

UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA

Estudios con reconocimiento de Validez Oficial por Decreto Presidencial del
3 de abril de 1981



“Estudio comparativo de los modelos de evaluación de la calidad del servicio en los sistemas de salud y su importancia en la experiencia y satisfacción de pacientes con diabetes tipo II”

TESIS

Que para obtener el grado de
MAESTRA EN INGENIERIA DE CALIDAD

Presenta

DIANA CAROLINA LÓPEZ MARTÍNEZ

Director

Dra. Odette Lobato Calleros

Lectores

Dra. Mariana Ruiz

Dr. Primitivo Reyes

Ciudad de México

2019

Esta tesis corresponde a los estudios realizados con una beca de Excelencia del Gobierno de México para Extranjeros, a través de la Secretaría de Relaciones Exteriores (SRE) y la Agencia Mexicana de Cooperación Internacional para el desarrollo (AMEXCID).

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	7
Antecedentes	7
Justificación y Delimitación	9
Justificación	9
Delimitación de la Investigación.....	9
Objetivo general	10
Objetivos particulares.....	10
Planteamiento del problema	10
Enunciado del problema.....	10
Formulación del problema	11
Hipótesis de la investigación	12
Metodología.....	12
Contenido Capitular	12
CAPÍTULO I	14
Panorama General de la Diabetes Mellitus.....	14
1.1 Definición.....	14
1.2 Situación General de la Diabetes Mellitus.....	15
1.2.1. A Nivel Internacional	15
1.2.2. A Nivel Nacional.....	17
1.3 Acciones tomadas para el control de la Diabetes	18
1.3.1 A nivel mundial.....	18
1.3.2 A nivel nacional	21
1.4 Situación actual en México.....	23
1.5 Resumen	25
CAPÍTULO II	26
Modelos e Instrumentos para evaluar la calidad en los servicios	26
2.1 Calidad en los Servicios.....	26

2.1.1 Definición	26
2.1.2 Características de los servicios.....	27
2.1.3 Definición Calidad en los Servicios de Salud	28
2.2 Herramientas para la evaluación de la calidad del servicio	31
2.2.1 Modelos para la evaluación de la calidad del servicio	31
2.2.2 Clasificación de los modelos.....	32
2.2.2.1 Escuela Nórdica.....	33
a. Modelo de la percepción de calidad del servicio.....	33
b. Modelo de Calidad en el Servicio de Grönroos y Gummesson.....	34
2.2.2.2 Escuela Americana	38
a. Modelo SERVQUAL (Service Quality)	38
b. Modelo SERVPERF (Service Performance).....	41
2.2.3 Índices nacionales de satisfacción	43
a. Barómetro Sueco de la Satisfacción del Cliente (SCSB)	43
b. Índice Americano de Satisfacción del Cliente (ACSI)	44
c. Barómetro Noruego de Satisfacción del Cliente (NCSB)	45
d. Índice Europeo de Satisfacción del Cliente (ECSI).....	46
e. Índice Mexicano de Satisfacción del Usuario (IMSU).....	48
2.2.4 Instrumentos para conocer la opinión del paciente.....	49
2.2.4.1 Entrevistas Individuales	50
2.2.4.2 Grupos focales/ panel de discusión	52
2.2.4.3 Historias de pacientes.....	54
2.2.4.4 Quejas y Felicitaciones.....	56
2.2.4.5 Encuestas	57
2.2.4.6 Patient Journey Map o Mapa de la Experiencia del Paciente.....	58
2.3 Resumen.....	61
CAPÍTULO III	62
Instrumentos para evaluar la calidad de atención en los sistemas de salud	62

3.1 Evaluación de consumidores de sistemas y proveedores de atención médica en hospitales (CAHPS, por sus siglas en inglés)	62
3.2 Instrumento de evaluación de la Experiencia del Paciente Crónico (Escala IEXPAC).....	65
3.3 Diabetes Treatment Satisfaction Questionnaire (DTSQ)	69
3.4 Índice de Calidad de Atención de la Diabetes en México (ICAD México).....	71
3.5 Análisis comparativo.....	73
3.6 Resumen	75
CAPÍTULO IV	76
DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN	76
4.1 Consideraciones importantes.....	76
4.2 Resultados generados.....	77
4.3 Mejora continua	78
4.3 Resumen	80
CONCLUSIONES	81
RECOMENDACIONES	83
ANEXOS	84
Anexo 1. Preguntas que conforman la Evaluación por el consumidor de proveedores de cuidado y sistemas de salud (CAHPS, por sus siglas en inglés).....	84
Anexo 2. Preguntas que conforman la Escala IEXPAC.....	94
Anexo3. Preguntas que conforman la encuesta DTSQ.....	96
BIBLIOGRAFÍA.....	97

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Número estimado de personas con diabetes en el mundo y por región en 2017 y 2045 (20-79 años)	16
Ilustración 2. Top Ten países/ territorios por número de personas con diabetes en 2017 y 2015 (20-79 años)	17
Ilustración 3. Resumen cronológico de los aportes más relevantes sobre la medición de la calidad del servicio	31
Ilustración 4. Modelo de la percepción de la Calidad del Servicio.....	33
Ilustración 5. Modelo de Calidad en el Servicio de Grönroos y Gummesson	35
Ilustración 6. Modelo Conceptual de la Calidad en el Servicio de Parasuraman, Zeithaml y Berry	39
Ilustración 7. Modelo SERVPERF	41
Ilustración 8. Fragmento del cuestionario SERVPERF	43
Ilustración 9. Barómetro sueco	44
Ilustración 10. Índice Americano de Satisfacción del Cliente (ACSI).....	45
Ilustración 11. Barómetro Noruego	46
Ilustración 12. Índice Europeo de Satisfacción del cliente.....	47
Ilustración 13. Métodos utilizados para medir la experiencia del paciente	49
Ilustración 14 Patient Journey Map	60
Ilustración 15. Índice de Calidad de la Atención de la Diabetes en México.....	78

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Modelos de Escuela Nórdica	36
Tabla 2. Tabla comparativa de las dimensiones en los modelos de la escuela nórdica	37
Tabla 3. Cuadro comparativo de los factores en común de los índices de satisfacción	47
Tabla 4. Ventajas potenciales y posibles limitaciones de las entrevistas	52
Tabla 5. Ventajas potenciales y posibles limitaciones de los grupos focales/paneles.....	54
Tabla 6. Ventajas potenciales y posibles limitaciones utilizando Historias de Pacientes	56
Tabla 7. Ventajas potenciales y posibles limitaciones utilizando Quejas/ Felicitaciones	57
Tabla 8. Ventajas potenciales y posibles limitaciones utilizando Encuestas	58
Tabla 9. Variables que evalúa la encuesta CAPHS.....	63
Tabla 10. Aspectos clave para administrar la encuesta CAHPS	64
Tabla 11. Variables que evalúa IEXPAC	67
Tabla 12. Aspectos clave para administrar la encuesta IEXPAC.....	68
Tabla 13. Variables que integran DTSQ.....	69
Tabla 14. Aspectos clave para administrar la encuesta DTSQ	70
Tabla 15. Componentes y Subcomponentes del ICAD México	72
Tabla 16. Análisis comparativo de los diferentes instrumentos para evaluar la calidad en los sistemas de salud	74

INTRODUCCIÓN

Antecedentes

El evaluar la calidad percibida por los usuarios es una actividad esencial de las instituciones de servicios y en el caso del sector salud, se recomienda necesaria y casi obligatoria su realización, no solo por el proceso de medición en sí mismo, sino por su destacada contribución a la seguridad del paciente y al mejoramiento continuo de la calidad de atención.

La Organization for Standardization (ISO) en su normativa ISO 9000: 2015 define a la Calidad como "*Grado en el que un conjunto de características inherentes de un objeto cumple con los requisitos*". Aunque este concepto es de gran importancia; para los sistemas de salud, se ha modificado y en muchas ocasiones acoplado esta definición, como el caso de la definición de OMS: "*Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud de los individuos o de la población de una forma total y precisa y destina los recursos necesarios (humanos y otros) a estas necesidades, de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite*" (OMS 2009).

En 1980 Avedis Donabedian propuso una definición de calidad asistencial que ha llegado a ser clásica y que formuló de la siguiente manera: "*Calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes*" (Net y Suñol 2015).

Por otro lado, la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization* (JCAHO) de los Estados Unidos de América, define la calidad de la atención de una forma muy simple: "*Hacer las cosas correctas y hacerlas bien*" (JCAHO 2000).

Cuando se habla de una atención médica correcta, la Organización Mundial de la Salud hace referencia a una atención integral y sistematizada, la que debe estar cimentada en protocolos estandarizados establecidos, basados en evidencia científica y que

incluyan las mejores prácticas. Los servicios de salud bien estructurados, organizados y con directrices concretas, son capaces de lograr una ejecución, por un lado, económicamente eficaz, tanto para el paciente, como para el servicio de salud, y, por otro lado, estos servicios permiten reducir las complicaciones crónicas asociadas a la diabetes y las desigualdades en la calidad de atención médica a dicha enfermedad (World Health Organization 2016).

Por tal motivo, diversos países, mediante la colaboración con diferentes organismos e instituciones públicas de salud han publicado e implementado guías de atención de carácter voluntario e, incluso, normas obligatorias (Vicente-Sánchez, y otros 2012) que, en su mayoría, se orientan al nivel de atención primaria debido a que, en general casi el 80% de la atención médica de las personas con diabetes se lleva a cabo en la atención primaria (Clement, y otros 2018).

Con el objetivo de desarrollar un proceso de mejora continua, las entidades de salud realizan una evaluación de la calidad de la atención brindada, mediante estudios cualitativos como entrevistas, grupos focales/ paneles, análisis de quejas y felicitaciones, historias de pacientes, estudios cuantitativos como las encuestas o el diseño de experiencias conocido como Patient Experience, o mediante una combinación de estas herramientas. Por ejemplo, la encuesta de Evaluación de los consumidores de proveedores y sistemas de salud (CAHPS, por sus siglas en inglés), reportó en el año 2017 que de 3.443 sitios donde se aplicó esta encuesta 366,994 pacientes respondieron. De igual manera, sobre la comunicación del proveedor de salud el 85% de los pacientes informaron que la comunicación era clara y se sentían escuchados, y sobre el personal que los atendían el 79% informó que fueron siempre serviciales y respetuosos (AHRQ 2017).

Justificación y Delimitación

Justificación

En la actualidad, se han desarrollado múltiples modelos de evaluación de la calidad de la atención en servicios de salud para medir la satisfacción de pacientes y en específico de pacientes con Diabetes Tipo II, algunos de los enfoques son fragmentados como por ejemplo un estudio realizado en Matamoros, Tamaulipas, sobre Satisfacción del cuidado de las enfermeras en los pacientes con diabetes mellitus tipo II encontrándose que *“los factores de satisfacción son conceptualizados como la enfermera que con su presencia da apoyo, seguridad, alivio y afecto, etc.”* (Ávila Alpírez, Rizo Baeza y Flores Peña 2007).

