del Programa en función de lograr altos índices de cobertura y calidad, a partir de la satisfacción de los beneficiarios, según sus necesidades y expectativas en relación 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 estos, la familia y la comunidad en los procesos del Programa.

Estas variables deben ajustarse a las características del Programa a evaluar y la connotación que estas puedan tener.

Objetivos del Programa

Se realiza por el equipo de trabajo, se expone a partir del análisis de documentos, los objetivos del Programa y 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 aspectos que se obtienen por el equipo de trabajo a partir del análisis de documentos rectores del Programa, protocolos de actuación y visitas de campo a las distintas áreas donde se implementa. Invariablemente se tomarán en cuenta:

- Medicamentos de primera línea y segunda línea adquiridos para el Programa.
- Infraestructura para el diagnóstico e insumos para el Programa.
- Personal contratado para las actividades de 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 reforzamiento de 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 un conjunto de acciones que transforman y aplican determinados recursos (financieros, materiales, tecnología, habilidades y conocimientos) para generar un servicio que, mediante estos, adquieren valor adicional. Son considerados también como una serie de actividades interrelacionadas entre sí que tienen un determinado objetivo.

El equipo de trabajo para identificar los procesos del Programa debe seguir el siguiente orden:

1. Identificar los niveles de atención del Programa (primario, secundario y terciario) establecidos por los ministerios u organismos centrales correspondientes en los organigramas y ruta crítica de pacientes. El primero de ellos, constituye una representación gráfica de la estructura del Programa, incluyen las estructuras departamentales o niveles de atención y, en algunos casos, las personas que dirigen, es un esquema sobre 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 (2013) y valorada por la autora como la tipología más adecuada a tomar en cuenta en la evaluación de programas de salud.
3. Establecer la secuencia temporal de actividades para los procesos definidos que se diseña acorde a los ciclos evolutivos del paciente, el protocolo de actuación y los servicios asociados al Programa. Se recomienda el uso de la metodología de Silva (2013) 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 y para retroalimentar el proceso operativo y superar sus fallas, las actividades que pueden permitir desarrollar 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	
Elementos	Características
Indicador	Se deben incluir indicadores de morbilidad, mortalidad, cobertura u otros.
Descripción del indicador	Se describe lo que mide el indicador
Observaciones	Deben incluirse 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 establecen metas intermedias de forma anual, según el periodo de evaluación

Financiamiento del Programa

La importancia de conocer el financiamiento estriba en la necesidad de verificar la coherencia del gasto ejercido 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 del Programa:

Tipos de gasto por partida y elementos.

- Presupuesto (plan, real, % de ejecución).

Se recomienda que en los informes anuales del Programa se realice un análisis del comportamiento del financiamiento según las acciones realizadas.

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 proporcionaría información para la actualización en cuanto a diseño.

Paso 2. Reconocimiento del contexto de operación del Programa

Objetivo: Examinar las características esenciales del medio en donde se ejecuta el Programa.

Técnicas a emplear: Análisis de documentos y registros, entrevistas informales con pacientes (anexo III), visitas de campo (Hernández-Sampieri et al., 2014; Álvarez et al., 2014; Artiles, Otero y Barrios, 2015).

Orientaciones metodológicas

Es una actividad relevante. Resulta de gran utilidad para el propio equipo de evaluación, al brindar un acercamiento y diagnóstico general del Programa que permite reconocer:

1. Las políticas que sustentan el Programa y los problemas generales que envuelven su operación.
2. Aspectos trascendentales que pueden incidir en el desarrollo de las acciones de evaluación.
3. Posibles expectativas de los usuarios de la evaluación.
4. Valorar las capacidades de evaluación, los sistemas de información disponibles y la disposición del personal para colaborar en las acciones de evaluación.

En este paso se debe realizar por el equipo de trabajo el análisis de los documentos del programa objeto de evaluación, entre ellos contarán:

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.

Se desarrollan, por parte del coordinador de la evaluación, las entrevistas informales (Anexo III) a pacientes del Programa mediante preguntas abiertas en un ambiente flexible con el objetivo de reconocer las localidades, características del personal, usuarios de servicios y consultas que serán objeto de estudio y las visitas de campo que permiten adentrarse en situaciones del Programa, mantener un papel activo, así como una reflexión permanente en el trabajo. Estar atento a los detalles, sucesos, eventos e interacciones en las áreas de salud donde se evalúa el Programa (Álvarez et al., 2014; Hernández-Sampieri et al., 2014; Artilles et al., 2015).

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 y h) acceso a los lugares donde opera el programa (Álvarez et al., 2014).

Una nueva descripción y el 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 los 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 a través del análisis de las operaciones y la evaluación de variables críticas de calidad.

Etapa II. Análisis de las operaciones en la implementación del Programa

Paso 1. Caracterización de las operaciones del Programa

Paso 2. Identificación de problemas y oportunidades de mejora en las operaciones del Programa

Paso 1. Caracterización de las operaciones del Programa

Objetivo: Caracterizar los procesos y actividades en la implementación del Programa.

Tabla 1. Técnicas a emplear

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	1-4 5-8	Preguntas abiertas Diferencial semántico (escala bipolar) Diferencial semántico (escala bipolar)
	Encuestas a personal	9-12	
	Calidad de los procesos	Adecuación a partir de Armijos (2017)	8 2

Fuente: Armijos, 2017; Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018.

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

Para la caracterización de las operaciones de programas de salud debe tenerse en cuenta que estas son el conjunto de actividades que transforman y aplican determinados recursos (financieros, materiales, tecnología, habilidades y conocimientos) para generar servicios. Mediante dicho proceso, que tiene más complejidad en este tipo de programas, las rutinas se convierten en elemento central de las operaciones debido a que estandarizan las actividades de gran cantidad de individuos y grupos, se saca provecho a sus habilidades a través de 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, tecnología, 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, conlleva a que la caracterización de sus operaciones tiene que considerar los procesos identificados en el paso 2.

Con el fin de profundizar en la caracterización de las operaciones sobre la articulación de los elementos constitutivos del proceso operativo, se aplica una entrevista en profundidad a funcionarios a cargo del Programa (Anexo IV). Esta se agrupa bajo tres categorías básicas: estructura, desarrollo y contenidos. Contiene preguntas dirigidas a ahondar en aspectos previamente identificados en el proceso de la investigación; requiere de un vínculo muy estrecho entre el investigador y el entrevistado (Hernández et al. 2014). Contiene interrogantes del Cuadro 2:

Cuadro 2. Interrogantes referidas a la articulación de los elementos del proceso operativo

Interrogantes	Elementos para su interpretación (Recursos e interacciones)
1. ¿Son suficientes los recursos humanos, financieros y materiales?	Recursos: financieros, materiales, tecnología, información, habilidades y conocimientos
2. ¿Se están llevando a cabo las actividades programadas en cuanto a integridad, contenido y destreza?	Integridad Contenido Destreza
3. ¿Se están llevando a cabo las actividades programadas en cuanto a oportunidad y continuidad?	Oportunidad Continuidad
4. ¿Existe una adecuada coordinación entre las distintas actividades?	Coordinación
5. ¿Existe 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. (2014).

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 la de Likert al sumar las puntuaciones respecto al par de adjetivos codificados (Hernández-Sampieri et al., 2014).

En el caso de esta investigación 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, el participante con la suma de todas las puntuaciones por cada frase obtiene un total en relación con las afirmaciones (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018).

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

Para el análisis de los indicadores de escala Likert y diferencial semántico se propone utilizar los parámetros establecidos en la estadística descriptiva, en la cual se emplea la media como medida de tendencia central. A fin de 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:

Tabla 2. Análisis de la media en la interpretación de la escala Likert

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

Fuente: Gómez, Santos y Castrillón, 2016.

Para todos los cuestionarios de las encuestas de este procedimiento se debe determinar la fiabilidad o consistencia interna con el propósito de medir el grado en que los diferentes ítems del instrumento

son coherentes entre sí y además que todas sus partes midan la característica deseada (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018; Artiles et al., 2015).

A fin del análisis de la información se hará uso del Alpha de Cronbach como coeficiente que determina la consistencia interna de una escala, al analizar la correlación media de una variable con todas las demás que integran dicha 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 no aceptable; entre 0,5 y 0,6 se consideran como un nivel pobre; entre 0,6 y 0,7 se consideran como un nivel débil; entre 0,7 y 0,8 son aceptables; entre 0,8 y 0,9 son buenos, y un valor superior es excelente (Hair, Anderson, Tatham y Black, 1999).

Con el propósito del desarrollo de la entrevista en profundidad se conciben diferentes fases, en el caso de esta investigación el diseño se explica en párrafos anteriores. La convocatoria se realizará a directivos o funcionarios del programa en sus áreas de trabajo, con la presencia de un investigador que propondrá el contenido sobre la calidad del programa de salud para desarrollar en un tiempo de duración aproximada de 60 minutos, y el entrevistado tendrá la posibilidad de recibirlo con anterioridad por vía electrónica.

La selección de los informantes de la entrevista en profundidad es de forma intencionada semiestructurada y se 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 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 habían sido seleccionados para la entrevista.
2. Indagar sobre la disponibilidad para poder realizar la entrevista de las personas contactadas. La participación en la investigación será absolutamente voluntaria.

3. La muestra quedará compuesta por las personas que aceptaron la entrevista y se registrará mediante la identificación del área o departamento, asiento del nombre, categoría docente y científica y la función académica o investigativa relacionada con el tema.

La encuesta a 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 la reacción del sujeto 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 es para 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 y ello permite comparar la información obtenida de la entrevista en profundidad a causa de identificar las brechas que se presentan en los servicios. En el Anexo V se propone el cuestionario correspondiente.

Para sondear en esta caracterización, además de la entrevista en profundidad y la encuesta a los operarios, se proponen 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. La propuesta es resultado de una adecuación del estudio hecho por Armijos (2017) y del Programa Integral para el Control del Cáncer en Cuba (2020).

En el Anexo VI se presentan los indicadores y la información relativa al objetivo, la fórmula, el rango de comportamiento, la frecuencia de análisis y el proceso a que está asociado.

Al concluir este paso se tendrá información para detectar los problemas o desviaciones respecto de 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:

1. Detectar problemas o desviaciones respecto de la programación inicial de los procesos y las oportunidades de mejora.

Técnica a emplear: Grupo de enfoque mixto

El hecho de que existan problemas que, manifestándose durante la implementación de un Programa, tengan solución fundamentalmente en el marco de las actividades que la componen no es suficiente. Se hace necesario identificar oportunidades de mejora como parte de una retroalimentación positiva que impulse a nuevas maneras de hacer las cosas.

Orientaciones metodológicas

Para este paso se recomienda el empleo de grupo de enfoque mixto, como técnica que consiste en reuniones de grupos pequeños o medianos (tres a 10 personas), en las cuales los participantes conversan en torno a uno o varios temas en un ambiente relajado e informal, bajo la conducción de un especialista en dinámicas grupales que fomenta la interacción en la sesión.

En el caso de esta evaluación se propone hasta siete participantes y 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 de la programación inicial de los procesos e introducir sobre la marcha las medidas correctivas necesarias.

Para identificar los problemas o desviaciones respecto de la programación inicial de los procesos e introducir las medidas correctivas se utilizan los parámetros: 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) y f) Cumplimiento de los estándares (CE). Para el análisis de los problemas y oportunidades de mejora en la articulación de los elementos constitutivos del proceso operativo se hace uso del (Cuadro 3).

Cuadro 3. 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
Procesos finales					
Gestión de usuarios					
Clínico					
Procesos de apoyo					
Clínico					
Logístico					
Administrativo					

Fuente: Adaptado de Silva (2013).

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

Etapa III. Evaluación de variables críticas de calidad

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 corrijan las desviaciones respecto a los estándares establecidos. Atendiendo a ello el procedimiento introduce la necesidad de interpretar información sobre determinadas variables críticas de

desempeño para lograr una retroalimentación positiva que impulse a los miembros de la organización a aprender nuevas maneras de hacer las cosas.

En el caso de esta investigación se prevé que en la evaluación de programas de salud se empleen 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 producidos no satisfacen 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 (Donabedian, 1992; Rojas, 2016 y 2019).

Para proceder a la evaluación de la calidad se aportan 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, en correspondencia con las tres variables mencionadas se reflejan en el siguiente cuadro:

Cuadro 4. 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?	Efectividad
	¿El servicio incluye las medidas de protección y promoción de la salud, así como las de prevención de la enfermedad?	
	¿Cuán humanamente 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?	Aceptabilidad
	¿Se maximiza el servicio para un insumo dado o de manera inversa, se minimiza el insumo para un nivel dado de servicio?	Eficiencia
	¿Puede la población obtener este tratamiento o servicio cuando lo necesita?	Acceso
	¿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?	
	¿Los pacientes son tratados de manera justa en relación con otros? ¿Hay fallas identificables en equidad (por grupo socioeconómico, según nivel de ingreso, grupo étnico, sexo, condición geográfica)? ¿Las condiciones del ambiente y comportamiento de los individuos hacen que ciertos grupos presenten mayores riesgos de salud que otros?	Equidad y riesgos
	¿Se aborda al paciente tomando en cuenta todos los aspectos que afecten su entorno: componente biológico, psicológico, ambiental, cultural, económico, social?	
Calidad desde el punto de vista del paciente/usuario.	¿Es el patrón general de la atención y el balance de los servicios el mejor que pudo haber sido logrado, tomando en cuenta las necesidades y los deseos de la población como un todo?	Pertinencia
	¿Se logra el mantenimiento de una relación entre episodios sucesivos de atención?	Continuidad
	¿Cómo se comportan los siguientes aspectos de la asistencia prestada por el médico como tiempo que pasa con el paciente, la calidad global de la asistencia (oportunidad, accesibilidad, precisión y continuidad), la competencia del médico (habilidades y conocimientos), la cortesía, el interés y la empatía? ¿Cuál es el grado de satisfacción del paciente en relación con los diferentes aspectos de su asistencia sanitaria?	Utilización de los servicios Satisfacción de las necesidades
Calidad gerencial: grado en que el servicio tiene calidad para satisfacer necesidades y expectativas de usuarios.	¿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 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?	Eficacia

Fuente: Adaptación de los aportes de Donabedian (1992), Peters, Tran et al. (2014) y Rojas (2016).

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 fin 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 en un periodo de tiempo y lugar determinado. La muestra no probabilística debe incluir una representación o totalidad de esa población en dependencia del número y los objetivos que persiga el equipo de trabajo, la cual también toma en cuenta el personal de salud perteneciente al Programa y 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 directamente del Programa y asociado a este por diferentes niveles. De exclusión son: trabajadores que por sus tareas no participan directamente en la atención sanitaria a los pacientes del Programa, pacientes con situaciones inestables en la participación a los procesos y actividades del Programa. De salida: Trabajadores y personal en general que causen baja del Programa durante la realización del estudio o declaren interrupción voluntaria para abandonar la investigación. Pacientes que abandonen el Programa. A continuación, se desarrollan los pasos de esta etapa:

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.

Tabla 3. 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	
	Entrevista informal a pacientes	4	Preguntas abiertas

Fuente: Márquez, 2010; Galindo, 2013 y Hernández-Sampieri et al., 2014.

Orientaciones metodológicas

Con el análisis de documentos como los informes de cumplimiento del Programa y otros materiales se exploran el nivel de profesionalidad de los especialistas y 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 (Anexo VII) para el personal de salud inmerso en el Programa que se elabora a partir de los factores reconocidos en el cuadro cuatro. Se utiliza la escala Likert de uno a cinco, donde uno es el nivel más bajo y cinco el más alto, de acuerdo a la variable de desempeño que se analiza. El anexo presentado fue adaptado por la autora de tesis doctorales del campo de la salud (Márquez, 2010; Galindo, 2013).

Las entrevistas informales (Anexo VIII) se hacen a un número representativo de pacientes del Programa de forma aleatoria para registrar sus opiniones con respecto a la calidad profesional recibida en el servicio. Finalmente, la calidad profesional se evalúa por el equipo al comparar 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 recibido de los pacientes/acompañantes.
2. Determinar la satisfacción o insatisfacción de los pacientes/acompañantes.

Tabla 4. Técnicas a emplear

Variable	Técnicas	Ítems	Dimisiones e Indicadores
Calidad del servicio	Encuesta a pacientes/acompañantes sobre expectativas y satisfacción	1-20	Tangibles, fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía
			<p>Escala Likert expectativas: (1) Nada importante, (2) Poco importante, (3) Neutral, (4) Importante, (5) Muy importante</p> <p>Escala Likert satisfacción: (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</p>
	Indicadores de calidad	8	Indicadores de satisfacción

Fuente: Cabello y Chirinos (2012); De La Hoz (2014); Príncipe y Santiago (2017).

Orientaciones metodológicas

Desde la perspectiva de la utilización de los servicios se mide cuál es el grado de satisfacción del paciente/acompañante en relación con los diferentes aspectos de calidad del servicio de salud, para ello se debe considerar el modelo SERVQUAL aplicado por (De La Hoz, 2014; Loza, 2015; Príncipe y Santiago, 2017), el cual consiste en un cuestionario para evaluar la calidad percibida por los usuarios y sus expectativas.

Las preguntas del cuestionario (Anexo IX) se aplican a una muestra no probabilística de pacientes/acompañantes en las propias consultas. Este 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 el siguiente cuadro:

Cuadro 5. Dimensiones del modelo SERVQUAL adaptadas al contexto de programas de salud

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

Fuente: Adaptación De La Hoz (2014) y Príncipe y Santiago (2017).

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

A) 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 (De La Hoz, 2014).

B) 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.

Se concluye este paso con el análisis del comportamiento de indicadores de calidad de satisfacción adaptados de Armijos (2017), (Anexo X) con el propósito de complementar la evaluación de la calidad del servicio.

Culminado el análisis e interpretación de resultados de este paso 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.