Otro estudio realizado sobre *“Satisfacción de los pacientes que sufren de diabetes tipo II y/o hipertensión con cuidado ofrecido en clínicas de medicina familiar en México”* encontró que más de la mitad de pacientes que recibieron atención de dos clínicas de medicina familiar estaban satisfechos con la atención brindada (Vladislavovna Doubova, y otros 2009). Sin embargo, los pacientes que están insatisfechos merecen ser escuchados, porque su insatisfacción con los servicios de salud puede relacionarse con el manejo de la enfermedad, a través de un mejor control de sus condiciones.

Pese a la valiosa aportación de las investigaciones realizadas, se ve la necesidad de analizar los principales modelos utilizados para medir la calidad de la atención de los pacientes con enfermedades crónicas, en especial aquellos pacientes con diabetes tipo II, con el fin de identificar los aspectos principales, las variables que evalúan para que los pacientes tengan mayor apego al tratamiento y su importancia dada la complejidad de esta enfermedad.

Delimitación de la Investigación

Esta investigación se realiza mediante un análisis teórico de los principales modelos de evaluación de la calidad aplicable a servicios, modelos e instrumentos que se aplican en servicios de salud y en específico a los pacientes con Diabetes Tipo II.

Debido a que existe una variedad de modelos de evaluación, se reduce al análisis de los más relevantes, es decir, aquellos que han sido desarrollados por organismos internacionales y probados ampliamente en varios países. Se incluye además los instrumentos utilizados para estos modelos, en caso de que aplique, características generales, variables, ventajas, logros alcanzados.

Se incluirán además resultados de la aplicación de los modelos en sistemas de salud para realizar una comparación objetiva.

Objetivo general

Realizar un estudio teórico sobre los principales instrumentos de evaluación de la calidad del servicio y las experiencias de aplicación en sistemas de salud enfocados en pacientes con Diabetes Tipo II.

Objetivos particulares

- Identificar y analizar los principales modelos e índices de medición de satisfacción del usuario de servicios.
- Presentar los resultados alcanzados por sistemas de salud, posterior a la realización de una evaluación de calidad de atención aplicando los modelos presentados.
- Explorar los instrumentos y las variables que son utilizadas para medir la calidad de atención de los servicios de salud.
- Contribuir a la identificación de variables que permitan medir la calidad y la satisfacción del servicio ofrecido por un sistema de salud desde la perspectiva de pacientes con Diabetes Tipo II.

Planteamiento del problema

Enunciado del problema

El evaluar la calidad percibida por los usuarios es una actividad esencial de las instituciones de servicios de salud y se recomienda su realización, es así que todo sistema de salud debe evaluar la calidad de atención de sus pacientes a fin de

comprender su situación actual e implementar herramientas de perfeccionamiento, lo cual redundará en un beneficio para los pacientes, el sistema de salud y la sociedad.

Los pacientes diabéticos necesitan tener acceso a una asistencia sistemática, continua y organizada, proporcionada por un equipo médico calificado. Los resultados de los tratamientos pueden mejorarse gracias a los medicamentos necesarios, la educación, las visitas de control y el autocuidado de los pacientes. Esta asistencia sistemática, debería incluir el examen periódico del control metabólico y de la aparición de complicaciones, un plan de asistencia de la diabetes acordado con el paciente y actualizado constantemente, y el acceso a la asistencia centrada en la persona a cargo de un equipo multidisciplinario. También se están considerando tecnologías nuevas, como la telemedicina y la telefonía móvil, que se usan cada vez más y pueden ayudar a llegar a zonas de acceso difícil.

En la actualidad existen varias herramientas para evaluar la calidad de la atención de los pacientes, destacan los modelos de: Evaluación por el consumidor de proveedores de cuidado y sistemas de salud (CAPHIS, por sus siglas en inglés), *Diabetes Treatment Satisfaction Questionnaire* (DTSQ), el Instrumento de evaluación de la Experiencia del Paciente Crónico (Escala IEXPAC), y el Índice de Calidad de Atención de la Diabetes en México (ICAD México) los que utilizan diferentes variables y escala de medición, sin embargo, en revisión de la literatura, no se ha realizado un análisis comparativo entre estos modelos, las variables que miden, los resultados obtenidos y su contribución a la mejora de la calidad del servicio recibido y por ende su importancia en satisfacción del paciente.

Formulación del problema

¿Los modelos actuales de evaluación de la calidad en el servicio son suficientes para garantizar la satisfacción y mejora en el proceso de atención de pacientes con diabetes tipo II?

¿La evaluación de la calidad del servicio permite identificar áreas de oportunidad para brindar una mejor atención a los pacientes con Diabetes Tipo II?

Hipótesis de la investigación

Para las preguntas anteriores se formulan las siguientes hipótesis:

Hipótesis 1: Los modelos actuales de evaluación de la calidad permiten conocer la opinión de los pacientes de los sistemas de salud.

Hipótesis 2: La evaluación de la calidad permite identificar áreas de oportunidad para brindar una mejor atención a los pacientes de los sistemas de salud, en específico de los pacientes con Diabetes Tipo II.

Metodología

Se realizará una revisión de la literatura sobre la Diabetes Tipo II, normatividad vigente, acciones tomadas a nivel mundial y a nivel país.

Se buscarán los instrumentos para evaluar la calidad del servicio como modelos, índices, instrumentos de calidad en el servicio a lo largo de la historia, para luego detallar los que se aplican en el sector salud enfocados en enfermedades crónicas, en especial en diabetes, que incluya características generales, definición de variables, cuestionarios, logros alcanzados y experiencias de su aplicación.

Contenido Capítular

A continuación, se muestra una breve descripción del contenido de cada capítulo:

Capítulo 1. Panorama general de la Diabetes Mellitus: Situación general de la Diabetes Tipo II, políticas públicas aplicadas para el control de esta enfermedad a nivel mundial y nacional.

Capítulo 2. Modelos e instrumentos para evaluar la calidad en los servicios Definiciones, conceptos, identificación de los principales modelos, variables, interrelaciones, e instrumentos utilizados, con un enfoque en servicios de salud.

Capítulo 3. Instrumentos para evaluar la calidad de atención en los sistemas de salud: Definiciones, conceptos y metodologías para evaluar la experiencia y atención recibida en los sistemas de salud y desde la perspectiva de los pacientes con Diabetes Tipo II.

Capítulo 4. Discusión y Conclusión: Se presenta las consideraciones importantes en el desarrollo de este trabajo, el análisis general de los hallazgos encontrados en relación a los objetivos, a las hipótesis y al planteamiento del problema.

CAPÍTULO I

Panorama General de la Diabetes Mellitus

1.1 Definición

“La diabetes es una grave enfermedad crónica que se desencadena cuando el páncreas no produce suficiente insulina (una hormona que regula el nivel de azúcar, o glucosa, en la sangre), o cuando el organismo no puede utilizar con eficacia la insulina que produce” (OMS, Informe mundial sobre la Diabetes. Resumen de Orientación 2016).

Durante esta enfermedad, la insulina deja de producirse debido a la destrucción de las células β o a la insuficiente producción de la misma, provocando que la glucemia se eleve a valores anormales hasta alcanzar concentraciones nocivas para los sistemas fisiológicos, provocando daño en el tejido nervioso (neuropatías), alteraciones en la retina (retinopatía), el riñón (nefropatía) y en prácticamente el organismo completo, con un pronóstico letal si no se controla.

El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre), cuyos síntomas pueden incluir letargo, poliuria, polidipsia, pérdida de peso, polifagia, y en algunos casos más graves visión borrosa, retraso en el crecimiento y mayor susceptibilidad a enfermedades que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos, con algunas de las consecuencias que ya se mencionaron anteriormente.

Los estudios epidemiológicos realizados en las últimas décadas han podido constatar que esta enfermedad va en aumento. Según la Organización Mundial de la Salud la prevalencia mundial de la diabetes en adultos (mayores de 18 años) ha aumentado del 4.7% en 1980 al 8.5% en 2014. Además, se estima que en 2015 la diabetes fue la causa directa de 1.6 millones de muertes en todo el mundo (OMS 2018).

Esta enfermedad se ha convertido en un problema de salud pública a nivel mundial, la carga social y económica es alarmante, es por tal motivo que alrededor del mundo se han diseñado e implementado medidas de intervención prioritarias para reducir las complicaciones que produce y sobre todo para prevenir su ocurrencia.