Tabla 5. Técnicas a emplear

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 (2014).

Orientaciones metodológicas

Evaluar la calidad gerencial de los directivos o coordinadores de programas implica profundizar en el grado en que 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 dar cumplimiento a los objetivos de este paso se aplica una entrevista (Anexo XI) a coordinador (es) basada en los factores de evaluación de calidad (cuadro 4), cuyos resultados serán complementados mediante la utilización de la encuesta (Anexo IX) en la parte correspondiente a la percepción, con el propósito de establecer la diferencia entre la calidad del servicio a raíz de la perspectiva paciente/acompañante y la eficacia gerencial a partir de la propia 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, de la etapa tres (discrepancia entre calidad percibida y desempeño del servicio) y 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 (cuadro 6).

Cuadro 6. 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, Tran et al. (2014).

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 concepción de 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 a las premisas y criterios concebidas 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 dependencia del indicador a partir de las propuestas de la presente investigación.

Etapa IV. Desarrollo de competencias organizacionales y gerenciales en la implementación del Programa

Paso 1. Promoción de competencias organizacionales y gerenciales en los recursos humanos del Programa

Recurrir a los aportes del pensamiento gerencial, como en el caso de este procedimiento, es una vía para responder a las necesidades y expectativas de usuarios, así como producir la mejora continua a través de 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 el proceso de gerencia en la implementación de programas de salud.

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

Atendiendo a ello, 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.

En este se abren dos momentos para facilitar el análisis, el primero dirigido al desarrollo de competencias organizacionales y el segundo a las gerenciales.

De ello se derivan dos perspectivas:

A) Desarrollo de competencias organizacionales

B) Desarrollo de competencias gerenciales

Tabla 6. Técnicas a emplear

Variable	Técnica	Dimensiones
Desarrollo de competencias organizacionales y gerenciales	Análisis de datos Trabajo en equipo	Dimensiones de las competencias organizacionales: Habilidades individuales, sistemas técnicos y gerenciales y valores. Dimensiones de las competencias gerenciales: 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 (1995); Suárez et al. (2013).

Orientaciones metodológicas

En este momento se identifican las actividades creadoras y difusoras de conocimiento, acorde a Leonard-Barton (1995) que permitan desarrollar competencias organizacionales para el buen desempeño de las funciones operativas y de control del Programa ante los propios prestadores del servicio que tienen responsabilidades y sus directivos. La interrelación entre las competencias organizacionales y las posibilidades de su desarrollo sucede mediante actividades del propio proceso de implementación del Programa.

En el (Anexo XII) se presenta una explicación del contenido de las competencias organizacionales adaptadas a programas de salud en el contexto cubano.

El equipo de trabajo, con el empleo de técnicas grupales y a raíz de los resultados de la etapa dos y tres, está en condiciones de identificar las actividades creadoras y difusoras de conocimiento que son 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 a través de sus propias características a fin del desarrollo de capacidades en la implementación de un programa de salud durante sus rutinas:

1. **La resolución compartida de problemas:** se realiza entre el personal que posee distintas 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 nuevos problemas.
2. **La experimentación:** se proyecta al futuro, permite buscar soluciones a posibles problemas importantes o se aprovechan situaciones que parecen encerrar oportunidades valiosas, en este caso potenciar el servicio al paciente/usuario u otro aspecto del Programa. Ella puede realizarse mediante la “experimentación natural” (cuando nuevas tecnologías, técnicas o productos que son adoptados simultáneamente en varias partes de aplicación del Programa) o mediante “pilotos” (la innovación se introduce de manera controlada, en un área de salud, por ejemplo, para luego ser extendida al conjunto de la organización).
3. **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, por lo cual hacen adaptaciones de corrección si es que producen resultados no deseados; expansión en su aplicación si es que consideran que abren nuevas oportunidades valiosas o fuerzan la actividad si es que creen que no llegan a producir los resultados esperados.

- 4. Importar conocimientos:** se realiza cuando no se hallan en el personal que ofrece el servicio impulso o conocimiento suficiente para innovar y desarrollar nuevas capacidades. En este caso es necesario que sean adquiridos de la experiencia por 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 sugiere el cuadro, el desarrollo de capacidades puede producirse mediante las actividades de las funciones gerenciales en el proceso de implementación de un programa: gestión operativa y control de gestión (cuadro 7).

Cuadro 7. 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					

Fuente: Elaboración propia.

En consecuencia, se propone considerar las actividades centrales del Programa, aquellas que sean vitales e insustituibles para el cumplimiento de sus objetivos: las que influyan directamente en las características que los pacientes/usuarios consideran más valiosas en los servicios que se ofrecen, las que permiten 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. La segunda perspectiva en el desarrollo de competencias está dirigida al control de gestión y se muestra como **B) Promover el desarrollo de competencias gerenciales**. Para este caso se contemplarán las mismas técnicas señaladas al inicio del paso.

Orientaciones metodológicas

En consonancia con las ideas referidas al resultado del paso de esta etapa, el equipo de trabajo identifica las actividades creadoras y difusoras de conocimiento que permitan desarrollar las competencias gerenciales asumidas para programas de salud: el análisis de situación de la 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), (Suárez et al., 2013). Incluye varias vías y aunque se utilice la misma técnica, cambia el tema objeto de análisis para producir las actividades correspondientes al asunto.

Por ello, se plantean actividades no solo para superar el comportamiento de las competencias gerenciales de los directivos del Programa, sino para mantener las capacidades organizacionales.

En el cuadro siguiente se refleja cómo realizar la identificación:

Cuadro 8. 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						

Fuente: Elaboración propia.

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

1. Promover el sentido de pertenencia o la responsabilidad de los encargados de la implementación y del personal implicado en el Programa que contribuya a su fortalecimiento.
2. Prioridad en la formación y preparación constante de los directivos.
3. Generar procesos de enseñanza y aprendizaje de forma permanente en el colectivo.
4. Generalización entre los actores del Programa de una cultura gerencial con el apoyo y la orientación de académicos especializados que influya en la concepción y operación de las estrategias de implementación, y del modo cómo el servicio es organizado, prestado y asegurado, con vistas a su sostenibilidad.
5. Practicar procesos de calidad y mejoramiento continuo, así como permitir que todos asuman sus compromisos e innoven en las actividades diarias del servicio.

Al concluir esta etapa del procedimiento de evaluación propuesto se está en condiciones de la ejecución de las actividades, que debe tener un carácter paulatino en dependencia de 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.

Conclusiones del capítulo

El procedimiento para la evaluación de programas de salud en el proceso de implementación al sustentarse en las tres funciones gerenciales: gestión de operaciones, control de gestión y desarrollo de competencias organizacionales y gerenciales, 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 en el procedimiento propicia el vínculo 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 aplicabilidad del procedimiento durante la implementación de programas lo convierte en una herramienta metodológica para directivos e investigadores con el propósito de la mejora continua, al ser una vía para responder a las necesidades y expectativas de usuarios, a través de la identificación de oportunidades de aprendizaje e implantar, nutrir y fortalecer aquellas 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. EVALUACIÓN CON ENFOQUE GERENCIAL DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN
INTEGRAL AL PACIENTE CON UPD MEDIANTE HPP®

CAPÍTULO 3. EVALUACIÓN CON ENFOQUE GERENCIAL DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE CON UPD MEDIANTE HPP®

Este capítulo tiene como objetivo presentar la evaluación del Programa de Atención Integral al Paciente con UPD mediante el uso del HPP® a partir del procedimiento diseñado en el capítulo anterior, el cual se basó fundamentalmente en Silva (2013), Álvarez et al., (2014) y Armijos (2017). En consecuencia, la evaluación adoptó la perspectiva de gestión, por su finalidad fue formativa y comprendió los niveles de estructura, proceso y resultado del programa seleccionado, en el periodo 2018-2019, en los nueve policlínicos de la APS del municipio Camagüey.

3.1. Criterios para la ejecución del procedimiento de evaluación del Programa de Atención Integral al Paciente con UPD mediante HPP®

Los criterios asumidos para la evaluación de la calidad del Programa fueron los siguientes:

1. El Programa de Atención Integral al Paciente con UPD mediante el uso del HPP® está en implementación con presencia de intervenciones complejas y resultados en salud a largo plazo (Montero, 2004; Nebot et al., 2011; Raíces, 2013).
2. Es un Programa que cuenta con una evaluación previa del impacto social (Falcón et al., 2020) sobre la base de la metodología cuantitativa (Mendizabal, Gómez y Moñux, 2003; Berner, Cooper, Guzmán, M. y Guzmán, N., 2007; González y Calcetero, 2009; Mirabal et al., 2012), con resultados favorables en la implementación. Simultáneamente se dan un conjunto de problemas relacionados con los procesos y sus actividades, así como insatisfacciones de los pacientes como evidencia de cumplimiento de las premisas para la aplicación del procedimiento propuesto. Entre los resultados se destacan:
 - La evaluación del impacto social del Programa es satisfactoria (Bien).

- Los resultados develaron un clima organizacional favorable en el transcurso de la aplicación de métodos e instrumentos de investigación en las nueve áreas de salud (policlínicos) del municipio Camagüey estudiadas durante el periodo (2015-2019).
- La accesibilidad al programa,⁴ avalado por el 78,6 % de la muestra investigada, se comportó de forma positiva solo en seis áreas de salud. El trabajo técnico del personal y la atención ofrecida, se comprobaron por el equipo evaluador que recorrió cada uno de los escenarios.
- Las encuestas permitieron corroborar lo que la ciencia ha demostrado: el 98,6 % de los pacientes consideró que el uso del HPP® le aportó beneficios a su salud. Solo dos casos plantearon insatisfacción con relación al dolor que sienten durante la administración peri e intra-lesional.
- El comportamiento de la promoción de salud con relación al Programa se materializó con actividades desde el policlínico, particularmente realizadas por semestres en cada servicio médico, pero con problemas relacionados con las fuentes de información sanitaria a los pacientes.
- Fue evidente, en más del 50 % de los pacientes atendidos, el incremento de su calidad de vida mediante el uso del HPP®.
- Respecto a la captación de pacientes, el 31,6 % de los profesionales encuestados señalaron la falta de pesquisaje en las comunidades como el factor que más incide en la captación oportuna de los pacientes, también mencionaron debilidades en el trabajo de los Consultorios del Médico de Familia y la baja percepción de riesgo de los pacientes y el personal de salud respecto a la urgencia en el tratamiento de las UPD.

⁴ Accesibilidad: Posibilidad del usuario para utilizar los servicios de salud y sus opiniones con relación a la atención recibida, según sus características y los recursos empleados. Se incluyen aspectos como el tiempo de llegada, de espera; las vías y medios para el acceso, y la calidad y satisfacción con el servicio ofrecido (Fuentes, 2017).

- Las condiciones medioambientales de los locales quedaron con algunas fallas en cuanto a la reducida dimensión de algunos (2), la falta de climatización (2), e infraestructura insuficiente (1), aunque en sentido general es válido aclarar que en todas las consultas visitadas se halló limpieza y organización de locales, cumplimiento de las normas de bioseguridad y adecuado registro de pacientes incluidos en el Programa.
- La promoción de salud respecto al Programa y en general acerca de la diabetes y sus consecuencias es insuficiente.

La evaluación de referencia se realizó desde el año 2015. Con el objetivo de dar cumplimiento a lo previsto en el procedimiento, en el 2018, el equipo de trabajo quedó conformado por: coordinador con experiencia en la evaluación de impacto social del Programa de Atención Integral al Paciente con UPD con HPP® en etapa precedente, miembros del grupo de evaluación de su impacto social con práctica anterior y especialistas de las ciencias sociales del ámbito académico y científico de la Universidad de Camagüey “Ignacio Agramonte Loynaz”, Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey y el CIGB-C que fungieron como expertos en función de los objetivos (Anexo XIII).

Este equipo realizó las actividades previstas en el procedimiento propuesto a través del cronograma de trabajo. Se desarrollaron las acciones concebidas en la planeación para dar paso a la aplicación del procedimiento previa selección del nivel de APS, el cual fue elegido atendiendo a:

- La APS es sustento imprescindible para lograr la total cobertura de la población con los servicios del Programa a ella destinados y, tan importante como esta en sí, ello facilita un mejor acceso a estos.
- La APS da respuesta más inmediata a los problemas de la población con UPD, beneficiarios del programa, lo cual contribuye a la reducción de las complicaciones clínicas en este tipo de paciente como las amputaciones y los gastos a causa de ingresos hospitalarios.
- El pie diabético constituye un serio problema de salud en Cuba y en el mundo. Las lesiones derivadas de esta afección llevan a mutilaciones de los enfermos por amputaciones. El 15 %

de los pacientes diabéticos desarrollan úlceras en el pie, con afectación en su calidad de vida. Además, se ha estimado que el riesgo de amputación es de 10 a 40 veces mayor que en la población general y se ha observado que a corto y a largo plazo los diabéticos amputados tienen un alto riesgo de reamputación, ya sea del mismo miembro o del contralateral (Martínez, Bentosa, Amieba y Blet, 2014).

- Los pacientes con mayores necesidades de atención por el Programa son: ancianos con UPD, enfermos crónicos de diabetes que presentan este tipo de enfermedad; estos requieren cada día más la atención a nivel comunitario, con una gran demanda de atención integral, cuidados de enfermería y apoyo familiar.

Se investigaron nueve áreas de salud del municipio Camagüey: Policlínico Julio Antonio Mella, Tula Aguilera, Carlos J. Finlay, Rodolfo Ramírez Esquivel, Joaquín de Agüero, José Martí, Previsora, Ignacio Agramonte y Este.

3.2 Validación del procedimiento evaluativo en el Programa de Atención Integral al Paciente con UPD mediante el uso del HPP en la APS®

Los aspectos sobresalientes que revelaron un estado favorable del Programa como resultado de las visitas de campo fueron: a) Acertado cuidado con el paciente, b) Buenas prácticas de comunicación, c) Actualización constante del registro del paciente, d) Anotaciones oportunas para gestiones de la consulta, e) Reconsulta a pacientes por eventos casuísticos y f) Interacciones positivas de personal médico con podólogas y de farmacia. La aplicación del procedimiento de evaluación aportó los siguientes resultados por etapas:

Etapa I. Diagnóstico del contexto del Programa y su descripción

Paso 1. Descripción del Programa a evaluar

Resultados de la descripción de Programa

1. Datos generales

Denominación: Programa de Atención Integral al Paciente con UPD con HPP®

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.

En su contenido el Programa presenta: introducción, objetivos principales, estructura organizativa y funcional en la atención integral al paciente con UPD en Cuba con el uso del HPP®; funciones del coordinador provincial, promotor del Minsap y promotor del CIGB.

Resumen de antecedentes y problemática del Programa

La información se obtuvo mediante entrevista al coordinador del Programa, la promotora provincial de salud y del CIGB-C, la funcionaria de salud municipal y la directora del Centro de Atención al Diabético (anexo II). Además, se analizaron informes sobre su implementación con carácter semestral y anual 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, por lo cual se ha convertido en una pandemia y los padecimientos más comunes están relacionados con los problemas de la cicatrización. En los diabéticos, la glucotoxicidad afecta la economía celular incluyendo los mecanismos de reparación de los tejidos, promueve el establecimiento de un ambiente pro-inflamatorio sistémico que evita la cicatrización y causa daños en los mecanismos de defensa antibacteriano del sistema inmune, que dificultan la respuesta del organismo frente a las infecciones, lo cual ocasiona con elevada frecuencia las UPD.

Se reconoce la implementación del Programa a nivel nacional desde el periodo 2006-2007, la provincia de Camagüey fue una de las primeras en aplicarlo a escala de atención secundaria, y posteriormente en la APS. Esto último permitió una mejor cobertura para la población que anteriormente solo tenía la opción del servicio hospitalario, lo cual restringía mucho el acceso a

tiempo al tratamiento. Por ello, existía una elevada incidencia de amputaciones por UPD con insuficiente control de la enfermedad y baja calidad de vida en cuanto a la supervivencia del paciente.

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

Morbilidad: La tasa de prevalencia de la diabetes mellitus en Cuba indica uno de los principales problemas de salud en el país, su índice está calculado en un 66,7 por 1000 habitantes. A nivel de provincia resulta un 81,0 por 1000 habitantes y las afecciones por UPD se han incrementado en los últimos años en congruencia con los cálculos estimados a escala nacional y mundial. En el municipio Camagüey se comporta a un 11, 1 por 1000 habitantes (Anuario estadístico de Salud, 2020) y (DPS de Camagüey, departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud, 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 23,2 por 100 000 habitantes (Anuario estadístico de Salud, 2020). A nivel municipal es de 34,6; lo cual indica la repercusión de la enfermedad en la población local en comparación con el país y la provincia (DPS de Camagüey, departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud, 2020).

Cobertura: Comprende la atención integral al paciente con UPD con HPP®. Producto único de su tipo a nivel mundial, logro del desarrollo de la biotecnología cubana. Fue incluido en el cuadro básico de medicamentos del país 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 (UPD) que 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 (Mesa, Peregrino, Rosell y Fong, 2018).

A partir del uso del HPP® en la atención secundaria del país desde el año 2007, se decide implementar posteriormente un organigrama funcional a escala nacional para los tres niveles de atención. Esta estructura establece el flujograma para la atención integral del paciente con UPD y un protocolo metodológico consensuado del procedimiento con este tipo de pacientes mediante la aplicación del HPP® como herramienta clave para su tratamiento.

Abarca la APS (Consultorios Médicos, Policlínicos y Centros de Atención Integral al Diabético), secundaria (Servicios de Angiología de Hospitales) y terciaria (Instituto de Angiología y Cirugía Vasculard); contiene un flujograma de trabajo en los diferentes niveles de atención. Contempla la capacitación del personal médico que participa en la atención integral del paciente con UPD con el uso del HPP® y tres anexos (1. Indicadores de impacto del programa de generalización del Heberprot-P®; 2. Organigrama de la atención integral al paciente con UPD y 3. Ruta crítica de pacientes). A continuación, aparecen en las figuras 4 y 5:

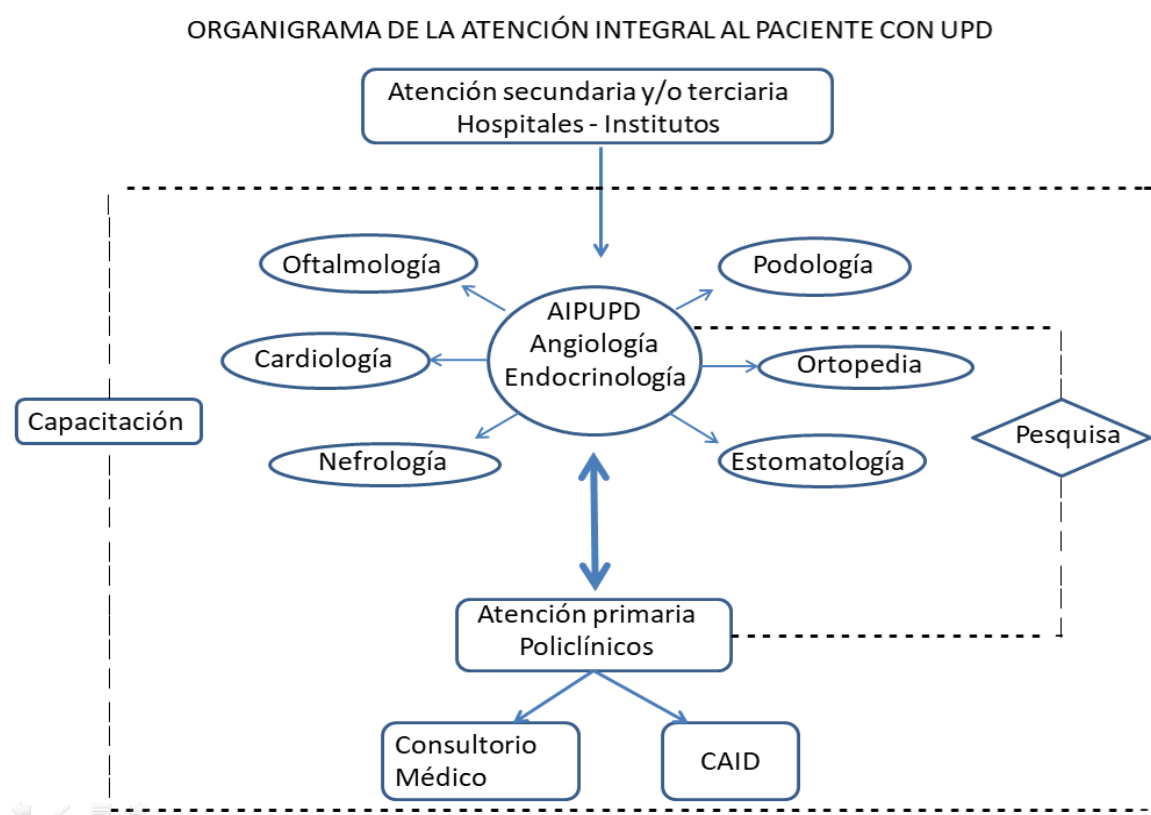


Figura 4. Organigrama del Programa.

Fuente: Manual de Promotores Heberprot-P, CIGB, 2011.

Ruta Crítica de Pacientes

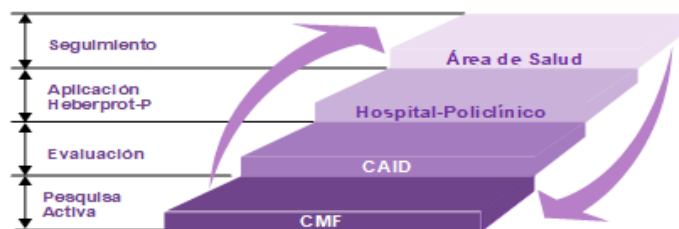


Figura 5. Ruta crítica de pacientes.

Fuente: Manual de Promotores Heberprot-P, CIGB, 2011.

La estructura organizativa y funcional está a cargo de las direcciones provinciales de salud al designar el coordinador que atiende su extensión a nivel provincial, quien tiene varias funciones a cumplir, entre ellas:

- a) Garantizar el funcionamiento coordinado de la atención integral al paciente con UPD en su relación estrecha entre el Servicio de Angiología y la APS.
- b) Llevar un control trimestral del funcionamiento del Programa en los tres niveles de atención de salud.
- c) Controlar el adecuado tratamiento al paciente con UPD teniendo en cuenta los criterios de inclusión para la atención a nivel de servicio de Angiología y/o APS.
- d) Controlar y participar, de conjunto con la DPS y el servicio de Angiología, en la planificación del presupuesto y del uso del medicamento en función de la potencialidad de pacientes existentes en cada territorio y otras.

Para lograr una implementación más eficaz de la extensión nacional del Programa se designan los promotores del Minsap con el fin de su atención directa, quienes trabajan de forma organizada con el coordinador provincial para la ejecución de actividades de este carácter: reuniones provinciales y municipales de chequeo del Programa, talleres, jornadas y eventos científicos, etc.

En función de mantener un estrecho vínculo con todas las instituciones de salud que forman parte del Programa, el CIGB designa un promotor para la atención directa a este Programa. Sus funciones a este nivel son múltiples y abarcan: la promoción del uso del HPP® en los pacientes con

UPD tributarios al tratamiento a través de la presentación de los resultados obtenidos en los estudios clínicos y la extensión nacional y en el exterior; vínculo estrecho e intercambio sobre los principales resultados con el promotor Minsap; 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 DPS, el servicio de Angiología y el promotor del Minsap en la planificación del presupuesto y del uso del medicamento en función de la potencialidad de pacientes existentes en cada territorio.

La ruta crítica de pacientes constituye un elemento más a tener en cuenta para considerar las operaciones en diferentes escenarios del Programa que pueden ser objeto de evaluación (figura 5):

- Un primer peldaño, la APS mediante la pesquisa activa por parte del médico y 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 a fin de garantizar la atención requerida en estos casos.
- Aplicación del HPP® en el Policlínico u Hospital como requisito indispensable en el tratamiento y, se alcanza el cierre del ciclo con el seguimiento al paciente en el área de salud donde reside.

Incidencia de la Diabetes Mellitus: La tasa de incidencia de la enfermedad en la provincia Camagüey alcanza la cifra de 1 343 que significa 1, 8 por 1000 habitantes y en el municipio Camagüey 552, para 1, 7 por 1000 habitantes (DPS de Camagüey, departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud, 2019).

Estrategia de promoción y prevención de la enfermedad: El Programa cuenta con un Manual de promotores Heberprot-P (CIGB, 2011) que contiene la estrategia de promoción y prevención de la enfermedad. Se ejecuta a través de sus promotores, en los propios servicios y otras vías de comunicación masiva. Estos promotores realizan actividades comunitarias junto al personal médico y los pacientes beneficiados sobre el resultado de la implementación del Programa a nivel provincial

y municipal. Hoy, apremia el trabajo a realizar por actores de la propia comunidad como el médico y enfermera de la familia, entre otros técnicos y profesionales del sector vinculados a la localidad.

Control de casos: Se realiza por parte del personal del Programa mediante archivos de consultas y bases de datos y se informa a los directivos. Se emiten informes semanales, trimestrales y anuales (Minsap y CIGB-C, Informes del Programa, 2019-2021) analizados en las direcciones municipales y provinciales de salud, así como en la instancia provincial y nacional del CIGB. Constituye uno de los aspectos favorables a partir del desarrollo del tratamiento a los pacientes en cada una de las áreas de salud de cada municipio. En Camagüey, cada consulta cuenta con registros actualizados (Minsap, Archivos de consultas de la APS, 2020) y debidamente elaborados y/o supervisados por el personal de enfermería y médico (Minsap, Archivos de coordinador y promotores, 2018-2020).

Captación de pacientes: Está previsto en el Programa, pero resulta limitado el pesquisaje en las comunidades para la atención oportuna en función del doliente. Persisten debilidades en el trabajo de los Consultorios del Médico de la Familia con relación a la urgencia en el tratamiento de las UPD.

Retos más importantes: En el diseño del Programa no se identifican aquellos retos que respondan a sus objetivos en función de lograr altos índices de cobertura y calidad, a partir de la satisfacción de los beneficiarios, según sus necesidades y expectativas en relación al tratamiento recibido. No se presentan resultados estimados a largo plazo que necesitan soluciones intermedias para alcanzarlos.

2. Objetivos que se persiguen con el Programa

En los objetivos analizados el ámbito geográfico, así como los grupos de población y beneficiarios a quienes van dirigidas las acciones del Programa quedan definidos con claridad. Sin embargo, se excluyen las dimensiones de temporalidad, lo cual refleja problemas de diseño e incide en la proyección del trabajo al no especificar metas intermedias con datos precisos que coadyuven a alcanzar resultados a más largo plazo en bien de la población con cifras superiores de cobertura.

Seguidamente se señalan los que aparecen en el documento rector Estructura organizativa atención integral al paciente con úlcera del pie diabético en CIGB (2011):

- Accesibilidad: Que no quede un solo paciente con UPD en el país tributario al tratamiento con este medicamento sin la posibilidad de recibir sus bondades.
- Que el producto se aplique de forma homogénea en todas las posibles variantes en las que puede presentarse un paciente con UPD. Que se establezca un consenso de la conducta, o guía práctica, para tratar al paciente con UPD 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 en Cuba (sistema nacional de salud del Minsap).
- Tener el control de los pacientes diabéticos y con UPD a nivel de los consultorios médicos, identificarlos a través de pesquisas activas en las comunidades, que exista el registro en los consultorios médicos en todas las áreas de salud.
- Implementar la atención integral al paciente diabético. En este sentido, el paciente debe ser visto como un todo (entre el servicio de angiología y el servicio de endocrinología) y ser referido en función de su patología a otras especialidades, tales como: oftalmología, nefrología, cardiología, que cuenta con la atención especializada en el tratamiento de las úlceras complejas y avanzadas del pie del diabético con la aplicación del HPP®.
- Implementar el flujograma de pacientes con UPD que deben ser atendidos y/o remitidos desde la atención primaria y en función del grado de complicación de la lesión a: la atención secundaria o al INACV, considerado como atención terciaria de salud.
- Capacitar sistemáticamente al personal de salud que atiende de forma integral al paciente con UPD, siempre con el uso del HPP® (angiólogos, MGI, licenciados en enfermería, licenciados en podología, nutricionistas, educadores, etc.). Esta actividad está estructurada por el Viceministerio de Docencia e Investigación del Minsap.

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 APS no están contemplados en el diseño; sin embargo, se pudo constatar a través del análisis del Protocolo de Actuación, entrevistas a directivos y las visitas de campo a las consultas de los Policlínicos que están representados por los siguientes elementos (cuadro 9):

Cuadro 9. Recursos de operación del Programa en la APS

Elementos	Observaciones
Medicamentos de primera y segunda línea	Bulbos de HPP®, cremas antibióticas, y otros.
Infraestructura para el diagnóstico	Consultas que aplican el medicamento (9).
Insumos	Guantes, jeringuillas, algodón y otros.
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 (Minsap, INACV, 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 de 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 la Dirección Provincial y Municipal de Salud Funcionario del Gobierno Provincial Promotora Provincial de Salud y del CIGB Camagüey
Elaboración de materiales educativos	Guías prácticas para el paciente. Promoción del Programa y la eficacia del medicamento. Informaciones de dispensarización en los murales de 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 APS con el empleo de la metodología aportada por Silva (2013) adecuada al contexto cubano. En la figura 6 se presentan los resultados en cuanto a procesos y subprocesos.

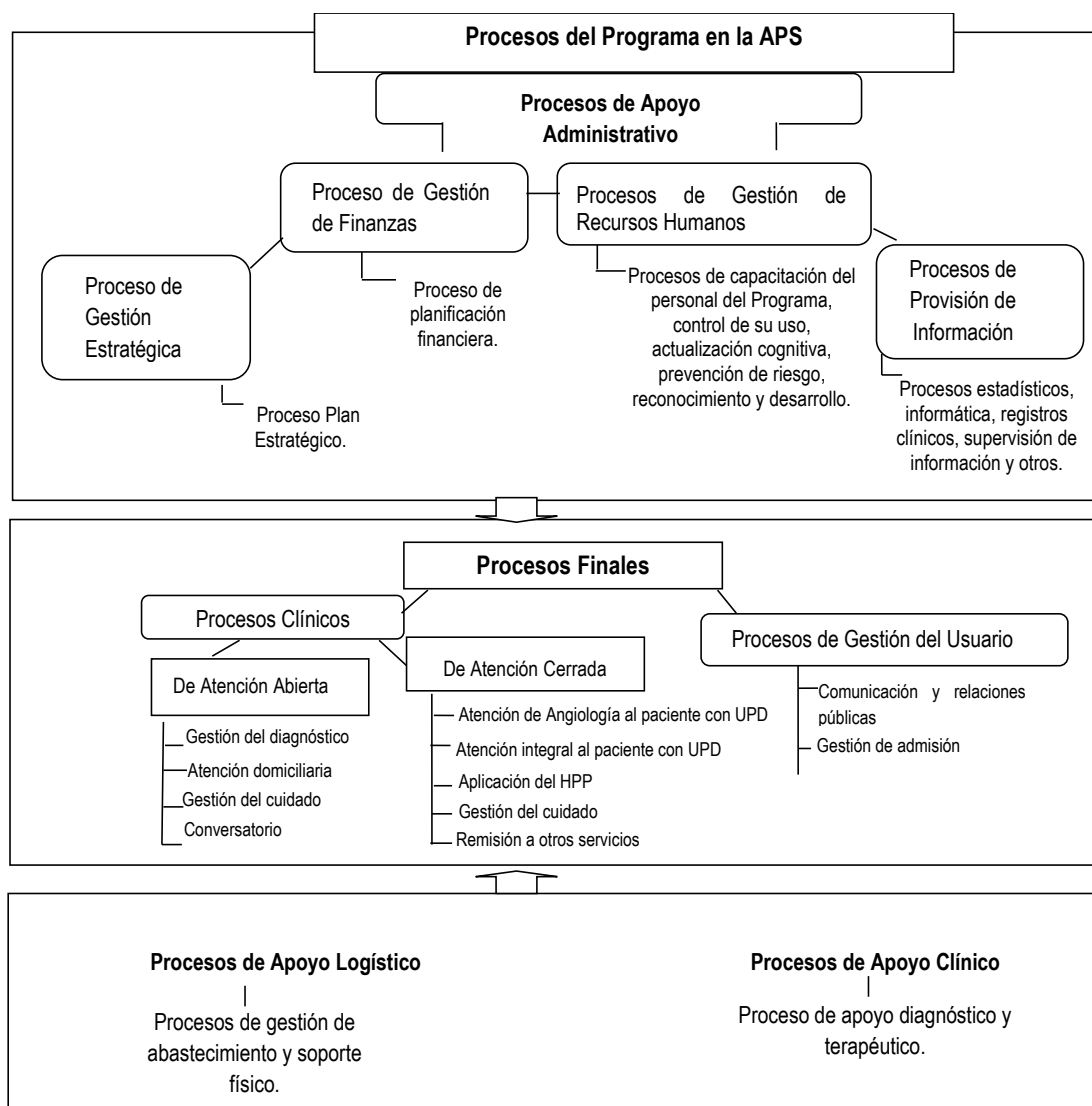


Figura 6. Procesos y subprocesos del Programa en la APS
Fuente: Elaboración propia.

En los cuadros 10 y 11 se registran las actividades por procesos y subprocesos finales y de apoyo:

Cuadro 10. Lista de procesos finales del Programa y subprocesos

Procesos finales	Subprocesos	Actividades
Gestión del usuario	Comunicación y relaciones públicas (promotores del programa y coordinador).	<ol style="list-style-type: none"> Orientación y promoción del uso del HPP® para su conocimiento y aceptación. Divulgar los resultados más significativos del uso del HPP® a través de los medios de difusión masiva y otros medios alternativos.
	Gestión de admisión (Consultorio Médico).	<ol style="list-style-type: none"> Pesquisa activa en la comunidad y diagnóstico primario. Conversatorios con los pacientes sobre la enfermedad. Interrogatorio Examen físico Intercambio de conocimientos entre el personal de la salud. Elaboración de registros individuales de pacientes. Seguimiento en la comunidad.
Clínicos	Proceso de atención abierta (policlínico y consultorios)	<ol style="list-style-type: none"> Gestión del diagnóstico de pacientes con UPD (Consultorios de la APS 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).	<ol style="list-style-type: none"> Atención integral al paciente con UPD (angiología, endocrinología, nutrición, podología, u otros). Atención de Angiología al paciente con UPD. Aplicación del HPP®. Gestión del cuidado (observación de la evolución). Remisión a otros servicios.

Fuente: Adaptado de Silva, 2013.

Cuadro 11. Lista de procesos de apoyo del Programa en la APS

Procesos de apoyo	Subprocesos	Actividades
Clínico	Proceso de apoyo diagnóstico y terapéutico.	<ol style="list-style-type: none"> Exámenes de Laboratorio Clínico. Atención de otros especialistas (endocrino, podólogo, psicólogos u otros).
Logístico	Procesos de gestión de abastecimiento.	<ol style="list-style-type: none"> Solicitud de materiales e insumos. Recepción de materiales e insumos. Distribución diaria. Esterilización (proceso).
	Procesos de gestión de soporte físico.	<ol style="list-style-type: none"> Mantenimiento de locales de consultas. Reportes de problemas físicos de las consultas. Servicios generales.
Administrativo (promotores y coordinadores)	Proceso de gestión estratégica	<ol style="list-style-type: none"> Ejecución de actividades de chequeo de la implementación del Programa y colaborar en las que se realizan a nivel provincial. Control de la disponibilidad del HPP® y los recursos. Comunicación con CIGB, 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 actividades de promoción y divulgación de resultados de la extensión del uso del HPP®.
	Proceso de gestión de finanzas	<ol style="list-style-type: none"> Planificación del presupuesto para el Programa según los pacientes potenciales.
	Procesos de Gestión de RRHH	<ol style="list-style-type: none"> Apoyo al proceso de formación y capacitación del personal del Programa.