1.2 Situación General de la Diabetes Mellitus

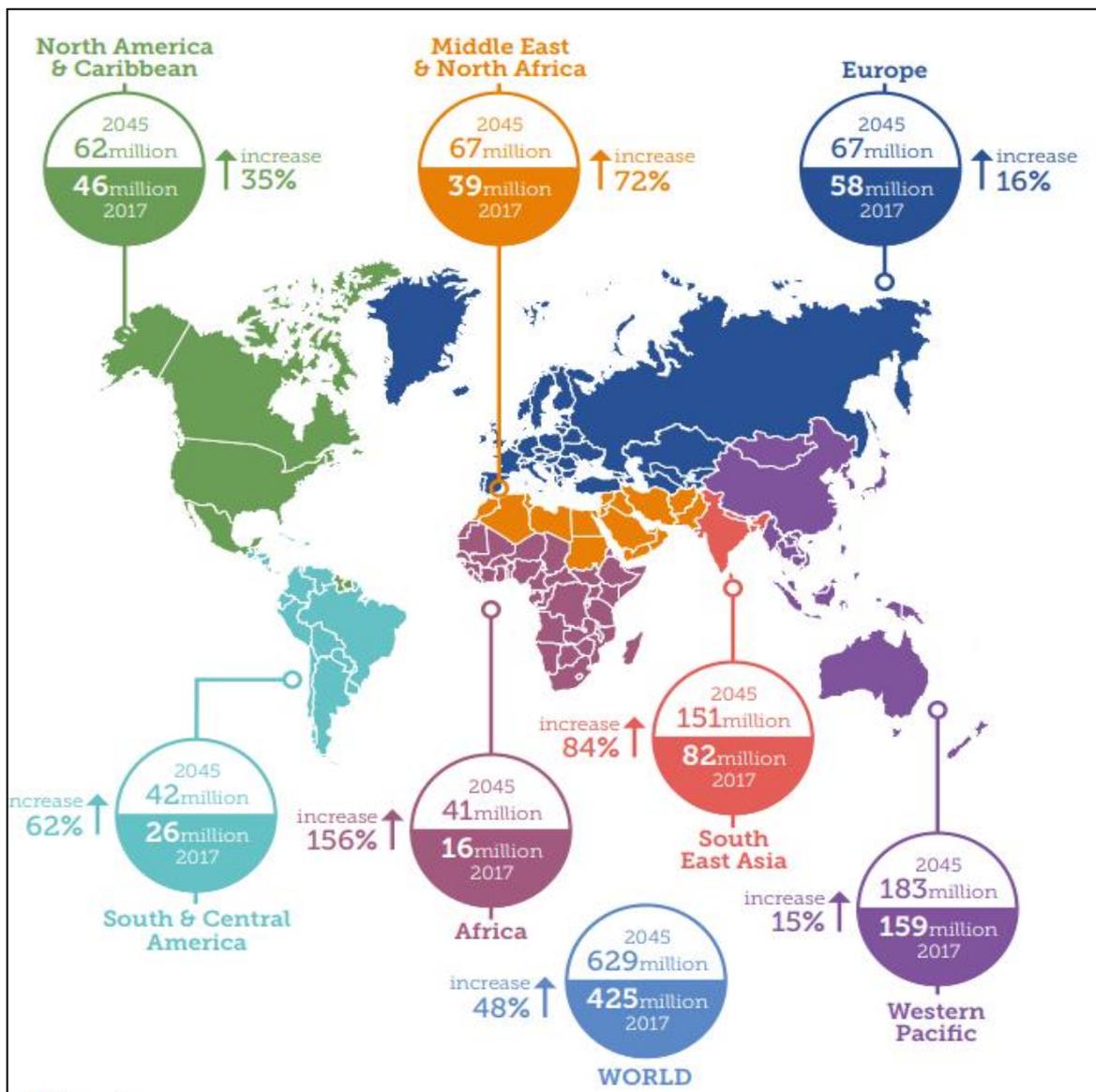
1.2.1. A Nivel Internacional

En el 2017, la Federación Internacional para la Diabetes (FID) en su octava edición de su *publicación Atlas de la Diabetes de la FID* estimó que para el año 2045 la cantidad de personas en el mundo con diabetes podría ascender a 691 millones, al mismo tiempo otros 352 millones de personas con tolerancia a la glucosa alterada tiene un alto riesgo de desarrollar diabetes (FID 2017).

Mediante la colaboración de diferentes organismos internacionales pertenecientes a la FID, se obtuvo información sobre cuáles son los países con mayor cantidad de personas con diabetes alrededor del mundo. Se presentó un esquema por regiones para el año 2017 y una estimación para el año 2045, observando que existe un notable incremento resultando los más afectados la densamente poblada región del Pacífico Occidental, el Sureste Asiático, Oriente Medio y el Norte de África (Ver Ilustración 1).

Además, se presentó un ranking a nivel mundial sobre el número de personas con diabetes en el año 2017 y su correspondiente estimación para el año 2045, observando la complejidad del problema, debido a que ya se incluye a países del continente americano y países en los que la población mundial va en aumento (Ver ilustración 2).

Ilustración 1. Número estimado de personas con diabetes en el mundo y por región en 2017 y 2045 (20-79 años)



Fuente: Atlas de la Diabetes de la FID (2017)

Ilustración 2. Top Ten países/ territorios por número de personas con diabetes en 2017 y 2015 (20-79 años)

2017			2015		
Rank	Country/territory	Number of people with diabetes	Rank	Country/ territory	Number of people with diabetes
1	China	114.4 million (104.1-146.3)	1	India	134.3 million (103.4-165.2)
2	India	72.9 million (55.5-90.2)	2	China	119.8 million (86.3-149.7)
3	United States	30.2 million (28.8-31.8)	3	United States	35.6million (33.9-37.9)
4	Brazil	12.5 million (11.4-13.5)	4	Mexico	21.8 million (11.0-26.2)
5	Mexico	12.0 million (6.0-14.3)	5	Brazil	20.3 million (18.6-22.1)
6	Indonesia	10.3 million (8.9-11.1)	6	Egypt	16.7million (9.0-19.1)
7	Russian Federation	8.5 million (6.7-11.0)	7	Indonesia	16.7million (14.6-18.2)
8	Egypt	8.2million (4.4-9.4)	8	Pakistan	16.1 million (11.5-23.2)
9	Germany	7.5 million (6.1-8.3)	9	Bangladesh	13.7 million (11.3-18.6)
10	Pakistan	7.5 million (5.3-10.9)	10	Turkey	11.2 million (10.1-13.3)

Fuente: Atlas de la Diabetes de la FID (2017)

Otro punto importante que es necesario mencionar son las complicaciones asociadas a la diabetes que hacen que esta enfermedad sea considerada como la causa número uno de muerte a nivel mundial. Aproximadamente 4.0 (3.2-5.0) millones de personas entre 20 y 79 años mueren por alguna complicación de la diabetes, esto es equivalente a una muerte cada 8 segundos para el año 2017, cifras importantes debido a que es más alto que el número de muertes por enfermedades infecciosas (1.1 millones de muertes por VIH / SIDA, 1.8 millones de tuberculosis y 0.4 millones de malaria en 2015 (FID 2017).

1.2.2. A Nivel Nacional

La prevalencia de diabetes en México representa un grave problema de salud pública. La Secretaría de Salud declaró a la diabetes como una epidemia debido al alto índice

de población con diabetes en el país y a la alta tasa de mortalidad y morbilidad. En el año 2017, según el ranking de la FID, México se encuentra en la posición 5 a nivel mundial con número de personas con diabetes (FID 2017).

Para el año 2016, según la Fundación Mídete en su publicación “Asumiendo el Control de la Diabetes”, México se encontraba en la posición 6 a nivel mundial, este incremento como se menciona en la misma *“refleja un mal manejo en la prevención de la diabetes, probablemente debido a los malos hábitos alimenticios y estilo de vida de nuestra población. Nuestra posición en la tasa de mortalidad refleja la falta de control en pacientes que ya viven con este padecimiento”* (Fundación Mídete 2016).

Hay que mencionar además las estadísticas de mortalidad del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), que indican que las defunciones por Diabetes en México aumentaron de 46,614 en el año 2000 a 105,574 en el año 2016, según lo expuesto en la página web de la Federación Mexicana de Diabetes (Federación Mexicana de Diabetes 2018).

1.3 Acciones tomadas para el control de la Diabetes

1.3.1 A nivel mundial

Como respuesta a esta epidemia, la Organización Mundial de la Salud publicó su *Plan de Acción para prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles* para el periodo comprendido entre 2013 y 2020. En este documento, se observa la necesidad de brindar prioridad a la prevención y control de las enfermedades no transmisibles (ENT) en las agendas mundial, regional y nacional.

La Federación Internacional para la Diabetes (FID), lidera desde 1950 la comunidad mundial de diabetes y agrupa a más de 230 asociaciones nacionales de diabetes en 170 países y territorios, misma que publica de forma bianual su *Atlas de Diabetes de la FID* sobre la prevalencia de diabetes a nivel mundial y su clasificación por regiones, las complicaciones diabéticas, las acciones emprendidas para reducir el impacto de la

diabetes en ese periodo de tiempo, además de guías y protocolos establecer un estándar mundial de atención diabética.

Cabe recalcar que, con el objetivo de reducir el impacto de la Diabetes en la población y prevenir su ocurrencia, cada país ha desarrollado políticas públicas propias o mediante la participación de organizaciones no gubernamentales.

Por ejemplo en España, se desarrolló la *Estrategia en Diabetes del Sistema Nacional de Salud* que recomienda niveles de Hemoglobina Glicosilada (HbA1c) menores a 7 %, además de individualizar los objetivos de control y ser menos estrictos en el tratamiento para pacientes mayores de 70 años con enfermedad cardiovascular conocida y diabetes mellitus de larga evolución (Ministerio de Sanidad Servicios Social e Igualdad Gobierno de España 2012).

En el Reino Unido, se creó el *Marco del Servicio Nacional de Diabetes*, que comprende un conjunto de normas nacionales encaminadas a desarrollar un servicio centrado en el paciente con diabetes, con el objetivo de mejorar su salud, elevar la calidad de los servicios y reducir la desigualdad, además de la creación de la *Norma de Calidad para la Diabetes* (NHS England 2001).

En Estados Unidos, el Programa Nacional de Prevención en Diabetes (*The National Diabetes Prevention Program*) trabaja para que las personas con prediabetes participen en programas de cambios de estilo de vida de alta calidad, de bajo costo y basados en la evidencia, con el objetivo de reducir su riesgo de diabetes tipo II (Tuomilehto, Lindstrom y Eriksson 2001). Simultáneamente, la Sociedad Americana de Diabetes (American Diabetes Association) realiza de forma anual una publicación de estándares "*Standards of Medical Care in Diabetes*" y en este año 2019 presentó las mejoras y actualizaciones de los estándares de atención para garantizar que los médicos, los planes de salud y los legisladores puedan seguir para el cuidado de la diabetes, los mismos que son actualizados anualmente con base a las investigaciones realizadas.

En Australia, se desarrolló la Estrategia Nacional Australiana de Diabetes (*Australian National Diabetes Strategy*) para el período de 2016 a 2020 y la implementación del *Esquema Nacional de Servicios en Diabetes*, que tiene como objetivos disminuir la morbilidad y la mortalidad prematura por diabetes, reducir la frecuencia y severidad de las complicaciones agudas-crónicas y mejorar la calidad de la vida de los pacientes con diabetes (Australian Government Department of Health 2015).

En Canadá, La organización canadiense sin fines de lucro *Diabetes Canada* lidera la lucha contra la diabetes al ayudar a los canadienses afectados por la diabetes a vivir vidas saludables, prevenir el inicio y las consecuencias de la diabetes y descubrir una cura. Esa organización, en el cumplimiento de su misión, publica una serie de guías para proporcionar atención diabética centrada en el paciente. En estas guías, se ha adoptado de manera exitosa el Modelo de Atención Crónica. Los datos de observación de las redes de atención primaria canadienses, cuyo enfoque es mejorar el acceso y coordinar la atención, sugieren que los pacientes que forman parte de equipos interprofesionales tienen mejores resultados y menos visitas al hospital, característica fundamental del Modelo de Atención Crónica (Clement, y otros 2018).

En Latinoamérica, se formó la Red Latinoamericana de Diabetes (ALAD) como una institución internacional creada para unir a los profesionales de países latinoamericanos agrupados en regiones para articular y coordinar acciones entre los miembros, como objetivos básicos de esta Red se mencionan: *“Fomentar el estudio, el conocimiento, la investigación y el adelanto de todo lo relacionado con la diabetes, en sus fases experimentales, clínicas y sociales y además de establecer consensos, criterios, recomendaciones y guías latinoamericanas en prevención y manejo de la diabetes y sus complicaciones”* (ALAD 2019).