		<ol style="list-style-type: none"> 2. Prevención de riesgo (control de las medidas de bioseguridad). 3. Garantiza el control del personal del Programa, ubicación y estado de capacitación. 4. Actualización del personal en los resultados más novedosos sobre el HPP® y su aplicación. 5. Reconocimiento y desarrollo del personal.
	Provisión de información	<ol style="list-style-type: none"> 1. Actualización de manera sistemática los cuadernos de recogida de datos (CRD) y organizar su entrega al CIGB. 2. Reporte semanal de la inclusión de pacientes en los servicios del policlínico. 3. Garantía de recursos de informática. 4. Supervisión de la información y del servicio (coordinadores y expertos). 5. Documentar, sistematizar, controlar y actualizar los resultados que demuestren la efectividad de la aplicación del HPP® para la promoción y estímulo de la actividad investigativa.

Fuente: Adaptado de Silva, 2013.

Este resultado se recomendó que se tenga en cuenta para la actualización del Protocolo de Actuación del Programa en la APS de acuerdo a los procesos y subprocesos a fin de potenciar las funciones gerenciales de sus directivos en el proceso de implementación.

Indicadores de impacto del Programa de generalización del HPP®

El equipo de trabajo posterior a la revisión del documento rector del Programa (CIGB, 2011) registró los indicadores previstos, los cuales se detallan en el cuadro 12.

Cuadro 12. Indicadores de impacto del Programa

Indicadores	Características
Indicador 1	Proporción de casos con úlcera del pie en los diabéticos tratados con HPP® (80 %).
Indicador 2	Adecuado registro, expedientación y seguimiento por los Angiólogos a todos los casos tratados con HPP® (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 UPD (Menos del 5 %).
Indicador 6	Tener controlados con insulina al 100 % de los pacientes con UPD tratados con HPP®
Objetivo	Atención integral al paciente con pie diabético con HPP®
Descripción	Los indicadores miden los casos de la enfermedad en todas sus formas tratados con HPP® por cada 100,000 habitantes al 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 nivel local, provincial y nacional. Controles del comportamiento del Programa a nivel nacional, provincial y local.

Fuente: Documento rector del Programa, CIGB, 2011.

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 marcado interés por la obtención de elevados porcentos en el tratamiento del paciente con UPD con HPP®, su extensión a la APS, elaboración de registros confiables para el seguimiento del paciente por el personal especializado, disminución de amputaciones; atención integral al paciente con UPD por los problemas derivados de su enfermedad, los cuales resultan importantes, pero no se declaran su control a corto y mediano alcance para lograr metas superiores ni se hallan criterios de medidas de la innovación, organización del personal, presupuestos, supervisión de rutinas operativas, entre otros.

Financiamiento asignado al Programa con calendario de aplicaciones y conceptos de gasto

- Tipos de gasto por partida y elementos: Hasta el momento se comprobó que este Programa genera gastos contemplados y controlados por los 9 policlínicos que tienen a su cargo las consultas de Angiología, por lo cual mediante estas instituciones se dispone del salario del personal que atiende directamente el servicio, tres veces a la semana, (medicina, enfermería, podología) y los materiales directos (medicamento (HPP®, gasa, guantes quirúrgicos, apósito (torundas), esparadrapo, cremas antibióticas); los materiales indirectos (energía eléctrica, agua, materiales para limpieza, salario de auxiliar de limpieza; más recursos físicos de la consulta. Estos trabajadores además desempeñan otros trabajos fuera del Programa que pertenecen a la APS y a la especialidad de Angiología en otros niveles de atención. Se conoció que cada policlínico ejecuta un expediente con el registro de datos según materiales directos gastados en consulta y la ficha de costo predeterminada para HPP® (75mcg) por cada paciente.
- Presupuesto (plan, real, porcentaje de ejecución): Hasta el momento se comprobó que este Programa no tiene un presupuesto aparte asignado. Si se constató que en cada consulta se prevé con un año de antelación el uso del medicamento (HPP®), según necesidades específicas del área de salud contra la cantidad de pacientes incluidos. Se valora al mismo

tiempo, que, en este sentido, debe potenciarse desde la óptica contable la forma de prever, elaborar y controlar este aspecto, pues no fue posible constatar de manera territorial ni provincial un presupuesto directamente para el Programa que sus funcionarios (coordinadores, promotores y otros) formulen, conozcan, analicen y evalúen de conjunto con especialistas propiamente de la actividad. Esto último, se afirmó por Ríos (2019), en estudio precedente a nivel local, señala: "No se realiza la evaluación económica del programa como un elemento para la toma de decisiones en su administración" (p.49).

Posterior a la realización de la descripción del Programa se presentan limitaciones como:

1. Ausencia en el diseño de metas precisas y actividades con relación a la superación profesional del personal, la cultura organizacional, así como en el orden de la innovación y el aprendizaje durante la implementación, lo que dificulta su evaluación objetiva y seguimiento.
2. Los objetivos, aunque están bien definidos acorde al servicio de salud ejecutado, precisan de indicadores a corto y mediano plazo que permitan medir resultados para alcanzar metas superiores.
3. En su diseño deben presentarse resultados adicionales de trascendencia que no se contemplan como las experiencias notables de recuperación de pacientes que logran calidad de vida y reinserción social.
4. Para la implementación en la APS se necesita un rediseño en el Protocolo de Actuación que prevea situaciones, factores o procesos que deben tenerse en cuenta dadas las particularidades de este tipo de servicio y las características de las localidades e individualidad del paciente.
5. Carencia de información sobre la aplicación de recursos materiales y gastos de operación, que deben analizarse para obtener mayor comprensión de sus resultados.

6. La actividad gerencial se presenta centrada en el control de operaciones clínicas y funciones específicas de coordinador y promotores. Debe plantearse el paciente como objetivo de la gerencia en función de garantizar la calidad del servicio.

Paso 2. Reconocimiento del contexto de operación del Programa

El equipo de investigación realizó el reconocimiento del contexto de operación del Programa. Respecto a las políticas que lo sustentan y los problemas generales de su operación se encontró información a través de análisis de documentos y registros:

- El Programa está sustentado por las políticas del Ministerio de Salud Pública de Cuba en función de la atención integral al paciente con úlcera del pie diabético, con la aplicación del HPP®. Las normas para su ejecución se establecieron desde el 2011 (CIGB, 2011).

Los problemas generales de su operación a nivel local reflejaron:

1. Insuficiente cobertura en contraste con la cantidad de pacientes que padecen de esta enfermedad.
2. Déficit de captación de pacientes en la APS.
3. Fallas en la garantía óptima de las condiciones medioambientales de las consultas y de los recursos materiales y humanos donde se aplica el tratamiento.
4. Insuficiente promoción del servicio y la valía del fármaco.
5. Insuficiencia de investigaciones sobre la evaluación de la calidad del Programa, así como sugerencias para su perfeccionamiento.
6. Carencia de análisis de los nudos conceptuales-metodológicos que rigen su gestión y organización.

Acerca de la operación los aspectos trascendentales que pueden influir en el desarrollo de las acciones de evaluación a raíz de las visitas de campo y entrevistas informales a 15 pacientes de tres áreas de salud (Finlay, Centro y Norte) apuntan a la existencia de un total apoyo de las

instituciones de la APS del municipio Camagüey a cargo de las consultas de Angiología, personal de salud inmerso en el Programa, así como sus directivos y pacientes/acompañantes (Anexo XIV).

Sobre las expectativas de los usuarios de la evaluación obtenidas a través de la realización de 30 entrevistas informales se constató que los pacientes/acompañantes tuvieron una percepción positiva con relación a la evaluación del Programa. También en las visitas de campo el personal y los directivos del Programa mostraron criterios en favor de la investigación y el uso de sus resultados en función del perfeccionamiento del Programa y, a su vez, el reconocimiento de los procesos que aquí se desarrollan.

Se valoraron las capacidades de evaluación, 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, 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 (CIGB-C, 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; existencia de los medios utilizados por el personal de salud y algunas limitaciones en las condiciones para ofrecer el servicio por fallas en la climatización de locales y reducidos espacios, según exigencias del tratamiento; este servicio se desarrolla con una frecuencia de tres veces por semana (lunes, miércoles y viernes).

Además, se notó apoyo al paciente para la aceptación del tratamiento y su adherencia al tiempo previsto en función de solucionar el problema de salud. Individuos con experiencias positivas asociadas al personal de salud-familia y su repercusión en la cura de la UPD, así como acciones efectivas de las enfermeras y médicos a fin de realizar un válido proceso de atención.

Los resultados obtenidos después de aplicado este paso ofrecen información importante para la evaluación de las variables críticas de calidad en la etapa III.

Etapa II. Análisis de las operaciones en la implementación del Programa de Atención Integral al Paciente con UPD con HPP-P®

Paso 1. Caracterización de las operaciones del Programa

El análisis de los informes emitidos sobre el cumplimiento del Programa (Minsap, Informes anuales de coordinador y promotoras 2018-2020), así como la entrevista en profundidad hecha, por el equipo de trabajo, a coordinador doctor Raúl Romay Buitrago, promotora provincial de salud Jacquelin Pérez Estenoz, promotora CIGB-C Yamilka Ramírez Núñez, doctora Mayelín Formentín Zayas y doctora Celia de la Cruz Fernández (Anexo XVI), permitió verificar los siguientes resultados por cada una de las interrogantes referidas a los recursos e interacciones de las actividades que involucran al personal en el proceso operativo (Cuadro 13):

Cuadro 13. Valoración de recursos e interacciones en los procesos operativos del Programa

Interrogantes	Resultados
1. ¿Son suficientes los recursos humanos y materiales?	Hay carencias de determinados insumos como guantes, lo cual afecta en ocasiones la calidad del servicio. Irregularidad con el personal de enfermería por motivos de cambios eventuales de consulta a raíz de situaciones de salud como la pandemia del dengue o la Covid-19, que obligó la salida de algunos de ellos o la interrupción del servicio. Inestabilidad, en ocasiones, de insumos para las curas y los propios fármacos del tratamiento. La falta de condiciones en algunas consultas (limitado espacio-climatización).
2. ¿Se están llevando a cabo las actividades programadas en cuanto a integridad, contenido y destreza?	Las actividades programadas se estaban llevando a cabo en cuanto a integridad, contenido y destreza, dada la total gama de actitudes poseídas por las personas que integran el Programa. Resultados de la escala bipolar: se señalan problemas con la integridad y destreza (irregularidad con personal de enfermería).
3. ¿Se están llevando a cabo las actividades en cuanto a oportunidad y continuidad?	Resultados de la escala bipolar: se señalan problemas con la oportunidad en la captación y continuidad por movimiento del personal.

4. ¿Existe una adecuada coordinación entre las distintas actividades?	Resultados de la escala bipolar: no se señalan problemas.
5. ¿Existe una adecuada cooperación entre los actores involucrados en el proceso?	Resultados de la escala bipolar: se señalan problemas con la cooperación.
6. ¿Está garantizada la calidad de los procesos mediante el uso de protocolos, normas de buena práctica clínica y procedimientos estandarizados?	Se siguen las normas del protocolo y la casuística del paciente. El Protocolo de Actuación para el Manejo del Pie Diabético con el Uso del Heberprot-P® (Minsap, INACV, 2013) establece indicaciones precisas. Consta de: Introducción, Procedimiento general, Proceder médico según grado de la infección de la UPD, Clasificación de Wagner y clasificación etiopatogénica, Control glucémico, Técnica de desbridamiento quirúrgico en el pie diabético, Revascularización en el pie diabético isquémico y uso del Heberprot-P®, Cirugía mutilante, Manejo de eventos adversos, instrucciones para el uso, la manipulación y eliminación del producto.

Fuente: Elaboración propia.

Sobre la gestión de operaciones, los resultados de la encuesta (anexo V) a 11 profesionales, de ellos nueve enfermeras y dos médicos reflejaron calificaciones positivas en su mayoría. Solo en las interrogantes ¿Ud. logra continuidad entre los episodios sucesivos de atención al paciente? siete encuestados consideran calificaciones entre 3 y 4 (poco favorable y ni favorable ni poco favorable). En la interrogante: ¿Ud. resguarda la confidencialidad y la privacidad del paciente/acompañante? no se alcanza la máxima puntuación y se califica la confidencialidad y la privacidad de ni favorable ni poco favorable.

En cuanto a los indicadores de calidad de los procesos se estimaron para el periodo 2018-2019 aquellos aplicables a este programa a partir del registro en la Base de Datos globales de 2 377 pacientes, cuadro 14.

Cuadro 14. Análisis de comportamiento de indicadores de impacto del Programa

Indicadores de brechas del servicio		
Indicadores	Resultados	Brechas
Porcentaje de pacientes en el servicio.	86,3 %	Las causas están relacionadas con abandono del tratamiento y amputación. Otras se desconocen por no registro de datos.
Tasa de eventos adversos relacionados con diferentes causas.	1,6 %	No se constataron eventos adversos por la aplicación del medicamento. En este caso son amputaciones por complicaciones de las UPD y otras causas.
Número de pacientes en espera de captación	149	Comportamiento del bienio 2018-2019 contra la dispensarización territorial.
Porcentaje de inclusión de los pacientes con UPD en el Programa respecto del total de identificados.	83,9 %	Se calculó solo para el periodo 2018-2019. No se dispone de la cifra total de potencial de pacientes con UPD de los años 2020 y 2021, etapa de pandemia de Covid-19.

Indicadores de cumplimiento de estándares		Observaciones
Existencia de protocolos clínicos	Existe un Protocolo de Actuación, aprobado por el Minsap, 2013.	Se encuentra en proceso de actualización.

Fuente: Cálculos realizados por la autora a partir de la Base de datos globales del Programa en Camagüey.

Identificación de problemas y oportunidades de mejora en las operaciones del Programa

Con los resultados anteriores se identificaron los problemas operativos en los procesos y las oportunidades de mejora, para ello se empleó el grupo de enfoque mixto con la participación de médicos, dos enfermeras, coordinador técnico del Programa y promotoras del CIGB-C y Salud. Los resultados se presentan en un cuadro (Anexo XVII).

Etapa III. Evaluación de variables críticas de calidad

Paso 1. Evaluación de la calidad médica o profesional en la APS

El cuestionario (Anexo VII) al personal de salud se aplicó a 18 participantes entre enfermeras, médicos y podólogos de las nueve áreas de salud implicadas. El análisis de documentos y registros sirvió de punto de partida para la investigación.

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 postgraduada: 1 insertado en programa de doctorado, 1 máster, 4 diplomados y 5 son médicos especialistas.

El 100 % de los encuestados valoró de muy favorable la calidad profesional en las interrogantes 1, 2 y como positivo en 4, 5 y 6. Sin embargo, reconocen fallas en la equidad y en la atención a los pacientes teniendo en cuenta el entorno (figura 7).

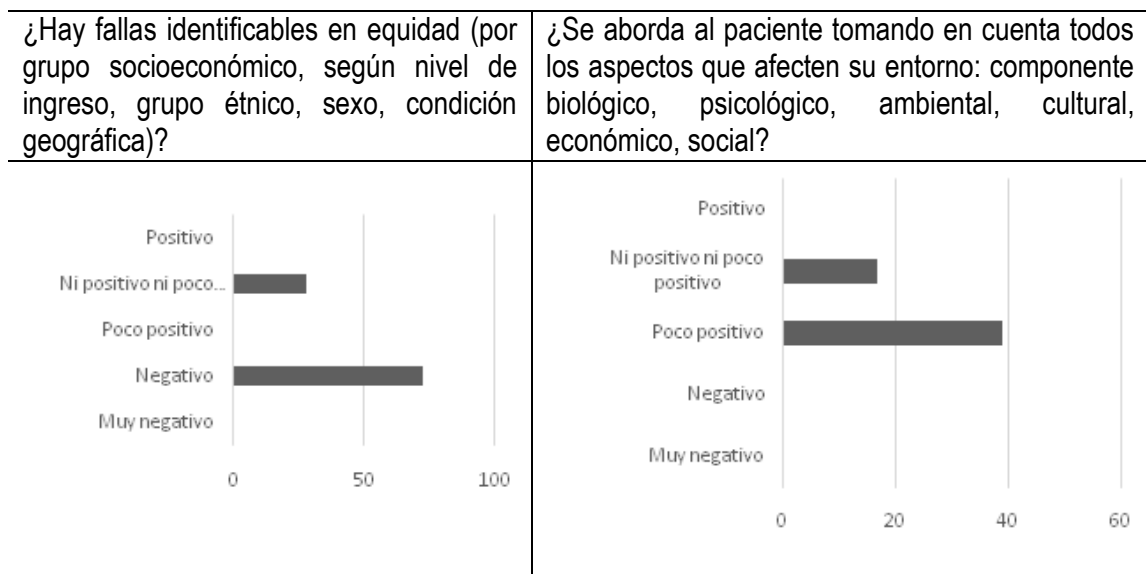


Figura 7. Fallas en la equidad y en la atención a los pacientes teniendo en cuenta el entorno, según opiniones en porcentaje del personal del Programa

Las fallas identificables en equidad al ofrecer el servicio fueron reconocidas por la mayoría (13) como ni positivas ni poco positivas, lo cual manifiesta que se reconocen problemas de equidad en el trato a los pacientes/acompañantes.

En cuanto a las funciones del personal que debían ser reforzadas la totalidad de encuestados (18 para un 100 %) percibe la necesidad de una mayor equidad en el tratamiento a los pacientes teniendo en cuenta su entorno y el mantenimiento de una relación entre episodios sucesivos de atención a fin de garantizar la cura definitiva de la UPD y la calidad de vida del paciente y su familia en general.

Se realizaron, además, entrevistas informales a 63 pacientes con UPD con el propósito de cruzar información y tener la percepción de la calidad médica o profesional desde esta perspectiva. Existe una valoración positiva (92 %) con respecto a la calidad profesional del personal de salud del servicio, dados los conocimientos aplicados en cada consulta en respuesta a sus expectativas y necesidades, lo que se corresponde con los resultados de la encuesta.

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

Esta evaluación se realizó por miembros del equipo de trabajo en las propias áreas de salud donde radican las nueve consultas de la APS del Programa. Los resultados de esta evaluación se presentan en el (Anexo XVIII).

Los resultados respecto a las expectativas sobre la calidad del servicio (figura 8) del Programa de Atención Integral al Paciente con UPD con HPP® de 139 pacientes/acompañantes en la APS del municipio Camagüey, se analizaron en forma global y por dimensión. El dato global para la muestra encuestada resultó ser de 4,95 de un máximo de 5,0 puntos, lo que indica que las expectativas de los usuarios en relación a la calidad del servicio de salud son, en general, muy altas.



Figura 8. Expectativas promedio por ítems de las dimensiones

De la figura resalta que el nivel de expectativa es muy alto en la totalidad de las dimensiones. Las mayores se encuentran en la dimensión de Seguridad, Fiabilidad, Capacidad de respuesta y Empatía.

En cuanto a calidad del servicio según las percepciones los datos promedios se presentan en la figura 9:

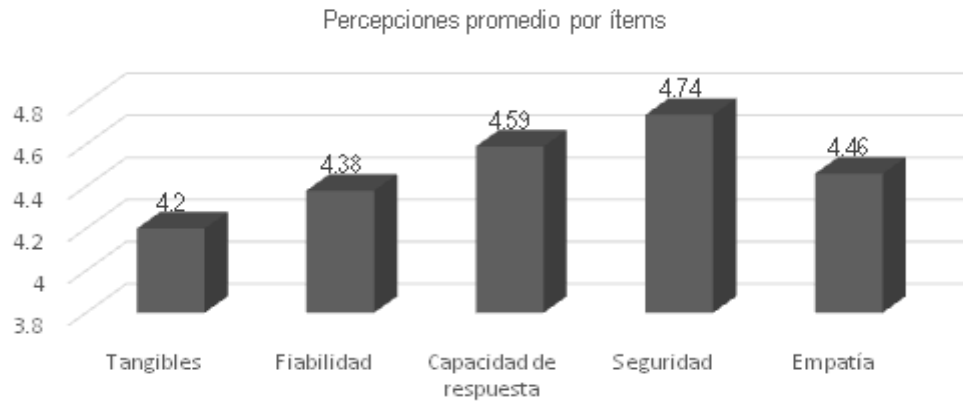


Figura 9. Percepciones promedio por ítems de las dimensiones

Los resultados por ítems se muestran en la figura 10 y revelan que solo en el ítem T3 estos están a la altura de las expectativas y consecuentemente hay satisfacción por parte de los pacientes/acompañantes.

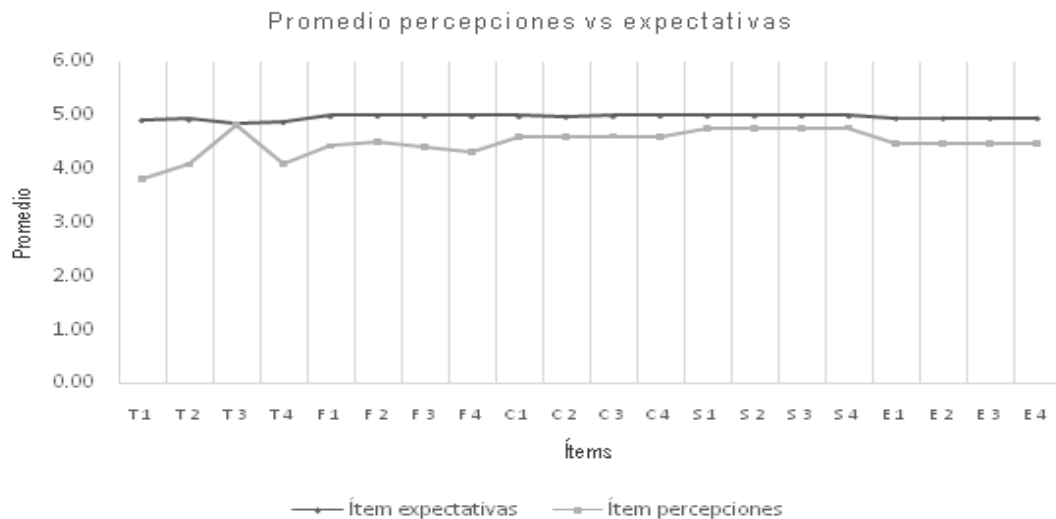


Figura 10. Percepciones vs. expectativas por ítems

En la figura 11, se presenta la brecha absoluta promedio por dimensiones.

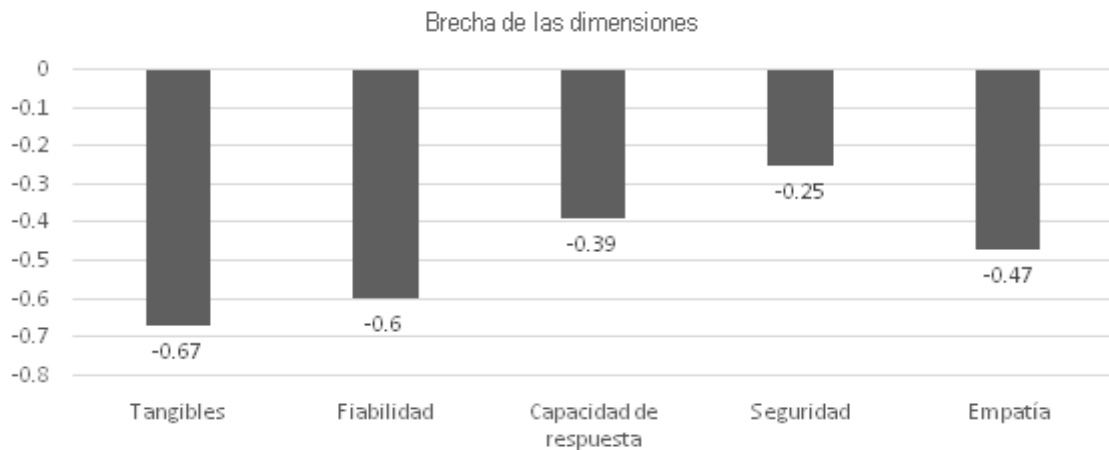


Figura 11. Brechas de las dimensiones evaluadas del servicio

La brecha de mayor valor es la dimensión de Tangibles, seguida por Fiabilidad, Empatía y Capacidad de respuesta. Solo se ajusta, casi a la misma cuantía de la media de la expectativa, la dimensión Seguridad con una brecha de -0,25.

Basado en un análisis general los resultados muestran que en todas las dimensiones las expectativas exceden las percepciones y por lo tanto la calidad del servicio evaluado se considera baja y hay insatisfacción en los pacientes/acompañantes.

Sin embargo, hay que reconocer los resultados sobre la calidad del servicio percibida por los usuarios mostrados en la tabla 7.

Tabla 7. Estadísticos por dimensiones según la calidad percibida

Dimensiones	Media	Categoría
Tangibles	4,20	Alto nivel
Fiabilidad	4,38	Muy alto nivel
Capacidad de respuesta	4,59	
Seguridad	4,74	
Empatía	4,46	

Fuente: Elaboración propia a partir del procesamiento del cuestionario.

La interpretación de los resultados de la media de las percepciones indicó que la dimensión Tangibles se corresponde con la categoría de alto nivel de acuerdo con el baremo de medición previamente presentado; por su parte, Seguridad, Capacidad de respuesta, Empatía y Fiabilidad tienen muy alto nivel en la determinación de la calidad del servicio del Programa.

Una explicación plausible para este principal hallazgo con relación a los Tangibles es que las puntuaciones ofrecidas por pacientes/acompañantes en los ítems son dispersas, sobre todo en T1, local de la consulta sea limpio, cómodo y acogedor y T4, referido a la señalización de los locales donde presentan criterios de menor de lo esperado y mucho menor de lo esperado.

Por último, sobre los indicadores de calidad relacionados con la satisfacción se constató que el Programa no tiene un sistema normalizado de quejas y sugerencias, que este existe a nivel de policlínico y no se realizan encuestas de satisfacción de los pacientes, lo que limita obtener información sobre: a) porcentaje de reclamos contestados oportunamente, b) número de personas atendidas fuera de consulta, c) tasa de reclamos hechos por los pacientes. d) información a los pacientes sobre los procedimientos a efectuarse durante su estancia y tasa de satisfacción del paciente.

Se constata, a través de una encuesta a 139 pacientes las fallas en la equidad respecto a la información que deben recibir sobre la enfermedad y el tratamiento. En la tabla 8 se muestran los resultados por las diferentes áreas de salud.

Tabla 8. Fuentes de información sanitaria de los pacientes

Área de salud	Fuentes de información sanitaria (Porcentaje 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

Fuente: Falcón et al. (2020). Informe final de investigación.

*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.

Según los resultados de la encuesta, solo el 49,8 % de los pacientes recibió información sobre su enfermedad directamente del personal de salud y el 24,8 % de los encuestados planteó que no habían 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 habían recibido educación sanitaria especializada por parte del personal de salud.

Paso 3. Evaluación de la calidad gerencial

Se aplicaron las entrevistas a coordinador técnico del Programa, promotora de la DPS y del CIGB-C, basada en los factores de evaluación de calidad (cuadro 4) del capítulo II, cuyos resultados fueron complementados con la aplicación de una encuesta (Anexo IX) diseñada a propósito de establecer la diferencia entre la calidad del servicio a raíz de la perspectiva paciente/acompañante y la eficacia gerencial que toma como base las dimensiones adoptadas en la propuesta para evaluar la calidad desde la perspectiva paciente/acompañante a partir de la experiencia de los directivos sobre el desempeño del servicio.

El resultado permitió evaluar la calidad gerencial 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. La percepción de los directivos es que hay problemas en los siguientes ítems:

- Tangibles: Deben mejorar las condiciones y señalización de algunos locales.
- Confiabilidad: Potenciar el cuidado de la privacidad del paciente.
- Capacidad de respuesta: Estimular al personal para la disposición de ayudar al paciente y responder con prontitud a sus peticiones; mejorar la información sobre los servicios en la APS.
- Seguridad: Ganar en más tiempo necesario para contestar dudas o preguntas del paciente/acompañante sobre el problema de salud.

- **Empatía:** Capacidad del personal para mostrar simpatía en el manejo de problemas con el servicio y con interés en solucionar el problema de salud del paciente/acompañante; trato a los pacientes, hacerlo de una forma comprensiva: escucha atenta, amabilidad, respeto y paciencia.

Con los resultados de la entrevista y la encuesta se dio paso a la triangulación por parte del equipo de trabajo que contempló el análisis de los resultados de la encuesta a directivos sobre calidad percibida por los pacientes/usuarios y desempeño del servicio, el comportamiento de indicadores resultantes de la evaluación previa de impacto y los resultados de la evaluación de variables críticas de calidad. Esto permitió la identificación de las oportunidades de mejora, cuadro 15:

Cuadro 15. Resultados de la triangulación de la información

Oportunidades de mejora
Perfeccionar los procesos para alcanzar mayor captación oportuna de pacientes.
Mejorar la continuidad entre los episodios sucesivos de atención al paciente.
Garantizar el respeto a la confidencialidad y la privacidad del paciente/acompañante.
Transformar acciones de promoción del Programa.
Mayor equidad en el tratamiento a los pacientes.
Establecer un proceso para la información a pacientes mediante un protocolo que garantice la equidad respecto a las informaciones que deben recibir los pacientes/acompañantes sobre la enfermedad y el tratamiento.
Medidas destinadas a lograr un mejor entorno físico de las consultas para los pacientes, acompañantes y profesionales.
Perfeccionar los procesos que permiten mejorar la capacidad de respuesta, la resolución rápida de las necesidades del paciente y el trato en las consultas.
Trabajo en equipo que garantice la creación de valor de usuarios internos y externos (participación social).
Trabajo en equipo para perfeccionar indicadores de impacto del Programa.

Fuente: Elaboración propia.

Etapas IV. Desarrollo de competencias organizacionales y gerenciales

Paso 1. Promoción de competencias organizacionales y gerenciales

Como resultado de este paso, el equipo de trabajo en su composición más amplia, unido a directivos del programa, identificó las competencias a desarrollar de manera colectiva teniendo en cuenta los resultados de las etapas uno y dos. Cuadros 16 y 17.

A) Desarrollo de competencias organizacionales.

Cuadro 16. Actividades para el desarrollo de competencias organizacionales

Actividades	Vías para desarrollar capacidades
Habilidades individuales	
1. Desarrollar habilidades de cooperación para realizar las rutinas.	Resolución compartida de problemas e implementación e integración.
2. Desarrollar conocimientos y habilidades para la promoción del Programa y la participación social (rutinas o actividades).	Resolución compartida de problemas e implementación.
3. Perfeccionar la comunicación asertiva en los procesos de atención al paciente.	Resolución compartida de problemas, implementación e integración y el aprendizaje individual.
Sistemas técnicos (competencia tecnológica acumulada)	
1. Desarrollar sistemas de control interactivo con proveedores y pacientes/acompañantes.	La investigación, el cuestionamiento de las rutinas existentes, la experimentación y el aprendizaje organizacional.
2. Rendición de cuentas.	
3. Actualizar procedimientos, sistemas de información y tecnologías.	La investigación, el cuestionamiento de las rutinas existentes, experimentación.
Sistemas gerenciales	
1. Utilizar la información generada por los indicadores de calidad.	La investigación y el aprendizaje organizacional.
2. Desarrollar las herramientas para generar aprendizajes en el nivel individual, y en los procesos del Programa.	
3. Innovar y desarrollar nuevas competencias para afrontar las rutinas del Programa en la APS.	Importar conocimientos, implementación y experimentación.
4. Garantizar las condiciones físicas, recursos materiales y humanos para la atención del paciente.	Resolución compartida de problemas e implementación.
Valores y normas	
1. Desarrollar formas de control social del Programa que consideren las expectativas, visiones y preferencias y la equidad en el servicio.	La investigación e implementación.
2. Actualizar Protocolo de actuación para la APS en función del incremento de la calidad del Programa a este nivel.	Importar conocimientos y aprendizaje colectivo

Fuente: Elaboración propia.

B) Promover el desarrollo de competencias gerenciales.

Cuadro 17. Actividades para el desarrollo de competencias gerenciales

Actividades	Vías para desarrollar capacidades
Análisis de situación de salud	
1. Intensificar el control del proceso de captación de pacientes al Programa en la APS.	La investigación, el aprendizaje colectivo, implementación e integración.
2. Fortalecer el sistema de capacitación de los recursos humanos de las áreas de salud de la APS.	La investigación, el aprendizaje colectivo, implementación e integración e importación de conocimientos.
Vigilancia y control de riesgos	
1. Vigilar la seguridad de los pacientes con modelos de gestión de riesgo para prevenir y minimizar los eventos adversos a los pacientes.	La investigación, implementación y resolución compartida de problemas.
2. Potenciar la reducción de las complicaciones de los pacientes en el tratamiento con HPP®.	La investigación, implementación e integración y resolución compartida de problemas.
3. Velar por la disminución del número de amputaciones en el servicio.	La investigación, implementación e integración y resolución compartida de problemas.
Promoción de la salud y participación social	
1. Favorecer la creación de protocolo de información sobre la enfermedad y tratamiento a los pacientes/acompañantes.	Implementación e integración e importación de conocimientos.
2. Garantizar acciones de promoción de salud sobre el Programa con participación social de pacientes y la comunidad en general.	Implementación e integración.
Planificación, regulación y control	
1. Comprobar o analizar las rutinas del Programa o supervisión directa o del ajuste mutuo del personal (coordinación)	La investigación, aprendizaje colectivo, implementación e integración.
2. Aplicar el sistema de indicadores propuestos en esta investigación y crear herramientas que permitan medir la calidad del Programa.	Importar conocimientos de otros programas, investigación y experimentación.
3. Establecer medidas de control para la garantía de óptimas condiciones físicas y señalización adecuada de las consultas del Programa.	Implementación e integración a las diferentes áreas de salud de la APS.
4. 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.
Equidad en el acceso y calidad en los servicios individuales y colectivos	
1. Analizar los factores que guían las expectativas y satisfacción de los usuarios/pacientes.	La investigación e importación de conocimientos.
2. Orientar los procesos de atención y cuidados a los resultados medidos en mejora de la calidad de vida y una clara alineación a los requerimientos de los pacientes y sus familias.	Implementación e integración y aprendizaje colectivo.
3. Fomentar la atención al paciente/acompañante con equidad desde el punto de vista clínico e informativo.	Implementación e integración y aprendizaje colectivo.
4. Incrementar retroalimentación sobre la calidad de los servicios del Programa desde el punto de vista del paciente/acompañante.	La investigación, implementación e integración, importación de conocimientos y resolución compartida de problemas.

Fuente: Elaboración propia.