En 1999 se creó la Red QUALIDIAB, conformada por los países de Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Paraguay y Uruguay quienes a través de sus unidades de salud colectan información de entidades de atención de sus subsectores público y privado sobre la calidad de atención brindada a pacientes con diabetes mediante el uso de un

registro común y de compartir la información obtenida y su análisis (Gagliardino, De la Hera y Siri 2001).

En Brasil, en 2002 el Ministerio de Salud conjuntamente con sociedades científicas, elaboraron el Plan de Reorganización de Atención a la Hipertensión Arterial y la Diabetes Mellitus que tuvo como objetivo reducir: el número de internaciones, los gastos con tratamiento de complicaciones crónicas, jubilaciones tempranas y mortalidad cardiovascular, para promover la mejora de la calidad de vida de la población. Además, sobre la base de los derechos de la Carta de los Derechos de los Usuarios de la Salud, el 29 de septiembre de 2007, entró en vigor la Ley Federal nº 11.347 / 06 que dispone la distribución gratuita de medicamentos, materiales para la aplicación de insulina y monitorización de la glucemia capilar, condicionada a usuarios que se encuentren registrados en las unidades de salud de su cobertura y en programas de educación en diabetes (Barbosa dos Santos, y otros 2011).

1.3.2 A nivel nacional

Para consolidar el Sistema de Salud Mexicano, se han establecido políticas y estrategias para la prevención de Diabetes Mellitus, además de crear protocolos de atención de tratamiento y control para quienes ya están diagnosticados con esta enfermedad y busquen mejorar su calidad de vida. La Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y otras instituciones se han dedicado a implementar programas de prevención de la diabetes.

En concordancia con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 del Gobierno de la República Mexicana, se estableció el *Programa Sectorial de Salud*, que persigue un esquema de atención más homogéneo, operaciones integradas y lograr una mejor coordinación entre instituciones de salud. Es por tal motivo que dentro de sus objetivos se encuentra *“Instrumentar la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes, desde una perspectiva preventiva e integral (Programa Sectorial de Salud 2013-2018).*

La estrategia mencionada anteriormente, es una política pública nacional que promueve la prevención de estas enfermedades por medio de la adopción de hábitos saludables en el consumo alimentario, aumento en la realización de actividad física, la capacitación del personal de salud y el fortalecimiento de la atención primaria. Al mismo tiempo, es necesaria la participación conjunta de los sectores público, privado y la sociedad civil, debido a que al ser un problema complejo y multifactorial debe ser compartido por todos los miembros de la sociedad (Secretaría de Salud 2013).

México cuenta con una norma oficial: NOM: 015-SSA2-2010. *“Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus en atención primaria”*, misma que es de cumplimiento obligatorio en el territorio nacional desde el año 2010 y aplica para todos los establecimientos de salud en los sectores público, social y privado que presten atención a pacientes con diabetes en el Sistema Nacional de Salud.

Para medir la eficacia de estas acciones la Secretaría de Salud realizó la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016 (ENSANUT MC 2016) con el objetivo de *“generar un panorama estadístico sobre la frecuencia, distribución y tendencia de las condiciones de salud y nutrición y sus determinantes en los ámbitos nacional, regional y en las zonas urbanas y rurales. Un segundo propósito fue obtener información sobre la respuesta social organizada, principalmente sobre el desempeño del sector salud, con énfasis en la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes”* (Instituto Nacional de Salud Pública, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016. ENSANUT MC 2016).

Como parte de la Estrategia Nacional para la Prevención del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes se han creado instituciones especializadas en Diabetes, tal es el caso del *Centro de Atención Integral del Paciente con Diabetes (CAIPADI)* en el año 2013, el que pertenece al Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, y en el año 2016 se creó la *Clínica Especializada en Diabetes Iztapalapa de la Secretaría de Salud (SEDESA)*.

Otra acción tomada por el Gobierno de la Republica, en coordinación con la Secretaria de Salud, Secretaria de Defensa y Secretaria de Marina, fue el desarrollo del “Plan Estratégico Sectorial para la Difusión e Implementación de Guías de Práctica Clínica” y en colaboración con el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Centro de Atención Integral del Paciente con Diabetes, Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud elaboraron el documento de *Algoritmos de Atención Clínica para la Diabetes Mellitus Tipo 2* para el primer nivel de atención y una población de edades comprendidas entre 18 y 79 años.

1.4 Situación actual en México

México cuenta con un sistema de salud mixto y fragmentado, en el que encontramos tanto instituciones públicas de seguridad social que dan acceso a servicios médicos a los trabajadores asalariados y a sus familias, además de otras prestaciones sociales, instituciones públicas de protección social en salud que dan acceso a personas que no tienen afiliación obligatoria al sistema de seguridad social (S. Chertoriski Woldenberg 2012).

La percepción de la calidad en el sector público, depende del tipo de atención al que el usuario tenga acceso. Existen usuarios que se encuentran afiliados al Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), adicionalmente los gobiernos estatales han creado seguros sociales para sus trabajadores (los llamados ISSTEs estatales), y algunos organismos descentralizados como Petróleos Mexicanos (PEMEX) que cuentan con servicios médicos independientes; en el que la atención está orientada a la prestación de servicios a pacientes que tienen derecho por ley, la exigencia por servicios de calidad es alta, aunque la capacidad instalada no cumpla las necesidades.

La Secretaría de la Defensa (SEDENA), Secretaría de la Marina (SEMAR), instituciones y programas que atienden a la población que no se encuentra incluida en la seguridad social: Secretaría de Salud (SSA), Servicios Estatales de Salud (SESA), Programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O), Seguro Popular (Gómez- Dantes O 2011).

En estos casos el nivel de exigencia por servicios de calidad comparado con la exigencia de los mencionados anteriormente es menor, en muchas de las ocasiones por la falta de conciencia de recibir atención de la más alta calidad.

Por último, usuarios que no se encuentran afiliados a ninguna institución pero que acuden a los servicios públicos y aceptan conformidad con lo ofrecido, la mayoría de estos pacientes están resignados y agradecidos de ser recibidos y atendidos, sin importar las horas de espera, los procesos internos, las condiciones del servicio y otros elementos que para otra población son inaceptables (Secretaría de Salud de México 2015).

Al igual que otros países, México enfrenta diversos problemas que frenan la eficacia de los programas institucionales para el control de la Diabetes, la Secretaría de Salud en México, identificó los principales obstáculos que han ralentizado la reducción del impacto económico y social de la diabetes, como por ejemplo el insuficiente abasto de medicamentos, equipo inadecuado y obsoleto en las unidades de salud, la inaccesibilidad a exámenes de laboratorio, deficiencias en el sistema de referencia y contra referencia de pacientes, limitaciones de los servicios de apoyo psicológico, nutricional, inactividad física, automonitoreo y escasa supervisión de los servicios para alcanzar la adherencia terapéutica (Secretaría de Salud 2010).

En el caso de la Diabetes, resulta imperante el manejo integral *“que involucra a un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud, así como el propio individuo con diabetes y a su familia. Además del médico, educadores en diabetes y especialistas en nutrición y en apoyo psicológico forman parte del equipo de tratamiento. La meta del equipo para el cuidado de salud en el paciente con diabetes es proporcionar un tratamiento completo, cuidando cada una de los diferentes aspectos relacionados con la enfermedad mediante la colaboración de todos los miembros”* (Almeda Valdés, García García y Aguilar Salinas 2015).

Como todo programa en evolución, se requiere de un constante análisis sobre indicadores de eficacia, ejecución y calidad de la atención. Una parte importante en el modelo de atención de enfermedades crónicas es la percepción del paciente para poder evaluar estrategias de cambio para mejoría en áreas de oportunidad.

“México necesita un sistema de salud que se enfoque en las necesidades de las personas, más que en los acuerdos institucionales históricos, y capaz de ofrecer atención preventiva y personalizada toda vez que cuente con un costo efectivo y sostenible. Sin embargo, en muchos aspectos, el Sistema de Salud en México no se está desempeñando como debería; se puede mejorar sustancialmente el acceso, la calidad, la eficiencia y la sostenibilidad” (OCDE 2016).

El actual modelo de atención nacional en diabetes tiene varias áreas de oportunidad cuyo abordaje podría modificar los desenlaces incapacitantes y la carga socioeconómica de la enfermedad.

1.5 Resumen

En el presente capítulo se presentó una visión global de la diabetes, una enfermedad que actualmente es considerada como una epidemia, la importancia de analizar los diferentes modelos que evalúan la calidad de atención radica en el número de personas que tienen esta enfermedad a nivel mundial y que se incrementa con el paso del tiempo.

Conjuntamente se presentó una recopilación de algunas acciones que han sido desarrolladas por organizaciones a nivel mundial, al mismo tiempo a nivel nacional acciones que el Gobierno de México ha planteado como la creación de centros especializados en Diabetes como el Centro de Atención Integral del Paciente con Diabetes y la Clínica Especializada en Diabetes Iztapalapa; Planes Estratégicos, Normas Oficiales y Algoritmos Clínicos de Atención, que son utilizados actualmente en los sistemas de salud.

CAPÍTULO II

Modelos e Instrumentos para evaluar la calidad en los servicios

2.1 Calidad en los Servicios

2.1.1 Definición

Entender los conceptos de servicio y calidad del servicio resulta fundamental para comprender el objeto y las características de los modelos de medición.

Según la ISO 9000: 2015, *“Un servicio es la salida de una organización con al menos una actividad, necesariamente llevada a cabo entre la organización y el cliente”*, es decir el resultado de las actividades generadas por una organización con el objetivo de satisfacer a un cliente.

Para Kotler (2014), un servicio se define como *“cualquier actividad o beneficio que una persona puede dar a otra, que es esencialmente intangible y no resulta en propiedad de ninguna. Su producción puede o no estar ligado a un producto físico”*.

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

En cuanto a las definiciones de Calidad, encontramos en la literatura a los máximos exponentes de calidad, así Phil Crosby, uno de los gurús de la calidad, formuló una de las definiciones de calidad más claras y sencillas: *“Calidad es la capacidad para que un producto o servicio consiga el objetivo establecido al costo más bajo posible”* (Crosby 1979).

Por su parte Joseph Juran enfoca sus definiciones a los atributos de los productos y no tanto a los servicios; y es por ello que para él la calidad significa *“Adecuación al uso”* desde el punto de vista estructural y sensorial, con base en parámetros de calidad de diseño, calidad de cumplimiento, habilidad, seguridad del producto, etc. (Juran 1993).

W. E. Deming, concibe la calidad como *“El grado perceptible de uniformidad y fiabilidad a bajo costo y adecuado a las necesidades del cliente”* (Deming 1982). No obstante, esta definición es menos idónea aplicada a los servicios de salud.