Se constató que las actividades concebidas están dirigidas a la mejora continua del Programa en estrecha relación con los aspectos fundamentales contenidos en ella: mejora de las operaciones, de la calidad y garantía de mayor valor público. En cuanto al primero, destaca la concepción del desarrollo de habilidades de cooperación entre el personal del servicio, la garantía de las condiciones físicas, recursos materiales y humanos para la atención del paciente, la innovación y desarrollo de nuevas competencias para afrontar las rutinas en la APS.

Del segundo, sobresalen la aplicación de los indicadores propuestos en esta investigación, la creación de herramientas que permitan medir la calidad del Programa y el incremento de la retroalimentación sobre la calidad de los servicios desde el punto de vista del paciente/acompañante. Respecto al tercero, resaltan 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 sobre el Programa con participación social de pacientes y la comunidad en general, así como orientar los procesos de atención y cuidados a los resultados medidos en mejora de la calidad de vida con una clara alineación a los requerimientos de los pacientes y sus familias.

Los resultados expuestos hasta aquí fueron analizados en diferentes Fóruns Tecnológicos del Programa (2018 y 2019), organizados por el capítulo de Angiología del Consejo Provincial de Sociedades Científicas de Camagüey y el Gobierno Provincial, así como se trabajó en equipo con el coordinador del Programa, las promotoras provinciales y los expertos de la APS.

Conclusiones del capítulo

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 en el contexto de su implementación 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 APS 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 necesario para su avance.

De esta forma, se fundamenta la viabilidad de la investigación en el contexto de la actualización del modelo económico cubano por su contribución al perfeccionamiento de los programas en implementación de la APS 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 a través de la mejora continua de los programas.

CONCLUSIONES

1. Una concepción de la evaluación de programas de salud con enfoque gerencial que contribuya a la mejora continua y en particular a satisfacer las necesidades y expectativas de los pacientes/usuarios presupone asumir tres funciones gerenciales en el proceso de implementación: la gestión de operaciones, el control de gestión y el desarrollo de competencias organizacionales y gerenciales, y el uso de variables críticas de calidad para el control de gestión.
2. El procedimiento para la evaluación de programas de salud con enfoque gerencial constituye una herramienta metodológica para directivos con el propósito de la mejora continua, al ser una vía para responder a las necesidades y expectativas de usuarios al implantar, nutrir y fortalecer aquellas 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.
3. Los resultados obtenidos de la aplicación del procedimiento en el Programa de Atención Integral al Paciente con UPD mediante el uso del HPP® en la APS constatan la validación de la hipótesis formulada para la tesis:
 - a) El diagnóstico de las características del Programa en la APS del municipio Camagüey y la identificación de los problemas relacionados con su diseño.
 - b) La evaluación de variables críticas de calidad y de indicadores de calidad que proporcionan información sobre los errores en las operaciones vinculadas con los procesos del Programa, el cumplimiento de los estándares y protocolos y la brecha entre expectativas y satisfacción de los pacientes con los servicios, sobre todo en las dimensiones Tangibles, Fiabilidad y Empatía.
 - c) La identificación de problemas y oportunidades de mejora para los procesos finales y de apoyo del Programa a partir de la triangulación de información evaluada por pacientes/acompañantes, personal y directivos del Programa y del municipio Camagüey.

- d) La determinación de actividades para el desarrollo de competencias organizacionales y gerenciales a fin de la mejora continua del Programa, en particular la relacionada con la calidad del servicio y la equidad.
4. La aplicación del procedimiento propuesto en la APS del municipio Camagüey, aportó elementos analíticos que complementan las metodologías de evaluación de programas de salud a aplicar por el grupo responsable del Programa en los nueve policlínicos, coordinador provincial, promotores y directivos de la Dirección municipal de Salud que actualmente trabaja en la actualización del Protocolo de Actuación en la APS y los aspectos organizativos para implementar las actividades referidas.

RECOMENDACIONES

Establecidas las principales conclusiones que se alcanzan en esta investigación se recomienda:

1. Implementar de forma paulatina las actividades para el desarrollo de competencias organizacionales y gerenciales en la implementación del Programa en el municipio Camagüey a aplicarse por el grupo responsable de la atención integral al paciente con úlcera del pie diabético con Heberprot-P® en la APS del territorio.
2. Crear los mecanismos que permitan implementar los indicadores propuestos de calidad y analizar los resultados de la evaluación de las variables críticas de calidad del Programa, con el fin de centrar la atención de los directivos, operadores y usuarios en la mejora continua.
3. Continuar la presente investigación en lo concerniente a profundizar en el estudio sobre las competencias gerenciales en el proceso de implementación de programas de salud, así como la definición de parámetros para perfeccionar la propuesta de indicadores de calidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Agency for Healthcare Research and Quality. (2001). *A Quick Look at Quality. Your Guide to Choosing Quality Health Care*. AHCPH Publication No. 99-0012. Rockville, MD. Recuperado de <http://www.ahrq.gov/consumer/qntascii/qntglook.htm>
2. Álvarez, C.H., Lara, A. Torres, C., Covarrubias, L., Guillermo, E., y Toscano, M. (2014). *Modelo de evaluación de programas de salud. Manual de operación*. Recuperado de <http://www.scielo.org.ar/pdf/cts/v2n4/v2n4a05.pdf>
3. Anuario Estadístico de Salud. (2020). La Habana: Minsap. Registros Médicos y Estadísticas de Salud, 2019. Recuperado de http://files.sld.cu/dne/files/2020/04/Anuario_2019_electronico-1.pdf
4. Armijos, J.C. (2017). *Diseño e implementación de un modelo de indicadores de gestión para evaluar el desempeño de hospitales públicos (tesis de maestría)*. Facultad Economía y Negocios, Universidad de Chile, Santiago de Chile. Recuperado de www.repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/149734/Armijos%20Armijos%20Juan.pdf
5. Arocha, M., Márquez, M., Estrada, G.A., y Arocha, A. (2015). Evaluación de la satisfacción de los usuarios y prestadores de servicios en la Clínica Estomatológica "Fe Dora Beris". *MEDISAN*, 19 (10). Recuperado de <http://www.medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/190>
6. Artiles, L., Otero, J. y Barrios, I. (2015). *Metodología de la Investigación para las Ciencias de la Salud*. La Habana, Cuba: Editorial de Ciencias Médicas.
7. Ávalos, M.I. (2010). La evaluación de la calidad en la atención primaria a la salud. Consideraciones teóricas y metodológicas. *Horizonte Sanitario*, 9 (1), 9-19. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/4578/457845134003.pdf>

8. Bagle, T., Vare, V., Nimgade, A., Hire, R., Sharma, Y., Kshirsagar, P. (2017). Pharmaco-economic evaluation in cost of illness in type 2 diabetes mellitus patients in a tertiary care hospital. *International Journal of Basic & Clinical Pharmacology*, 6 (10), 2334-2342. Recuperado de DOI: <http://dx.doi.org/10.18203/2319-2003.ijbcp20174355>
9. Ballart, X. (1992). *¿Cómo evaluar programas y servicios públicos? Aproximación sistemática y estudios de caso*. Ministerio para la Administraciones Públicas. Recuperado de http://bcm.blog.unq.edu.ar/wp-content/uploads/sites/28/2014/03/Ballart_como-evaluarprogramas-publicos.pdf
10. Berner H., Cooper R., Guzmán, M., y Guzmán N. (2007). *Investigación: Impacto del área de Proyección Social del Programa de Trabajo Social de la Fundación Universitaria Monserrate, en la Obra Social*. Recuperado de https://www.cepal.org/ilpes/noticias/paginas/9/37779/articles-37416_doc_pdf.pdf
11. Birch, K.; Field, S. & Scrivens, E. (2000). *Quality in General Practice*. Abingdon, Oxon, Inglaterra: Radcliffe Medical Press.
12. Cabello, E. y Chirinos J.L. (2012). Validación y aplicabilidad de encuestas SERVQUAL modificadas para medir la satisfacción de usuarios externos en servicios de salud. *Rev Med Hered*, 23 (2): 88-95. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2012000200003
13. Calvo, J., Pelegrín, A., Gil, M.S. (2018). 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*, 12 (1): 96-118. Recuperado de <http://revistas.reduc.edu.cu/index.php/retos/article/view/2202/2027>
14. Capote, J., y Peña, A. (2018). Estado actual de la evaluación de la calidad en los servicios de Estomatología en Cuba. *MediSur*, 16 (1), 10-19. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v16n1/ms04116.pdf>

15. Carballés, J.F. (2012). Evaluación del programa cubano de rehabilitación cardiaca del niño durante los años 1992 a 2010 (tesis doctoral). Universidad de Ciencias Médicas de La Habana Facultad de Ciencias Médicas "Enrique Cabrera" Cardiocentro Pediátrico "William Soler"
16. Carnota, O. (2016). La irrupción de la gerencia en las organizaciones sanitarias del sector público. *Rev Cubana de Salud Pública*, 42 (4), 596-627. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v42n4/ms862-4036-1-PB.pdf>
17. _____. (2019). *Calidad con sustentabilidad. Gerencia de las organizaciones sanitarias del sector público*. La Habana, Cuba: Editorial Ciencias Sociales. Recuperado de http://www.bvs.sld.cu/libros/calidad_sustentabilidad/calidad_sustent_gerencia.pdf
18. Casanova M.C., Bayarre, H.D., Navarro D.A., Sanabria G., y Trasancos M. (2014). Guía para evaluar el programa de educación en diabetes en la Atención Primaria de Salud. *Rev Cub de Medicina General Integral*, 31 (1),17-26.
19. Castell-Florit, P. (2017). La administración en salud, componente de desarrollo de la salud pública. *Revista Cubana de Salud Pública*, 43 (1), 1-2. Recuperado de www.scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v43n1/spu01117.pdf
20. Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología. (2011). *Manual de Promotores Heberprot-P*. La Habana, Cuba: Editorial Elfos Scientiae.
21. Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología de Camagüey. (2020). Base de datos globales del Programa de Atención Integral al Paciente con UPD con HPP®, 2028-2020. Camagüey, Cuba.
22. Chacón, J., y Rugel, S. (2018). Teorías, Modelos y Sistemas de Gestión de Calidad. *Espacios*, 39 (50), 14. Recuperado de www.revistaespacios.com/a18v39n50/a18v39n50p14.pdf

23. Chow, L. (2005). *La calidad total como estrategia de competitividad para las empresas mexicanas*. Parte 6. *Los gurús de la calidad total*. México: Instituto Tecnológico de Baja California.
24. Contraloría General de la República. (2011). *R. 60/11. Gaceta 014*. Edición Extraordinaria. Recuperado de <http://www.gacetaoficial.cu/edicante>
25. Constitución de la República de Cuba. (2019). *Tabloide*: Empresa de Artes Gráficas Federico Engels. La Habana, Cuba.
26. Cortázar, J.C. (2006). *Una Mirada Estratégica y Gerencial de la Implementación de los Programas Sociales*, Departamento de Integración y Programas Regionales, Instituto Interamericano para el Desarrollo Social y Banco Interamericano de Desarrollo, abril 2006. Serie de Documentos de Trabajo I-55. Recuperado de <https://publications.iadb.org/es/publicacion/13122/una-mirada-estrategica-y-gerencial-de-la-implementacion-de-los-programassociales>
27. Darville, P. (2015). *Evaluación Ex-Post: Conceptos y Metodologías*. Gobierno de Chile, Ministerio de Hacienda, Dirección de Presupuestos, Santiago de Chile, Chile. Recuperado de <https://docplayer.es/27754057-Evaluacion-ex-post-conceptos-y-metodologias.html>
28. De La Hoz, A. P. (2014). Propuesta de aplicación de la escala SERVQUAL en el sector salud de Medellín. *Revista CES Salud Pública*, 5 (2), 107-116. Recuperado de https://scholar.google.com/citations?user=USRJ3aoAAAAJ&hl=es#d=gs_md_citad&u=2FcitationsDview_citation26h3DesDUSRJ3aoAAAAJ26citation_for_view3DUSRJ3aoAAAAJ3AljCSPbOG4C26tzom3D300
29. Del Carmen, J.C. (2019). Lineamientos y estrategias para mejorar la calidad de la atención en los servicios de salud. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*, 36(2), 288-295. Recuperado de doi: <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2019.362.4449> .

30. Del Castillo y Quintana. (2016). Las reformas actuales en Cuba: un estudio de política pública. *Rev Mexicana de Sociología*, 78 (1), 7-32. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/rms/v78n1/0188-2503-rms-78-01-00007.pdf>
31. Dirección Provincial de Salud. (2019). Departamento de Registros Médicos y Estadísticos. Informes estadísticos sobre Diabetes Mellitus, Camagüey, Cuba.
32. _____. (2020). Departamento de Registros Médicos y Estadísticos. Informes estadísticos sobre Diabetes Mellitus, Camagüey, Cuba.
33. Donabedian, A. (1992). Evaluación de la calidad de la atención médica. En: OPS/OMS. (Ed.), *Investigaciones sobre servicios de salud: una antología* (382-404). Washington D.C., EE. UU: OPS/OMS, (Publicación Científica, 534).
34. Drummond, M., Obrien, B., Stoddart, G. y Torrance, G. (2001). *Métodos para la evaluación económica de los Programas de Asistencia Sanitaria*. (2da. ed.). Madrid, España: Díaz de Santos.
35. Eraso, B.E., Chávez, M.E., Herrera, D.F., Torres, J.P., Gallo, J.G., Armijos, L.A. (2017). ¿Cómo medir la eficacia de la gestión en instituciones de salud? *Revibiomedica*, 36 (3), 1-8. Recuperado de <http://www.revibiomedica.sld.cu/index.php/ibi/article/view/78/72>
36. Falcón I.N., Escalante O, Nordelo A., y Campal A.C. (2018). Metodología de evaluación de impacto social para programa de salud. *Rev Hum Med*, 18 (1): [aprox. 18 p.]. Recuperado de <http://humanidadesmedicas.sld.cu/index.php/hm/article/view/1220>
37. Falcón, IN., Escalante, O., y Nordelo, A. (2018). Evaluación social del tratamiento con Heberprot-P® en la asistencia primaria de salud. *Rev Cub de Ang y Cir Vasc*, 19 (1):53-64. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/ang/v19n1/ang07118.pdf>
38. Falcón, IN., Nordelo, A., Escalante, O., y Campal, A. (2020). Informe final del proyecto asociado a Programa Nacional: Evaluación del impacto social del Programa de Atención Integral al Paciente con UPD con HPP®. Cendecsa, Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey.

39. Feigenbaum, A. (2009). Reseña de control total de la calidad. *Innovación Educativa*, 9 (48), 91. Instituto Politécnico Nacional de México. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/1794/179414896009.pdf>
40. Fuentes, S. (2017). El acceso a los servicios de salud: consideraciones teóricas generales y reflexiones para Cuba. *Rev Cub de Salud Pública*, 43 (2): 272-286. Recuperado de <http://scielo.sld.cu.spu12217.pdf>
41. Gaceta Oficial de la República de Cuba. (1982). No. 9. Decreto ley 182/1998. De la Normalización y Calidad. Edición Especial. 30 de diciembre.
42. Galindo, B.M. (2013). *Diseño, implementación y evaluación de la vigilancia de eventos adversos a vacunas en Cuba. 1999-2010* (Tesis doctoral). Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kouri", La Habana, Cuba. Recuperado de <http://tesis.repo.sld.cu/729/1/finales27septiembreconindice.pdf>
43. Gálvez, A.M. y García, A. (2014). *Resultados de investigación en Economía de la Salud*. [Internet]. [citado 6 nov 2018]. Recuperado de http://www.bvs.sld.cu/libros/resultados_economia_salud/resultado_economia_completo.pdf
44. García, A.L. (2008). El Pie Diabético. Experiencia de su manejo en el Servicio de Angiología y Cirugía Vascul ar de Matanzas (Tesis doctoral). Instituto Superior de Ciencias Médicas de Villa Clara y Facultad de Ciencias Médicas de Matanzas. Recuperado de <http://tesis.repo.sld.cu/199/Aristides>
45. Gómez, L. E., Santos E. R. y Castrillón M. J. (2016). Estrategias de Innovación desarrolladas por los Centros de Investigación de las Universidades Públicas del Departamento de la Guajira, Colombia, *INGE CUC*, 12 (1), 32-41. Recuperado de <https://revistascientificas.cuc.edu.co/ingecuc/article/view/710>

46. Gómez, L.E. y Pino, Y. (2016). Por una cultura de género para elevar la calidad de la asistencia médica. *Gaceta Médica Espirituana*, 18 (2), 1-6. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/1212-5648-1-PB.pdf>
47. González, C., y Calcetero J.R. (2009). Evaluación de impacto social: una estrategia de investigación para Trabajo Social. *Rev Tendencias & Retos*, (14), 43-57. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo4929219>
48. González, R. (2011). *Humanismo y gestión de salud en el siglo XXI: ¿Avanzamos o retrocedemos?* La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
49. Gutiérrez, A. (2017). La evaluación de programas e intervenciones sanitarias en el marco de los programas presupuestales de salud. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 34 (3), 363-364. Recuperado de doi10.17843/rpmesp.2017.343.3139.
50. Guzmán, G. (2007). Propuesta de modelo para el monitoreo y evaluación de la eficiencia, la eficacia y la calidad de los servicios de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social (tesis doctoral). Instituto Centroamericano de Administración Pública ICAP, San José, Costa Rica.
51. Hair, J. F., Anderson, R., Tatham, R. y Black, W. (1999). Análisis multivariante. Quinta edición. Madrid, España: Prentice-Hall Iberia.
52. Hernández, A., Delgado, A., Marqués, M., Nogueira, D., Medina, A., Negrín, E. (2016). Generalización de la gestión por procesos como plataforma de trabajo de apoyo a la mejora de organizaciones de salud. *Rev. Gerenc. Polít. Salud*, 15 (31), 66-87. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps15-31.ggpp>
53. Hernández, H.G., Barrios, I., y Martínez, D. (2018). Gestión de la calidad: elemento clave para el desarrollo de las organizaciones. *Criterio Libre*, 16 (28): 179-195. Recuperado de <https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/criteriolibre/article/view/2130>

54. Hernández-Sampieri, R., Fernández C., y Baptista MP. (2014). *Metodología de la Investigación*, 6ta. edición. México: McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V. Recuperado de http://www.academia.edu/31537604/MetodologiaC3%ADadelanvestigaci%C3%B3n-6ta-Edicion-Sampieri_1.pdf
55. Hernández-Sampieri, R. y Mendoza, C.P. (2018). *Metodología de la Investigación*, 7ta. edición. México: McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V. Recuperado de http://www.academia.edu/31537604/MetodologiaC3%ADadelanvestigaci%C3%B3n-7ta-Edicion-Sampieri_1.pdf
56. Ishikawa, K. (1997). ¿Qué es el control total de calidad? La modalidad japonesa. Bogotá, Colombia: Editorial Norma.
57. Leonard-Barton, D. (1995). *Wellsprings of Knowledge. Building and Sustaining the Sources of Innovation*. Boston, EE.UU: Harvard Business School Press.
58. Loza, J. M. (2015). 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*, 4 (1), 3-20. Recuperado de http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S231302292015000100001&script=sci_arttext
59. Lozano, J., y Menéndez, A. (2012). Metodología para medir el impacto de los resultados de proyectos de investigación en los servicios de salud. *AMC*, 16 (6), 131-43. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v16n6/amc09612.pdf>
60. Macías, M. (2015). Evaluación de la estrategia de reducción de la pobreza de honduras 2000-2015 (tesis doctoral). Universidad de Valladolid, Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, Departamento de Economía Aplicada, España.

61. Márquez, NE. (2010). Metodología para evaluar la calidad asistencial a la atención de los ingresados en el hogar (tesis doctoral). La Habana: Universidad de Ciencias Médicas. Recuperado de <http://tesis.repo.sld.cu/136/1/NidiaEMarquesMorales.pdf>
62. Martínez-Mediano, C. (2016). Los modelos lógicos para la evaluación de programas educativos. *Série-Estudos, Campo Grande, MS*, v. 21, n. 42, p. 41-63, maio/ago. 2016. 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))
63. Martínez, S., Bentosa, Z., Amieba, O. y Blet, A. (2014). Aplicación de Heberprot-P® en la Atención Primaria de Salud. *Rev Inf Cient*, 84 (2),192-201. Recuperado de <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/1002>
64. Massip, C., Ortiz, R.M., Llantá, M.C., Peña, M., y Infante, I. (2008). La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad, 34 (4), 1-10. Recuperado de <https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2008.v34n4/1-10/es>
65. Maturell, M., Muñiz, V., Cuevas, R., Lalondrys, E., y Maceira, G. (2014). Calidad de la ejecución del Programa de Bajo Peso al Nacer en un área de salud urbana. *MEDISAN*, 18(11), 1584-1592. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v18n11/san141811.pdf>
66. Mejías, Y., Cabrera, N., Rodríguez, M.M., Toledo, AM., y Norabuena, M.V. (2013). Bases legales de la calidad en los servicios de salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 39(4), 796-803. Recuperado de https://www.cepal.org/ilpes/noticias/paginas/9/37779/articles-37416_doc_pdf.pdf
67. Mejías, Y., Morales I., Fernández A. (2017). Calidad. Una mirada desde los Sistemas de Salud. *INFODIR.2017*, 25 (julio – diciembre), 110-116. Recuperado de <http://www.revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/418>
68. Mendízabal, A.G., Gómez, F.J., Moñux, D. (2003). Desarrollo de una Guía de Evaluación de Impacto Social para Proyectos de I+D+I. *Rev Iber Cien, Tecnol, Soc Inno*; 4 (5). Recuperado de <http://www.oei.es/revistactsi/numero5/articulo4.htm>

69. Mesa, E.J., Peregrino, G., Rosell, L. y Fong, R. (2018). Costo-beneficio del tratamiento con Heberprot-P® en pacientes con pie diabético. *MEDISAN*, 22 (3), 223. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v22n3/san02223.pdf>
70. Ministerio de Salud Pública. (2017). *Programa Nacional de Atención Integral al Diabético*. La Habana: Minsap.
71. _____. (2020). *Programa para el Control del Cáncer en Cuba. Estrategia Nacional para el Control del Cáncer*. Recuperado de http://www.bvs.sld.cu/libros/programa_integral_control_cancer_cuba/programa_control_cancerestrategianacionalpaginalegal.pdf
72. _____. (2018-2019). Informes del Programa de Atención Integral al Paciente con UPD con HPP®. Camagüey, Cuba: DPS y CIGB-C.
73. _____. (2020). Archivos de consultas de la APS. Camagüey: Consultas de Angiología, APS.
74. _____. (2018-2020). Archivos de coordinador del Programa y promotores. Camagüey: Hospital Provincial Manuel Ascunce Domenech y Consultas de Angiología, APS.
75. _____. (2013). Instituto Nacional de Angiología y Cirugía Vascular. Protocolo de Actuación para el Manejo Integral del Pie Diabético con el uso del Factor de Crecimiento Epidérmico Humano Recombinante. p. 1-21. La Habana: Minsap.
76. _____. (2019). Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud Pública. La Habana: Consejo de Ministros de la República de Cuba.
77. Mirabal M., Rodríguez J., Guerrero M., y Álvarez, M. (2012). Modelo teórico para la evaluación de impacto en programas de Salud Pública. *Humanidades Médicas*, 12 (2),167-183. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/hummed/hm-2012/hm122b.pdf>
78. Montero, E. (2004). Marco conceptual para la evaluación de programas de salud. *Población y Salud en Mesoamérica*, 1 (2), 2. Recuperado de <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/psm/article/view/13935>

79. Morales, R., Mas, P., Castell-Florit, P., Arocha, C., Valdivia, NC., Druyet, D., et al., (2018). Transformaciones en el sistema de salud en Cuba y estrategias actuales para su consolidación y sostenibilidad. *Rev Panam Salud Pública*, 42 (25). Recuperado de [:https://doi.org/10.26633/](https://doi.org/10.26633/)
80. Moreno, R. (2011). Eficacia de un Programa Comunitario de Atención Temprana del Neurodesarrollo en el municipio Habana Vieja. 1998 – 2008 (tesis doctoral). Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Facultad de Ciencias Médicas, Cuba.
81. Mursulí, M., Pérez, L.M., Hernández, C.D. y Yero, I.M. (2018). Propuesta de Guía metodológica para evaluar la calidad de un servicio de Estomatología General Integral. *Gaceta Médica Espirituana*, 20(3), 112-120. Recuperado de <http://scielo.prueba.sld.cu/pdf/gme/v20n3/1608-8921-gme-20-03-112.pdf>
82. Mursulí, M., Rodríguez, J., Domínguez, L., Pérez, M.E., Puga, C.A., González, B., y Cañizarez, J. (2018). Evaluación de la calidad de la atención estomatológica de dos servicios de Estomatología General Integral. Sancti Spiritus. 2018. *Gaceta Médica Espirituana*, 20 (2), 12-27. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212018000200012
83. Nebot, M., López, M.J., Arizaa, C., Villalbía, J.R. y García-Altés A. (2011). Evaluación de la efectividad en salud pública: fundamentos conceptuales y metodológicos. *Gac Sanit*, 25 (Supl 1), 3-8. Recuperado de: <https://core.ac.uk/download/pdf/82622043.pdf>
84. Organización Mundial de la Salud. (1981). 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. Recuperado de www.omsevaluaciónPSalud.pdf

85. Organización Panamericana de la Salud Organización y Organización Mundial de la Salud/. (2018). Metodologías y procesos. Sistema de indicadores sobre la calidad en salud. Proyectos actuales de medición en salud. Boletín Conamed-OPS, 4 (1), 8-14.
86. Ortún, V. (2005). De la evaluación a la gestión: acortar la brecha entre eficacia y efectividad. *EKONOMIAZ*, 1 (60), 58-75. Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/241276824>
87. Partido Comunista de Cuba. (2017). Lineamientos de la política económica y social del Partido y la Revolución para el período 2016-2021. La Habana, Cuba: Comité Central del PCC.
88. Pérez, L.F. (2017). 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). Universidad Del Norte, Maestría en Desarrollo Social, Colombia.
89. Peters, D.H., Tran, N.T. y Adam, T. (Ed.). (2014). *Investigación sobre la implementación de políticas de salud: Guía práctica*. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <https://temasdeenfermeria.com.ar/2015/01/investigacion-sobre-la-implementacion-de-politicas-de-salud-guia-practica-2014-oms/>
90. Príncipe, L. y Santiago, R. (2017). 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*, 10 (5), 1-11. Recuperado de https://www.theibfr.com/wpfb-file/riaf-v10n5-2017-1_2-pdf/
91. Raíces, M. (2013). II International Congress addressed to the integral care of diabetic foot ulcer patient with the use of Heberprot-P 2012: healthy doorways wide-open to the 2014 edition. *Biotecnol Apl*, 30 (1), 63-4. Recuperado de <http://scieloprueba.sld.cu/pdf/bta/v30n1/bta08113.pdf>

92. Ramos, BN. (2011). *Control de calidad de la atención en salud*. Editorial: Ciencias Médicas. La Habana 2da. Edición. Recuperado de: http://www.bvs.sld.cu/libros/control_calidad_atencion/control_calidad_completo.pdf
93. Reglamento general de Policlínicos. (2008). República de Cuba. La Habana: MINSAP. Recuperado de <https://instituciones.sld.cu/polmachaco/files/2016/06/reglamento-general-del-policlinico-comunitario.pdf>
94. Reiner, L., Cruz, B. A. y Orozco, C. (2019). La participación comunitaria como eje de la atención primaria de la salud. *EDUMECENTRO*, 11 (1), 218-233. Recuperado de <http://scieloprueba.sld.cu/pdf/edu/v11n1/2077-2874-edu-11-01-218.pdf>
95. Rey de Marulanda, N., Cortázar, J.C., Sulbrandt, J., Navarrete, N., Piergentili, N., Gaetani, F., Martínez, R. (2007). *Entre el diseño y la evaluación. El papel crucial de la implementación de los programas sociales*. Recuperado de <https://publications.iadb.org/es/entre-el-diseno-y-la-evaluacion-el-papel-crucial-de-la-implementacion-de-los-programas-sociales>
96. Ríos, M. (2019). Evaluación de la eficacia del uso del Heberprot-P® en el Policlínico Norte “Joaquín de Agüero” (tesis de pregrado). Universidad de Camagüey “Ignacio Agramonte Loynaz”, Facultad de Ciencias Económicas, Licenciatura en Economía, Camagüey, Cuba.
97. Rodríguez, D. (2016). Efectividad del uso del Registro de Evaluación Integral al paciente afectado de pie diabético (REIPD). *Revista Cubana de Medicina Militar*, 45 (2), 165-171. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65570016000200005&lng=es&tlng=es.
98. Rojas, F. (2009). *Salud Pública. Medicina Social*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
99. _____. (2016). *Actor y Testigo*. La Habana: Editorial Lazo Adentro. Unidad Nacional de Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades.

100. _____. (2019). *Salud y Salud Pública. Teoría y Práctica*. La Habana, Cuba: Editorial Ciencias Médicas. Recuperado de www.bvs.sld.cu/libros/salud_publica_teor%C3%ADa_pr%C3%A1ctica/salud_publica_teor%C3%ADa_pr%C3%A1ctica.pdf
101. Royo, M. A. (2014). *Gestión y evaluación de intervenciones en salud pública* (tesis doctoral). Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, España. Recuperado de [www.iii.ez.tesisdoctoral.bib/Concepci%C3%B3n_general_de_evaluaci%C3%B3n_de_programas_de_salud/GESTI%C3%93N_Y_EVALUACI%C3%93N_DE_INTERVENCIONES_EN_SALUD_P%C3%9BLICA_\(II\).pdf](http://www.iii.ez.tesisdoctoral.bib/Concepci%C3%B3n_general_de_evaluaci%C3%B3n_de_programas_de_salud/GESTI%C3%93N_Y_EVALUACI%C3%93N_DE_INTERVENCIONES_EN_SALUD_P%C3%9BLICA_(II).pdf)
102. Salcedo, R. (2011). *Evaluación de políticas públicas*. México, D.F.: Siglo XXI editores, s.a. de c.v.
103. Sánchez, I. (2016). El diseño metodológico de las investigaciones evaluativas relacionadas con la calidad en salud. *MEDISAN*, 20 (4), 544-552. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016000400015
104. Sánchez, M. N. (2017). Aportes Teóricos a la gestión organizacional: la evolución en la visión de la organización. *Ciencias Administrativas*, 10, Universidad Nacional de La Plata, Argentina. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=511653854007>
105. Sandoval, J.M., y Richard, M.P. (2003). Los indicadores en la evaluación del impacto de programas. *Sistema integral de Información y Documentación*. Recuperado de <http://www.worldbank.org/poverty/spanish/impact/overview/howtoevl.htm> 24-06-2005
106. Santamaría, A. M., Santamaría, N. H., López, M. Á., Velázquez, C. A., Cuevas, R. N., Herrera, J. E., Mendieta, H. (2018). Conceptos básicos, dimensiones y modelos de la calidad hospitalaria, *Rev de Medicina e Investigación Universidad Autónoma del Estado de México*, 6 (1), 46-53. Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/326719053>

107. Scriven, M. (2007). The logic of evaluation. In: ONTARIO SOCIETY FO THE STUDY OF ARGUMENTATION (OSSA). Conference Archive, Paper 138. Ontario: University of Windsor, 16. Recuperado de <http://scholar.uwindsor.ca/ossaarchive/OSSA7/papersandcommentaries/138>
108. Segredo, A. M. (2016). Aproximación teórica a la evolución, teorías, enfoques y características que han sustentado el desarrollo de las organizaciones. *Revista Cubana de Salud Pública*, 42 (4), 585-595.
109. Silva, V. (2013). Aplicación de gestión por procesos, como herramienta de apoyo al mejoramiento del hospital Dr. Eduardo Pereira (tesis). Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Escuela de Salud Pública Santiago de Chile, Chile. Recuperado de http://bibliodigital.saludpublica.uchile.cl:8080/dspace/bitstream/handle/123456789/375/Tesis_VivianaSilva.pdf?sequence=1&isAllowed=y
110. Simons, R. 1995. *Levers of Control. How Managers Use Innovative Control Systems to Drive Strategic Renewal*. Boston: Harvard Business School Press.
111. Suárez, J., Godue, Ch., García, J.F., Magaña, L., Rabionet, S., Concha, I., Vázquez, M., Gómez, R.D., ...Castellanos, J. (2013). Competencias esenciales en salud pública: un marco regional para las Américas. *Rev. Panam Salud Publica*, 34 (1), 47-53. Recuperado de <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2013.v34n1/47-53/>
112. Tejada, R. (2016). Las competencias transversales en la formación de profesionales. *Didasc@lia: D&E*, VII, (6), Edición Especial, 199-228.
113. Tesar T., Szilberhorn, L., Nemeth, B., Nagy, B., Wawruch, M. & Kalo, Z. (2017). 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.* 8, 946. Recuperado de doi:10.3389/fphar.2017.00946.

114. Valenti, C. (abril 2015). *Los Programas de Salud como Políticas Públicas en Cuba*. En Dr. R. Morales (Presidencia), Convención Internacional de Salud, Cuba Salud 2015. Conferencia llevada a cabo en Cuba Salud 2015, La Habana, Cuba. Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/281097563>
115. Valenzuela, T. (2005). Indicadores de salud: características, uso y ejemplos. *Cienc Trab*, 7 (17), 118-122. Recuperado de [https://docplayer-es.cdn.ampproject.org/v/s/docplayer.es/amp/42379833](https://docplayer.es/cdn.ampproject.org/v/s/docplayer.es/amp/42379833)
116. Weiss, C.H. (2015). *Guía visual del proceso de evaluación de políticas públicas*. Recuperado de http://femp.femp.es/files/3580-1850-fichero/guia_sintesis.pdf

ANEXOS

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.	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) OMS (1981) Ato, Quiñones, Romero y Rabadán (1989) Perloff y Sussna (1976) Spaniol (1975) Riecken (1972)
	Estudios sobre evaluación de programas y políticas públicas.	Weiss (2015) Valenti (2015) Macías (2015) Álvarez et al. (2014) Royo (2014) Nebot, López, Ariza, Villalbí, García-Altés (2011) Salcedo (2011) Gálvez (2004) Montero (2004)
Elaboraciones de carácter prospectivo sobre las tendencias y los patrones de evaluaciones en salud.	Análisis sobre el uso de los métodos y su aplicación.	Macías (2015) Álvarez et al. (2014) Nebot et al. (2011) Gálvez (2004)
	Construcción de teorías, indicadores e instrumentos de medición.	Royo (2014) Berner et al. (2007) Valenzuela (2005) Moreno (2004) Mendizabal, 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 et al. (2018)
	Teoría del proceso e impacto.	Álvarez Lucas et al., (2014) Royo (2014) Nebot et al. (2011) González y Calcetero (2009) Berner et al. (2007) Guzmán (2007) Montero (2004) Sandoval (2003)
	Cultura de gestión de programas de salud.	Hernández, Barrios y Martínez (2018) Álvarez et al., (2014) Peters, D.H., Tran, N.T. y Adam, T. (Ed.). (2014) Cortázar (2006) Rey de Marulanda et al. (2007) Ballart (1992)

Fuente: Elaboración propia.