Como se aprecia en las definiciones anteriores y en la literatura académica revisada, se han suscitado diferentes definiciones de criterio, sin embargo, en general se encuentran tres tendencias de constructos que se usan para evaluar la calidad del servicio: calidad, satisfacción y valor, tal lo señala esta definición: *“La calidad en el servicio es una métrica dentro de las organizaciones que buscan la diferenciación y competitividad en el mercado. El objetivo principal es identificar los atributos de calidad en el servicio y evaluar la relación entre la calidad percibida y la satisfacción del cliente; lo cual se traduce en lealtad hacia la marca y se refleja en un incremento en las utilidades de la organización”* (Sanchez García y Sanchez Romero 2016).

2.1.2 Características de los servicios

Un servicio tiene características o atributos que lo definen como un sistema complejo, a continuación, se presentan las características basadas en las reflexiones propuestas por Dan Soffer (2006) y Philip Kotler (1990):

- Inseparabilidad: Las personas son inseparables de los servicios. No se puede separar la relación entre el prestador del servicio y el usuario.
- Co-creado: Para una correcta entrega de las prestaciones es necesario conocer y co-crear el servicio con los usuarios.
- Calidad: Es más difícil controlar la calidad de un servicio, porque está basado en la opinión de los usuarios.
- Temporalidad: Tiempo definido para la prestación de un servicio, luego de ese tiempo pierde valor y no es posible almacenarlo como con un producto tangible.
- Intangible: No se puede tocar o ver como a un objeto.
- Variabilidad: La calidad de los servicios depende de quién los proporciona, es decir de la persona que lo proporciona porque cada uno es único e independiente.

- Simultaneidad: En una prestación la producción y el consumo son simultáneos, si aumenta la demanda muchas veces no se puede aumentar la producción ya que se trabaja con personas.
- El proveedor es el dueño: Los usuarios no son dueños del servicio, lo que consumen es la prestación ofrecida.

2.1.3 Definición Calidad en los Servicios de Salud

El concepto de calidad en los servicios de salud no es una definición estática y permanente, se encuentra en constante evolución, por ejemplo, en el año 1980 Avedis Donabedian la describe como *"aquel tipo de cuidado en el cual se espera maximizar un determinado beneficio al paciente luego de haber tomado en cuenta un balance de las ganancias y pérdidas implicadas en todas las partes del proceso de atención"* (Net y Suñol 2015).

En el año 2000 la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO)* de los Estados Unidos de América, definió la calidad en los servicios de salud de una forma muy simple: *"Hacer las cosas correctas y hacerlas bien"* (JCAHO 2000).

En el año 2009, la Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como: *"Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud de los individuos o de la población de una forma total y precisa y destina los recursos necesarios (humanos y otros) a estas necesidades, de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite"* (OMS 2009).

Esto quiere decir que, para avalar la calidad en la atención médica es necesario realizar diferentes actividades enfocadas en proveer servicios de salud accesibles y equitativos a los usuarios, incluyendo los recursos necesarios para lograr la satisfacción frente a la atención médica recibida.

En el año 2004, en México se realizó una encuesta de satisfacción anónima y confidencial en quince hospitales públicos del estado de Hidalgo, encontrándose que la insatisfacción fue del 15.06%. La percepción de mala calidad asociada con la

insatisfacción fue 10.8%. El 18.5% refirió insatisfacción y deseo de no regresar a solicitar atención al mismo hospital, de éstos el 65% se asoció con mala calidad. La insatisfacción se asocia con omisiones de información sobre su padecimiento, actitud poco amable del médico, trámite de consulta complicado, percepción de mala calidad y ausencia de baño en la sala de espera (Ortiz Espinoza 2004).

En el año 2006, la encuesta ENSANUT (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición) encontró que en instituciones como el ISSSTE, el Programa de Seguro Popular de la Secretaría de Salud, los servicios estatales en Salud (SESA) obtuvieron porcentajes de aceptación más altos por parte de los usuarios (Instituto Nacional de Salud Pública 2006).

Para el año 2015, La Secretaría de Salud de México plantea los hallazgos frecuentes en la medición de la calidad de los servicios de salud con base a tres aspectos: de estructura, de proceso, de resultados. A continuación se presenta un detalle de los mismos:

De estructura

- Equipo
- Instalación insuficiente
- Equipo inadecuado

Personal:

- Insuficiente
- Selección y capacitación insuficiente
- Distribución inadecuada

Insumos:

- Insuficientes
- Surtidos sin oportunidad
- Falta de calidad

De procesos

- Falta de oportunidad en la atención médica
- Carencia de manuales de operación
- Falta de normas o su supervisión
- Competencia profesional insuficiente
- Falta de respeto a principios éticos
- Desconocimiento de medidas de seguridad para el paciente

De resultados

- Necesidades de salud no satisfechas
- Complicaciones y secuelas temporales o permanentes
- Evento adverso con o sin error médico
- Defunción no esperada
- Expectativas no satisfechas

Como sabemos la calidad está centrada en el usuario, y todas las acciones están enfocadas en mejorar su experiencia y su satisfacción recibida, es por tal motivo que resulta importante considerar además la *“cultura, educación, edad, condiciones de género, ocupación, estado civil, lugar de residencia, antecedentes patológicos, entre muchos otros, que son factores que inciden en la toma de decisiones de quien proporciona la atención médica”* (Secretaría de Salud de México 2015).

The National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (2016) publicó los factores para el control de la Diabetes como mantener niveles adecuados de glucosa en la sangre, presión arterial, colesterol; suprimir hábitos nocivos como fumar o consumir bebidas alcohólicas, seguir el plan de alimentación, realizar actividad física, tomar las medicinas prescritas y apoyarse en el equipo médico. La evaluación de la calidad de la atención también debe considerar estos aspectos y variables que logren medir el autocuidado del paciente y su corresponsabilidad.

2.2 Herramientas para la evaluación de la calidad del servicio

Para lograr la calidad del servicio, es necesario evaluar las expectativas y experiencias de los usuarios, mismas que nos proporcionan una información significativa sobre la atención recibida. Estos modelos de evaluación han sido utilizados por muchos años, y su aplicación comprende todo tipo de empresas de servicios, incluidos hospitales y clínicas de salud con el objetivo de mejorar la calidad, evaluar la eficacia, eficiencia y seguridad de la atención.

2.2.1 Modelos para la evaluación de la calidad del servicio

“Un modelo es una representación simplificada de la realidad, que toma en consideración aquellos elementos básicos capaces por si solos de explicar convenientemente el comportamiento de la misma” (Lascuarin I 2012).

Con el paso de los años varios autores han aportado al desarrollo de modelos que permitan la evaluación de la calidad del servicio, en la ilustración se presenta un resumen cronológico de los aportes más relevantes (Ilustración 3).

Ilustración 3. Resumen cronológico de los aportes más relevantes sobre la medición de la calidad del servicio

Año	Autores	Aportes
1980	Oliver	Paradigma Desconfirmatorio
1984	Grönroos	Modelo de Calidad de Servicio
1985, 1988	Parasuraman, Zeithaml y Berry	Modelo SERVQUAL
1989	Eiglier y Langeard	Modelo de Servucción
1992	Cronin y Taylor	Modelo SERVPERF
1993, 1994	Teas	Modelo de Desempeño Evaluado
1994	Rust y Oliver	Modelo de los Tres Componentes
1996	Dabholkar, Thorpe y Rentz	Escala Multinivel de Calidad del Servicio
1997	Philip y Hazlett	Modelo P-C- P
2001	Brady y Cronin	Modelo Jerárquico Multidimensional
2006	Akbaba	Técnica del Factor Incidente Crítico

Fuente: Colmenares O y Saavedra J (2007)

Estos modelos han servido de base para gran parte de la literatura académica en el área y les han sido practicadas pruebas de fiabilidad y validez de sus escalas en

diversos escenarios, obteniendo resultados válidos y confiables, pese a que *“características como atributos, dimensiones o factores que definen el nivel de calidad en el servicio a través de la percepción de sus clientes continúa siendo tema de discusión entre los autores debido a la subjetividad que representa la calidad percibida y los innumerables aspectos que un individuo puede tomar en cuenta al momento de valorarla. Al mismo tiempo, es posible identificar los modelos que tratan la satisfacción del cliente como una consecuencia de la calidad en el servicio, y los que, contrariamente, explican la calidad en el servicio a partir de la satisfacción”* (Nuñez Tobias y Juárez Mancilla 2018).

Además, tienen amplia aceptación y utilidad por la confiabilidad de sus resultados, por tal motivo se presenta un análisis de los principales modelos utilizados en la calidad del servicio y sus autores; así como un análisis de los instrumentos de medición que han sido desarrollados y que actualmente son utilizados, además de presentar los que se utilizan en los servicios de salud.

2.2.2 Clasificación de los modelos

A continuación, se presentan los modelos utilizados para evaluar la calidad del servicio, los que se encuentran clasificados en cualitativos, cuantitativos y los que implican una combinación de los dos, es decir que tienen factores en común. Los modelos de la escuela nórdica, son básicamente cualitativos, la escuela americana contiene modelos cuantitativos que se encuentran basados en la escuela nórdica y los índices de satisfacción que presentan una combinación entre un enfoque cualitativo y cuantitativo.

Además, existen otros modelos que permiten identificar las dimensiones o factores que influyen en la satisfacción del cliente.

2.2.2.1 Escuela Nórdica

La escuela nórdica cuenta con dos representantes Christian Grönroos y Evert Gummesson quienes desarrollaron los modelos más destacados y que han aportado a la literatura sobre la percepción de la calidad del servicio.

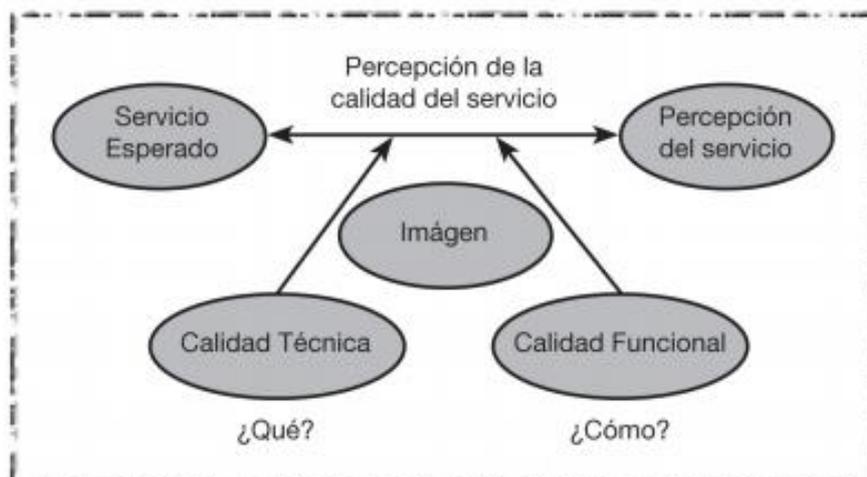
Otros autores que han contribuido a la literatura son Uolevi Lehtinen y Jarmo R Lehtinen, y sus mayores investigaciones las realizaron en la Universidad de Karlstad de Suecia en el *Service Research Centre*, sin embargo, pese a que identifican los factores que intervienen en la calidad del servicio no muestran una metodología para la evaluación de la satisfacción del cliente.

a. Modelo de la percepción de calidad del servicio

También conocido como el modelo de la Imagen, fue desarrollado en 1984 por Christian Grönroos pionero de la escuela de gestión de servicios y del pensamiento de marketing y plantea que la calidad percibida por los clientes es la integración de la calidad técnica (qué se da) y la calidad funcional (cómo se da), y estas se relacionan con la imagen corporativa (Ver Ilustración 4).

La *imagen* es un elemento básico para medir la calidad percibida de un servicio como el resultado de un proceso de evaluación donde el consumidor compara su expectativa con el servicio que percibe haber recibido (Duque Oliva 2005).

Ilustración 4. Modelo de la percepción de la Calidad del Servicio



Fuente: Duque Oliva (2005)

Dimensiones

Se trata de un modelo compuesto de las siguientes variables:

- Calidad técnica, cuando habla de lo que el cliente recibe como resultado técnico del proceso de producción, y esta responde a la pregunta de ¿qué consigue?
- Calidad funcional se encarga de la manera en que el consumidor es tratado en el desarrollo del proceso de producción del servicio. Es decir, todas aquellas relaciones internas que se reflejen en un mejor trato al momento de prestar un servicio, por ejemplo, la apariencia del personal, la accesibilidad otorgada por la empresa en las diversas actividades que el cliente se vea en la necesidad de emplear (pagos, accesos a instalaciones, a personal, productos, etc.).
En palabras de Grönroos, es la dimensión del ¿cómo se consigue?
- La imagen corporativa, que es la forma en que los consumidores perciben la empresa.

En este modelo la evaluación de la calidad técnica es más objetiva que la funcional. Los niveles aceptables se alcanzan cuando la calidad percibida satisface las expectativas del usuario, siendo éste influenciado por el resultado del servicio, por la forma en que lo recibe y por la imagen corporativa de la organización que lo presta.

“Una evaluación satisfactoria de la calidad percibida se obtiene cuando la experimentada cumple con las expectativas del usuario, es decir, lo satisface, es así como un exceso de expectativas puede generar problemas en la evaluación de su calidad” (Torres Samuel y Vasquez Stanescu 2015).

b. Modelo de Calidad en el Servicio de Grönroos y Gummesson

En el año de 1987 Evert Gummesson desarrolló un modelo conocido como 4Q (Ver Ilustración 5), junto a Grönroos desarrollaron un modelo de calidad en el servicio, que incluía las variables de ambos modelos y en el que se plantea que todas las personas contribuyen a la calidad (Duque Oliva 2005).

Dimensiones

Conjuntamente su aportación fue plantear que existe una serie de fuentes diferentes que generan calidad en la empresa identificadas como variables, mismas que son:

- Calidad del diseño, producción, entrega y calidad de las relaciones entre clientes internos y externos.
- Calidad percibida por los clientes, y las experiencias y expectativas de los mismos.
- Calidad técnica y calidad funcional como aporte de Grönroos a este modelo.

Ilustración 5. Modelo de Calidad en el Servicio de Grönroos y Gummesson



Fuente: Grönroos, C. (1994)

Los modelos de la escuela nórdica sirven de base para la creación de modelos de medición de la satisfacción del cliente, también existen los Modelos de Eiglier y Langeard, el Modelo de Tres Componentes de Rust y Oliver y el Modelo Jerárquico de la clasificación del servicio. Aunque no se presentan a detalle como los modelos anteriores, en la siguiente tabla se presentan el enfoque y las dimensiones de los diferentes modelos de la escuela nórdica.

Tabla 1. Modelos de Escuela Nórdica

Modelo	Enfoque	Dimensiones
Modelo de la percepción de la calidad del servicio	Busca definir la calidad total percibida por el cliente a partir de la diferencia entre las expectativas y la percepción	Calidad técnica Calidad funcional Imagen corporativa
Modelo de Calidad en el Servicio de Grönroos y Gummesson	Combinación del modelo 4Q y la calidad técnica y funcional para intentar definir la calidad percibida por los clientes	Calidad técnica Calidad funcional Calidad de diseño Calidad de producción Calidad de entrega Calidad de relaciones Imagen Expectativas/ Experiencias
Modelos de Eiglier y Langeard	Servucción: como el proceso de creación del servicio	Output Elementos de servucción Proceso en sí mismo
Modelo de Tres Componentes de Rúst. y Oliver	A partir de los tres componentes se define la calidad del servicio	Resultado del servicio Entrega del servicio Entorno del servicio
Modelo Jerárquico de la clasificación del servicio	Indica que la percepción global del servicio se forma mediante dimensiones y subdimensiones	Interacción Entorno Resultados

Fuente: Elaboración propia con base en Gelvez (2010).

A continuación, también se presenta una tabla que compara las diferentes dimensiones de la escuela nórdica, en la que se aprecia sus similitudes y diferencias (Tabla 2).

Tabla 2. Tabla comparativa de las dimensiones en los modelos de la escuela nórdica

Dimensiones	Modelo de la percepción de la calidad del servicio	Modelo de Calidad en el Servicio de Grönroos y Gummesson	Modelos de Eiglier y Langeard	Modelo de Tres Componentes de Rúst. y Oliver	Modelo Jerárquico de la clasificación del servicio
Calidad técnica	Lo que los clientes reciben de la interacción con la empresa	Lo que los clientes reciben de la interacción con la empresa, influenciado por la calidad de diseño, producción y entrega	Denominada Output (corresponde a la calidad del servicio)	Denominada Resultado del Servicio y es lo que los clientes reciben de la interacción con la empresa	Denominada Resultado del Servicio y es lo que los clientes reciben de la interacción con la empresa
Calidad funcional	Como el cliente recibe el servicio. Relacionado con los momentos de verdad	Cómo el cliente recibe el servicio. Influenciado por la calidad del diseño, producción, entrega y relaciones	Denominada Servucción y corresponde al soporte físico y personal de los clientes.	Denominada Entrega del Servicio, define como el cliente recibe el servicio.	Denominada Entrega del Servicio
Imagen corporativa	Percepción que los clientes tienen de la empresa	Percepción que los clientes tienen de la empresa	No está contemplada esta dimensión	No está contemplada esta dimensión	No está contemplada esta dimensión
Proceso	No está contemplada esta dimensión	No está contemplada esta dimensión	Conjunto de las interacciones necesarias para la fabricación del servicio	No está contemplada esta dimensión	No está contemplada esta dimensión
Entorno del servicio	No está contemplada esta dimensión	No está contemplada esta dimensión	No está contemplada esta dimensión	Se enfoca en la estructura de la organización (aspecto físico)	Relacionada con el ambiente, diseño y los factores sociales.

Fuente: Elaboración propia con base a Gelvez (2010).

2.2.2.2 Escuela Americana

La escuela americana está representada por Parasuraman, Zeithaml y Berry quienes realizaron investigaciones en el *Instate Center of Service Marketing* de la universidad de Arizona, quienes desarrollaron modelos que han tenido amplia aceptación y cuyos aportes han resultado significativos (González, Mera y Lacoba 2007).

a. Modelo SERVQUAL (Service Quality)

Este modelo de Parasuraman, Zeithaml y Berry surgió en el año 1985 debido a la escasa literatura sobre la calidad del servicio de los años 80 y de la necesidad de contar con herramientas para medirla. Es un método que implica el desarrollo de una comprensión de las necesidades percibidas de la calidad de servicio que buscan los clientes. Estas opiniones medidas de la calidad de servicio de la organización, se comparan contra otra organización reconocida como “excelente”.

El análisis de la brecha (gaps) resultante entonces se podrá utilizar como conductor de la mejoría de la calidad de servicio, y son factores que afectan a la posibilidad de ofrecer un servicio que sea percibido por los clientes como de alta calidad (Ilustración 5). Por tal motivo se han definido cinco brechas que se analizan con la utilización de este modelo:

“GAP 1: Discrepancia entre las expectativas de los usuarios y las percepciones de los directivos.

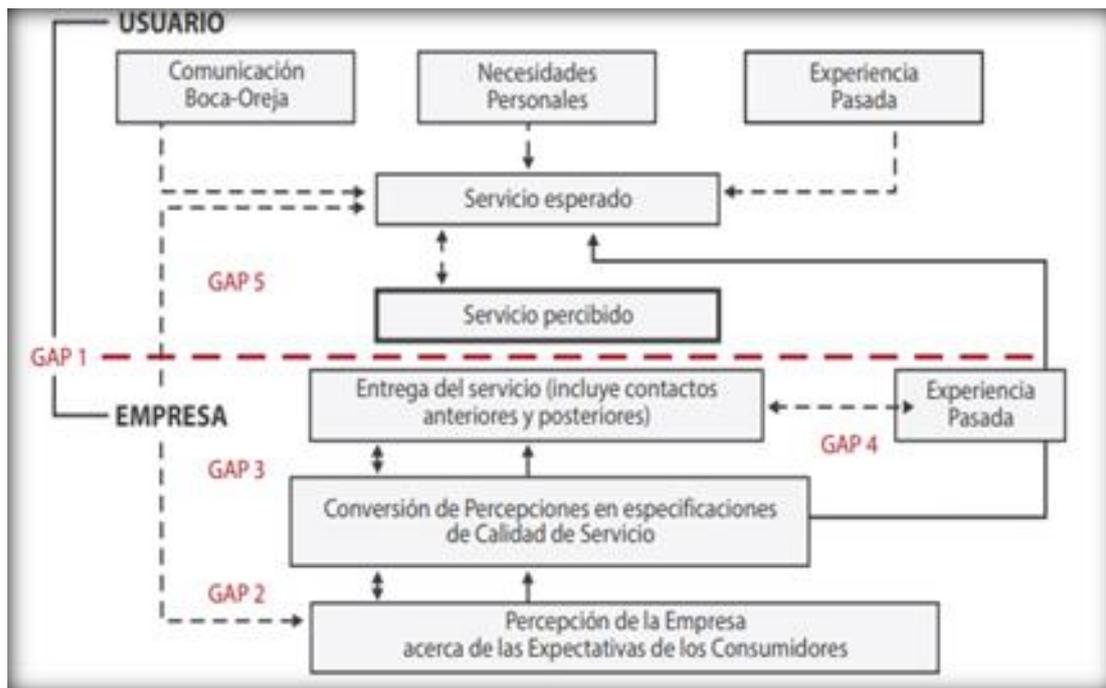
GAP 2: Discrepancia entre las percepciones de los directivos y las especificaciones o normas de calidad.