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 componentes. 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, al garantizar 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 sobre el tema de la entrevista:

Preguntas

1. ¿Qué antecedentes conoce Ud. con relación a la implementación del Programa?
2. ¿Qué problemas tiene el Programa en el proceso de implementación?
3. ¿Qué caracteriza al 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 las atenciones que se brindan. Su identidad no será revelada, al garantizar 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 esta localidad donde opera el Programa por el cual Ud. se atiende?
2. ¿Cómo son las condiciones medioambientales de las consultas donde 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: ¿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 sobre el 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

Cuadro 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 como se citó en 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 que se necesita para hacer las actividades, función particular o desempeñar un papel (Ramos, 2011).
Oportunidad	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 y exteriorización del deseo de aprender de las experiencias y de adaptarse a las necesidades cambiantes. Elaboración de informes que se convierte en una oportunidad para llevar a cabo un análisis crítico y lograr un aprendizaje institucional, a fin de brindar información a los responsables de tomar las decisiones y evaluar los efectos. (Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, Ginebra, 2011).
Continuidad	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).
Coordinación	Cada individuo no solo debe ser capaz de desempeñar los comportamientos que las rutinas adscritas a su papel le ofrecen, 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 desempeñe determinados comportamientos también rutinarios, a decir de Nelson y Winter (como se citó en Cortázar, 2006).
Cooperación	Cooperación entre muchos actores. Lleva a considerar problemas que afectan de manera sustantiva a las acciones que siguen reglas: la incertidumbre, la ambigüedad (Cortázar, 2007).

Anexo V. Encuestas a personal de la salud sobre la gestión de operaciones

Estimado personal:

Actualmente se realiza un estudio sobre la gestión de operaciones del Programa. Sus opiniones y sugerencias con relación a 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_____

En las siguientes preguntas marque con una cruz su respuesta en 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.

N.	Preguntas	Escala (muy favorable a muy desfavorable)				
		1	2	3	4	5
1.	¿Ud. domina claramente sobre 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

N.	Indicador: Brechas del servicio	Incluye diferentes tasas y porcentajes referentes a la población inmersa en el Programa.				
		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 UPD / N. de Egresos) x 100	< a un No. en % de acuerdo a 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.	(N. de pacientes atendidos que son éxitos / N. de pacientes atendidos en el servicio) x 100	% de acuerdo a 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 por el servicio.	(N. pacientes fallecidos en espera por atención/ N. pacientes con aceptación de ingreso al servicio) x 100	% de acuerdo a 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.	(N. de consultas suspendidas / N. programadas) x 100	% de acuerdo a 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
6.	Número de pacientes en espera de captación.	Minimizar el número de pacientes en espera para su atención.	Sumatorio total de los pacientes por pesquisar.	Definido según, objetivos trazados por el Programa.	Mensual	Finales: gestión del usuario y clínico. De apoyo: clínico y administrativo.
7.	Porcentaje de errores en la medicación.	Minimizar errores en la medicación.	N. de errores ocurridos / Cantidad de pacientes medicados x 100.	% definido de acuerdo a: Protocolo de Actuación del Programa.	Mensual	Finales: clínico De apoyo: clínico

8.	Tiempo de atención al paciente en consultas.	Incrementar la calidad en las prestaciones de salud a la población.	N. de pacientes atendidos sin topes por unidad de tiempo/Total de pacientes que solicitan ser atendidos en consulta.	% definido de acuerdo a: objetivos trazados por el Programa.	Semestral	Finales: gestión del usuario y clínico. De apoyo: clínico y administrativo.
	Porcentaje de inclusión de los pacientes en el Programa respecto del total de identificados.	Minimizar el número de pacientes en espera para su atención.	(N. de pacientes identificados con UPD/ Total de pacientes identificados en el Servicio) x 100.	% definido de acuerdo a: objetivos trazados por el Programa.	Semestral	Finales: gestión del usuario y clínico. De apoyo: clínico y administrativo.
N.	Indicador: Cumplimiento de estándares	Mide existencia de documentos rectores del Programa, así como otras tasas y porcentajes en relación con los servicios.				
		Objetivo	Métrica	Estándar	Frecuencia	Proceso
1.	Existencia de protocolos clínicos.	Verificar la existencia y el cumplimiento de los protocolos clínicos.	Existencia de Protocolos Clínicos (Sí/ No).	Sí, definido de acuerdo a: 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.	(N. de pacientes atendidos con prontitud luego del ingreso al Programa/ N. de pacientes captados para el Programa) x 100.	% definido de acuerdo a 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 a personal de la salud sobre la calidad médica o profesional

Estimado personal:

Actualmente se ejecuta un estudio sobre la evaluación de la calidad del Programa. Sus opiniones y sugerencias con relación a 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 su respuesta en 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 tomando en cuenta todos los aspectos que afecten su entorno: componente biológico, psicológico, ambiental, cultural, económico, social?					

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 de importancia:

No.	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 con relación a 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. ¿Cuál ha 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 sobre la importancia que tienen 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 que usted considera que PUEDE y DEBERÍA tener vinculado al programa.

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 al garantizar 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 saber 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.

Ítems	Nivel de servicio deseado					Nivel de servicio recibido				
	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
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 el personal presente apariencia pulcra y profesional.										
4. Que la señalización de la consulta sea adecuada para orientar a los pacientes y acompañantes.										
Fiabilidad										
Que el personal que atienda su problema de salud le inspire confianza.										
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 exista prontitud en responder a las peticiones de los pacientes.										
11. Que exista seguridad en el diagnóstico.										
12. Que se mantenga a los pacientes informados sobre cuando exactamente se proveerán los servicios.										
Seguridad										
13. Que se le explique a Ud. o a sus familiares en 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 dudas o preguntas sobre su problema de salud.										
16. Que el personal posea el conocimiento necesario para responder a las preguntas de los pacientes.										
Empatía										
17. Que se les dé 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 una forma comprensiva: escucha atenta, amabilidad, respeto y paciencia.										
20. Que se exprese simpatía por parte del personal en el manejo de problemas con el servicio.										

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

Anexo X. Indicadores de calidad: satisfacción

N.	Satisfacción	Mide porcentajes y tasas referentes al nivel de satisfacción de los pacientes/acompañantes atendidos por el personal del Programa.				
	Indicadores	Objetivo	Métrica	Estándar	Frecuencia	Proceso
1.	Existencia de sistema normalizado de quejas y sugerencias.	Garantizar medio de evidencias de quejas y sugerencias de pacientes/acompañantes.	N. y tipología de quejas y sugerencias presentadas por los pacientes/acompañantes de los servicios.	Sí	Mensual	Finales: clínico De apoyo: clínico, logístico y administrativo
2.	Porcentaje de reclamos contestados oportunamente.	Reducir el porcentaje de quejas.	(N. de quejas resueltas / Total de quejas recibidas) x 100	> 90 % de acuerdo a 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. Incrementar la calidad del servicio.	(N. de pacientes atendidos fuera de consulta / N. de pacientes atendidos) x 100	< 1 % de acuerdo a 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.	(N. de pacientes que han presentado reclamos en el período de estudio / N. total de pacientes atendidos en el período de estudio) x 100	< 5 % de acuerdo a Ministerio de Salud Pública.	Mensual	Finales: clínico De apoyo: clínico y administrativo
7.	Información a los pacientes sobre los procedimientos a efectuarse durante su estancia.	Proporcionar al paciente la autonomía para participar en las decisiones que le afectan.	(N. de pacientes informados / N. de pacientes dados de alta del servicio) x 100	> 90 % de acuerdo a Ministerio de Salud Pública.	Diaria	Finales: clínico De apoyo: clínico
8.	Tasa de satisfacción del paciente.	Aumentar la satisfacción del paciente.	(N. de pacientes satisfechos / N. de pacientes tratados) x 100	≥ 85 % de acuerdo a 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 realizarán entrevistas a coordinador (a) o coordinadores del Programa, funcionarios y especialistas del sector de la salud y el Gobierno que trabajan y se vinculan con el tema de la investigación con el objetivo de fundamentar la situación que presenta la realización de los estudios relacionados con la calidad gerencial de los programas de salud en un contexto específico.

b) Percepción sobre 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 lograr 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 conocimiento 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 de forma íntegra.

Fuente: Adaptado de Leonard- Barton, 1995 como se citó en Cortázar, 2006, p.23.

Anexo XIII. Miembros del equipo de investigación

Nombres	Centro de trabajo	Grado científico	Especialidad	Años de experiencia
Ana de Dios Martínez	Universidad de Camagüey	Dr. C.	Economía, 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	CIGB-C Camagüey	Dr. C.	Veterinaria, Lic. en Matemática	36
Aylin Nordelo Valdivia	CIGB-C 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 y resultados de entrevistas

Tabla 1. Datos de pacientes entrevistados del Programa

Características	Masculino (8)	Femenino (7)
Edad, por ciento > 60 años	37,5	57, 14
Días tratamiento con HPP® (promedio/ mediana)	66,8/30	36,1/30
Tratados más de 1 vez con HPP® (%)	55,4	60
N. de aplicaciones de HPP® (promedio/ mediana)	3,6/3	2,7/2

Tabla 2. Resultados de las entrevistas informales a pacientes del Programa

Categorías	Adecuada	Por ciento %
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
Total de opiniones por área de salud	5	100

Anexo XV. Características generales sobre aspectos del contexto 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
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 con un total de población urbana de 313 245 habitantes, lo cual representa el 50 % de la provincia. Producto de la división política-administrativa, la urbe actualmente se encuentra dividida en cuatro distritos: Joaquín de Agüero, Cándido González, Julio Antonio Mella e Ignacio Agramonte.	<ul style="list-style-type: none"> • APS (Consultorios del médico de la familia, Centros de Atención Integral al Diabético, Centros de Rehabilitación, Policlínicos). • Atención secundaria (Hospitales provinciales, 5 y regionales 1, Oncológico). 	<ul style="list-style-type: none"> • Doctores en Medicina, especialistas en Angiología (5). • Licenciados en Enfermería con Diplomado en Manejo del pie diabético (9). • Pacientes con UPD que recibieron tratamiento con HPP® en el municipio Camagüey (periodo 2018-2020). Total:1 353 • 9 consultas de Angiología, aplicación del HPP® en los Policlínicos del municipio Camagüey. 	<ul style="list-style-type: none"> • Horarios de consultas: 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 existe acceso a los lugares donde opera el Programa, y no hubo restricción alguna para la investigación.

Fuente: ONEI, 2020 y Archivos de promotoras provinciales (Salud y CIGB) y del coordinador técnico del Programa del periodo 2018-2020.

Anexo XVI. Directivos del Programa en la APS

Nombres	Centro de trabajo	Cargo	Especialidad	Grado cient. o categ. docente	Años de exp.
Raúl Romay Buitrago	Hospital Provincial Manuel Ascunce Domenech	Coordinador provincial del Programa	Angiología	Profesor asistente	35
Yamilka Ramírez Núñez	CIGB-C	Especialista principal Comercial CIGB-C	Comercial principal CIGB-C	Profesora instructora, investigador agregado	26
Jacqueline Pérez Estenoz	Policlínico Joaquín de Agüero	Promotora Salud	Enfermería	M.Sc., profesora asistente	25
Mayelín Formentín Zayas	Dirección Municipal de Salud	Directora de asistencia médica de la Dirección Municipal de Salud en Camagüey.	Medicina, MGI	Profesora instructora	18
Celia de la Cruz Fernández	Centro de Atención al Diabético, Hospital Provincial Manuel Ascunce Domenech	Directora del Centro	Medicina, Endocrinología	Profesora asistente, investigador agregado	15

Anexo XVII. Problemas y oportunidades de mejora

Procesos finales		Procesos de apoyo		
Gestión del paciente	Clínico	Clínico	Logístico	Administrativo
Integridad, contenido y destreza de las actividades programadas				
<p>Problemas: Falta de mayor pesquijaje en las comunidades como el factor que más repercute en la captación oportuna de los pacientes y baja percepción de riesgo de ellos y el personal de salud en cuanto a la urgencia en el tratamiento de las UPD.</p> <p>Oportunidades: Mejorar la actividad de pesquisa. Perfeccionar la promoción del Programa y factores de riesgo de la UPD.</p>	<p>Problemas: Destreza del personal por insuficiente experiencia y preparación para este tipo de servicio. Irregularidades en la integridad por ausencia a veces de relaciones humanistas, armoniosas y respetuosas entre trabajadores, profesionales, estudiantes y directivos.</p> <p>Oportunidades: Capacitar en el manejo integral del pie diabético del paciente con UPD. Incrementar la comunicación asertiva y el aprendizaje colectivo en el ambiente de rutinas del Programa.</p>	<p>Problemas: Limitaciones en cuanto a la confidencialidad y privacidad del paciente. Limitaciones en el trato con equidad a los pacientes. Insuficiente promoción equitativa del Programa y sobre la enfermedad y el tratamiento. Irregularidades con relación a la empatía con el paciente/acompañante.</p> <p>Oportunidades: Fomentar en el Personal el dominio de la confidencialidad del paciente en un ambiente propicio. Mejorar el trato con equidad al total de pacientes/acompañantes. Potenciar la promoción del Programa y las informaciones a los pacientes/acompañantes sobre la enfermedad y el tratamiento con HPP. Incrementar la comunicación asertiva con el paciente/acompañante.</p>	<p>Problemas: Dificultades con la climatización, señalización de consultas y fallas con algunos insumos para el tratamiento.</p> <p>Oportunidades: Mejora en la infraestructura para el servicio en las nueve áreas de salud. Diseñar y colocar carteles que anuncien el local del Programa en la APS. Lograr garantía de insumos para los requerimientos del tratamiento con HPP.</p>	<p>Problemas: Necesidad de mayor integración de los administrativos de la APS 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 la señalización de estas.</p> <p>Oportunidades: Mayor intercambio presencial con el coordinador técnico del Programa, quien posee alto nivel profesional y experiencia en él, así como sus promotoras. Apoyo de la dirección del Gobierno, Minsap y CIGB-C. 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>
Oportunidad y continuidad de las actividades programadas				
		<p>Problemas: El servicio de laboratorio no siempre está disponible de forma oportuna para los exámenes del paciente. Movimiento del personal de enfermería que dificulta la continuidad en la atención al paciente.</p>		<p>Problemas: Promoción del servicio</p> <p>Oportunidades: Incremento de acciones de promoción en la propia comunidad de los pacientes.</p>

		Oportunidades: mejora de esos servicios. Mayor control organizacional del personal.		
Coordinación entre actividades programadas				
				Problemas: Desajustes de índole organizacional con el personal. Oportunidades: Aumentar la retroalimentación con otras experiencias y mayor control de expertos del Programa en las consultas de APS.

Anexo XVIII. Estadísticos sobre percepción de los pacientes/acompañantes por dimensiones del modelo

SERVQUAL

Tangibles (%)

Ítems	Escala Likert					Media	Desv. Típ.
	1	2	3	4	5		
1.- Que el local de la consulta sea limpio, cómodo y acogedor.	0	5	26	52	17,3	3,81	,77
2.- Que el local de la consulta cuente con los equipos y materiales necesarios para su atención.	0	4,3	0	79	16,5	4,08	,57
3.- Que el personal presente apariencia pulcra y profesional.	0	0	0	18,7	81,3	4,81	,39
4.- Que la señalización de la consulta sea adecuada para orientar a los pacientes y acompañantes.	0	1,4	4,3	77,7	16,5	4,09	,50

Fiabilidad (%)

Ítems	Escala Likert					Media	Desv. Típ.
	1	2	3	4	5		
1.- Que el personal que atiende su problema de salud le inspire confianza.	0	0	0	58,3	41,7	4,42	,49
2.- Que la consulta se realice en el horario programado.	0	0	0	58,3	41,7	4,49	,49
3.- Que durante su atención se respete su privacidad.	0	0	0	60,4	39,6	4,40	,49
4.- Que la atención para el análisis de laboratorio, radiografías u otros exámenes sea rápida.	0	0	10,8	48,2	41	4,30	,65

Capacidad de respuesta (%)

Ítems	Escala Likert					Media	Desv. Típ.
	1	2	3	4	5		
1.- Que el personal muestre disposición de ayudar al paciente.	0	0	0	41	59	4,59	,49
2.- Que exista prontitud en responder a las peticiones de los pacientes.	0	0	0	41	59	4,59	,49
3.- Que exista seguridad en el diagnóstico.	0	0	0	40,3	59,7	4,60	,49
4.- Que se mantenga a los pacientes informados sobre cuándo exactamente se proveerán los servicios.	0	0	0	41	59	4,59	,49

Seguridad (%)

Ítems	Escala Likert					Media	Desv. Típ.
	1	2	3	4	5		
1.- Que se le explique a Ud. o a sus familiares en palabras fáciles de entender el problema de salud, los procedimientos y análisis y el tratamiento.	0	0	0	25,9	74,2	4,74	,44
2.- Que se realice un examen físico completo y minucioso por el problema de salud que motiva su atención.	0	0	0	25,2	75	4,75	,43
3.- Que el personal le brinde el tiempo necesario para contestar sus dudas o preguntas sobre su problema de salud.	0	0	0	25,2	75	4,75	,43
4.- Que el personal posea el conocimiento necesario para responder a las preguntas de los pacientes.	0	0	0	24,5	75,5	4,76	,43

Empatía (%)

Ítems	Escala Likert					Media	Desv. Típ.
	1	2	3	4	5		
1.- Que se les dé a los pacientes atención individual.	0	0	0	53,2	46,8	4,47	,50
2.- Que el personal muestre interés en solucionar su problema de salud.	0	0	0	53,2	46,8	4,47	,50
3.- Que el personal trate a los pacientes en una forma comprensiva: escucha atenta, amabilidad, respeto y paciencia.	0	0	0	53,2	46,8	4,47	,50
4.- Que se exprese simpatía por parte del personal en el manejo de problemas con el servicio.	0	0	0	53,2	46,8	4,47	,50

Fuente: Elaboración propia a partir del procesamiento del cuestionario.