GAP 3: Discrepancia entre las especificaciones de la calidad en el servicio y la prestación del servicio.

GAP 4: Discrepancia entre la prestación del servicio y la comunicación externa.

GAP 5: Discrepancia entre las expectativas del cliente sobre la calidad en el servicio y las percepciones que tiene del servicio” (Torres Samuel y Vasquez Stanescu 2015).

Ilustración 6. Modelo Conceptual de la Calidad en el Servicio de Parasuraman, Zeithaml y Berry



Fuente: Parasuraman, A. Zeithaml, V. y Berry, L. (1985)

Las 5 brechas mencionadas permiten detectar los aspectos en los que está fallando la empresa, ya sea en la seguridad, capacidad de respuesta, fiabilidad y elementos tangibles, y permiten que la organización establezca acciones para eliminar estas brechas y aumentar la calidad en el servicio.

Instrumento SERVQUAL

Este instrumento toma en cuenta las opiniones de los clientes al definir la importancia relativa de las cualidades del servicio, lo que permite que una organización asigne prioridades al momento de mejorar las cualidades del servicio.

Consta de tres partes, y cada uno de los ítems es medido a través de la escala numérica de tipo Likert de siete categorías, donde la calificación 1 representa una expectativa o percepción muy baja y la calificación 7 representa una percepción o expectativa muy elevada para el servicio en cuestión.

Es así que el instrumento SERVQUAL, está constituido por tres partes que se detallan continuación:

- a) Evaluación de expectativas de calidad de servicios: Consiste en un cuestionario de 22 ítems respecto al servicio que el cliente espera que la organización brinde para ser considerado excelente, clasificadas en torno a las cinco dimensiones descritas.
- b) Evaluación del predominio de las dimensiones de calidad: Consiste en un cuestionario de cinco ítems en el cual los clientes expresan la importancia relativa que tiene para ellos cada una de las cinco dimensiones de servicio.
- c) Evaluación de la percepción de calidad de servicios: Consiste en un cuestionario en el que los clientes evalúan las percepciones específicas respecto al servicio brindado por la organización.

Posteriormente, se asocian los resultados obtenidos de la aplicación de la Escala SERVQUAL al *“Modelo de las Brechas sobre la Calidad en el Servicio”*, que permite identificar las diferencias que producen insatisfacción. A partir de este modelo se diseñan las tareas de la organización según lo necesario para disminuir la brecha entre las expectativas y las percepciones del cliente.

Aplicaciones del SERVQUAL

Este modelo es ampliamente utilizado dentro de industrias de servicios para entender las metas de servicio de los clientes de acuerdo con sus necesidades, además proporciona una medición de calidad del servicio de la organización.

Para el caso de los servicios de salud, se desarrolló una versión modificada llamada SERVQHOS, mismo que está organizado en cuatro partes:

- a. Descripción de los objetivos y la importancia de la información solicitada al usuario. Se establece los aspectos éticos, permiso y el consentimiento para su aplicación, como garantía de que la información será manejada de forma anónima y confidencial.
- b. Consta de 19 ítems que se evalúan mediante una escala de Likert, preguntando al usuario sobre aspectos tangibles e intangibles de la calidad de atención, la calificación va del 1 al 5, siendo 1 “mucho peor de lo que esperaba” y 5 “mucho mejor de lo que esperaba”.

- c. Encuesta adicional sobre la satisfacción general del usuario y aspectos relacionados con la misma.
- d. Datos socio demográfico de los usuarios, como sexo, edad, estado civil, nivel de estudios y ocupación.

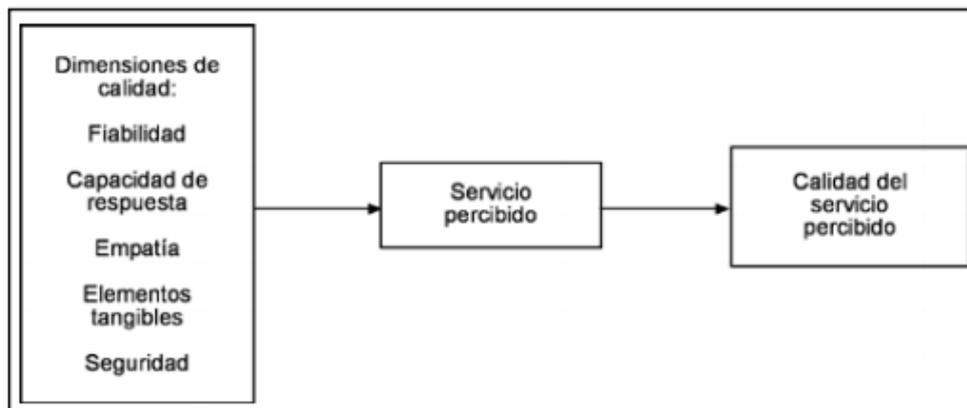
Adicional, existe un espacio en blanco en el cuestionario para que los usuarios puedan escribir sugerencias para mejorar la calidad de atención hospitalaria (Mira , y otros 1998).

Ha sido ampliamente utilizado para evaluar la calidad de atención en centros de salud y hospitales con resultados positivos en beneficio del paciente.

b. Modelo SERVPERF (Service Performance)

Fue elaborado en el año 1992 por Cronin y Taylor, su objetivo era superar las deficiencias que tenía el SERVQUAL. Este modelo indica que la medición de la calidad del servicio debe realizarse mediante la percepción del usuario en contraste al SERVQUAL que tiene en cuenta la percepción y expectativas para la medición (Ilustración 7).

Ilustración 7. Modelo SERVPERF



Fuente: Losada&Rodríguez (2007)

La escala SERVPERF se compone de los mismos ítems y dimensiones del SERVQUAL, con la diferencia de que elimina la parte que hace referencia a las expectativas de los clientes. Se fundamenta únicamente en las percepciones, eliminando las expectativas

del servicio general del sector bajo estudio, utiliza exclusivamente la percepción como una buena aproximación a la satisfacción del cliente, definida ésta como *“el nivel del estado de ánimo de una persona que resulta de comparar el rendimiento percibido de un producto o servicio con sus expectativas”* (Kotler 2006).

En ese sentido, el modelo SERVPERF emplea únicamente las 22 afirmaciones referentes a las percepciones sobre el desempeño percibido del modelo SERVQUAL.

Ventajas del SERVPERF

Las ventajas que tiene la aplicación de este instrumento de evaluación es que requiere menos tiempo para su administración, solo se pregunta una vez por cada ítem o característica que se haya establecido para el servicio.

Además, es más fácil de realizar el trabajo de interpretación y el análisis correspondiente de su aplicación.

Instrumento SERVPERF

Este modelo gira en torno a las cinco dimensiones de la calidad del servicio (responsabilidad, confiabilidad, seguridad, empatía y elementos tangibles), contiene 22 declaraciones que intentan recolectar y medir, con una escala de siete niveles en escala de Likert, la percepción del servicio brindado por la empresa desde la óptica del cliente.

Para cada uno de los servicios que desee evaluarse, es necesario modificar el cuestionario establecido. A continuación, se presenta un fragmento del cuestionario SERVPERF (Ilustración 8).

Ilustración 8. Fragmento del cuestionario SERVPERF

		Fuertemente en desacuerdo					Fuertemente de acuerdo	
1	Los equipos de la empresa tienen apariencia de ser modernos.	1	2	3	4	5	6	7
2	Las instalaciones físicas son visualmente atractivas.	1	2	3	4	5	6	7
3	Los empleados de la empresa tienen una apariencia pulcra.	1	2	3	4	5	6	7
4	Los materiales relacionados con el servicio que utiliza la empresa son visualmente atractivos.	1	2	3	4	5	6	7

Fuente: Aiteco Consultores Recuperado de: <https://www.aiteco.com/servperf-una-alternativa-al-servqual/>(2019)

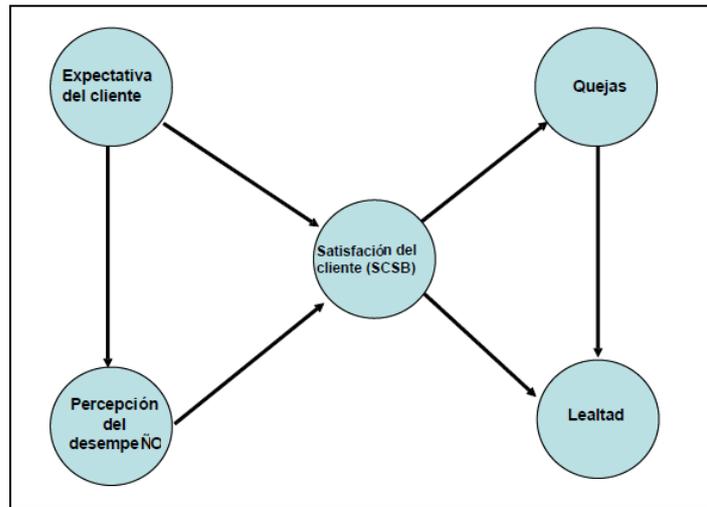
2.2.3 Índices nacionales de satisfacción

A partir del año 1989, aparecieron los índices nacionales de satisfacción del cliente. El primer índice fue desarrollado en Suecia y se conoce como Barómetro Sueco de la Satisfacción del Cliente (SCSB), en el año 1994 en Estados Unidos se crea el Índice Americano de Satisfacción del Cliente (ACSI) que se basó en el SCSB para su elaboración. En el año 1996, en Noruega se creó el Barómetro Noruego de Satisfacción del Cliente (NCSB) y en el año 1999 Europa desarrollo el Índice Europeo de Satisfacción del Cliente.

a. Barómetro Sueco de la Satisfacción del Cliente (SCSB)

Este índice desarrollado en 1989, constituye el primer índice creado sobre una base nacional, anualmente es usado para evaluar a más de 200 organizaciones (Ilustración 9). Este modelo se caracteriza porque en el centro se encuentra la variable de satisfacción, a su lado izquierdo se encuentran las variables de expectativas y percepción (variables causales) y a su lado derecho las variables de quejas y lealtad (variables de los efectos) (Lobato Calleros, y otros 2016).

Ilustración 9. Barómetro sueco



Fuente: Johnson et al (2001)

b. Índice Americano de Satisfacción del Cliente (ACSI)

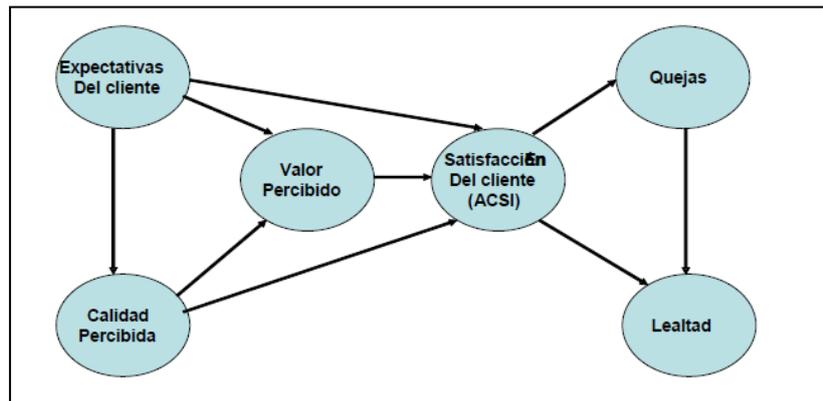
El modelo ACSI fue desarrollado en 1994 teniendo como referencia el SCSB. *“El modelo general del ACSI es más similar al Barómetro Sueco, una de sus diferencias es que incluye la variable intermedia entre las actividades del proceso y la satisfacción, la variable de valor percibido”* (Lobato Calleros, y otros 2016).

A continuación, se define cada uno de los componentes del modelo (variables):
Expectativas del cliente: Son una medida anticipada de la calidad que el cliente espera recibir por los productos y servicios que la organización ofrece (Ilustración 10).

- Calidad percibida: toma como entrada las expectativas del cliente, se considera asociada principalmente a 2 factores: la personalización y la fiabilidad. Las preguntas buscan determinar en qué medida el producto se adapta al cliente, y con qué frecuencia cree que el producto o servicio va a fallar.
- Valor percibido: Expresa la relación entre la calidad obtenida y el precio pagado.

- Reclamaciones del cliente: Consideradas como la expresión más palpable de la insatisfacción. Cuanto más satisfecho está un cliente, menos ganas tiene de expresar una queja.
- Lealtad: Es el componente crítico del modelo debido a que sobre este se sustenta la rentabilidad del negocio.

Ilustración 10. Índice Americano de Satisfacción del Cliente (ACSI)



Fuente: ACSI Technical Staff (2005)

Este índice utiliza dos métodos interrelacionados para medir la satisfacción: entrevistas y elaboración de modelos econométricos. Durante cada trimestre se recogen los datos para los sectores e industrias para crear una puntuación ACSI nacional, que representa la satisfacción del “consumidor estadounidense promedio” (Fornell y Everitt 2005).

c. Barómetro Noruego de Satisfacción del Cliente (NCSB)

Este índice fue creado entre 1994 y 1995 y era casi idéntico al índice norteamericano, solo que introducía dos variables, la primera es la Imagen como un constructo de la satisfacción y la lealtad, la segunda es la del compromiso con la relación, como una variable mediadora entre la satisfacción y la lealtad. Este constructo está formado a su vez por dos componentes: el compromiso calculado, como por ejemplo la variación de precios y el afectivo como por ejemplo los elementos emocionales que hacen que el cliente desarrolle un compromiso con la organización (Johnson , y otros 2001).

Este modelo pasó por dos etapas de diseño, la primera es considerada como un planteamiento teórico desarrollado en 1998, y resultó muy similar al ACSI, sin embargo

incluía las variables de imagen corporativa y la lealtad, luego de las revisiones de los modelos existentes se creó un nuevo modelo NCSB (Ilustración 11), ajustando el precio, imagen corporativa como una consecuencia de la satisfacción, incorporando los efectos potenciales de precio en la lealtad e incluye el manejo de quejas como un constructo de satisfacción y lealtad (Johnson , y otros 2001).

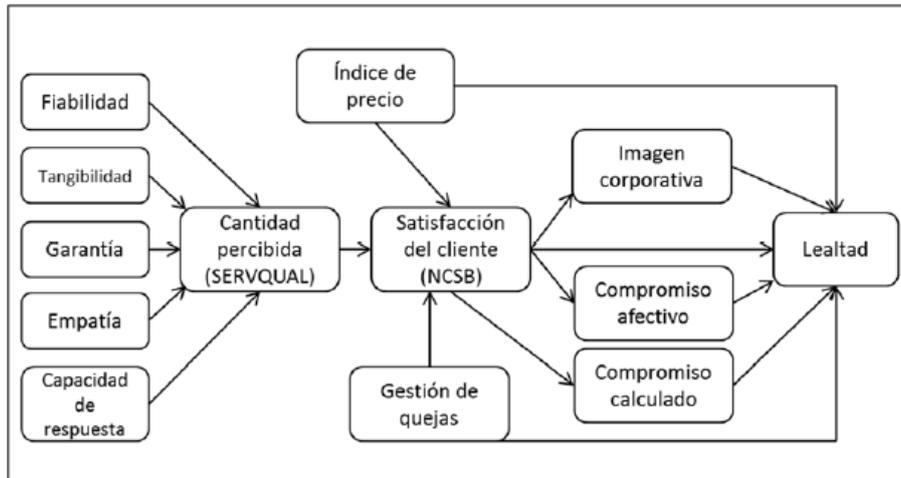


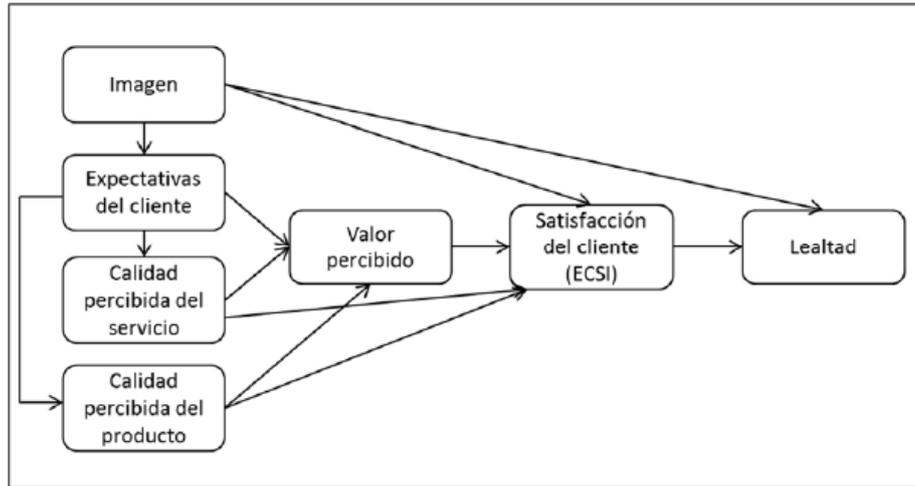
Ilustración 11. Barómetro Noruego

Fuente: Ospina & Gil 2011: 47: con base en Johnson et al., 2001.

d. Índice Europeo de Satisfacción del Cliente (ECSI)

Este índice fue diseñado en el año 1999 para ser aplicado en la Unión Europea, a diferencia del ACSI este modelo entiende a la calidad como una composición de la calidad del producto y la calidad del servicio. También se aprecia que las quejas y reclamaciones del cliente no se incluyen como efecto de la satisfacción y al igual que la primera versión del barómetro noruego, se incluye el constructo de imagen corporativa como causa de la satisfacción y la lealtad (Ilustración 12).

Ilustración 12. Índice Europeo de Satisfacción del cliente



Fuente: Ospina & Gil (2011)

Con el fin de evaluar las variables de cada uno de los índices presentados, a continuación, se presenta un cuadro comparativo de los factores en común de los modelos presentados (Tabla 3).

Tabla 3. Cuadro comparativo de los factores en común de los índices de satisfacción

Factores en común	SCSB	ACSI	NCSB	ECSI
Expectativas	Mide las expectativas generales del producto	Mide las expectativas generales del producto	Mide las expectativas generales del producto	Se cambia el término por Imagen Corporativa
Calidad percibida	Mide la calidad general percibida y las características del producto	Mide la calidad general percibida y las características del producto	Mide la percepción del producto como tal y la percepción de los servicios asociados	
Imagen corporativa	No incluye	No incluye	Se mide de forma general: las mejores prácticas de negocios, ética y responsabilidad social	Se mide según la comparación con los competidores y la imagen que tienen los amigos sobre la empresa
Lealtad de los clientes	Con base al comportamiento en el proceso de recompra, y la tolerancia a los precios	Con base al comportamiento en el proceso de recompra, y la tolerancia a los precios	Con base al comportamiento en el proceso de recompra, y la tolerancia a los precios	Con base al comportamiento en el proceso de recompra, y la tolerancia a los precios

Fuente: Elaboración propia, con base en Gelvez (2010)

e. Índice Mexicano de Satisfacción del Usuario (IMSU)

La Red de Calidad del Gobierno Federal en México en conjunto con la Oficina de Innovación y la *United States Agency for International Development* (USAID) lanzaron en el año 2005 una convocatoria a todas las instituciones educativas a nivel nacional para la adaptación de la metodología del ACSI a las necesidades del país. La Universidad Iberoamericana Ciudad de México (UIA), bajo la coordinación de la Dra. Odette Lobato ganó este concurso, estableciendo las condiciones necesarias para iniciar la evaluación de servicios gubernamentales con base en el IMSU.

Para lograr los resultados deseados en la evaluación del IMSU, se formó un equipo multidisciplinario conformado por investigadores de la UIA quienes desarrollaron las evaluaciones pertinentes por medio de estudios de caso y fueron sujetas a evaluación de un Consejo Técnico conformado por investigadores prestigiados sobre el tema de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), el Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE), el Instituto de Investigación en Matemáticas (CIMAT), la Universidad de Michigan (UM) y la Universidad Estatal de Michigan (UEM).

El equipo de investigadores del IMSU construyó su propia metodología para evaluar los programas y servicios gubernamentales en México, hasta el momento han realizado la evaluación de los siguientes programas gubernamentales:

- Programa de Microrregiones. Dirigido al desarrollo de la infraestructura social (agua, luz, drenaje) de las regiones de mayor marginación en nuestro país
- Programa de Abasto Rural (PAR) a cargo de la Distribuidora e Impulsora Comercial (DICONSA) que se encarga del abastecimiento productos y servicios para habitantes en condiciones de marginación alta, muy alta o de aislamiento.
- Abasto social de leche Liconsa, modalidad de abasto comunitario, leche en polvo.
- Programa de Estancias Infantiles modalidad de Madres
- Programa de Estancias Infantiles modalidad de Responsables
- Programa 70 y más

- Programa de Desarrollo de Zonas prioritarias modalidad Infraestructura Municipal
- Programa para el Desarrollo de Zonas Prioritarias modalidad Piso Firme.

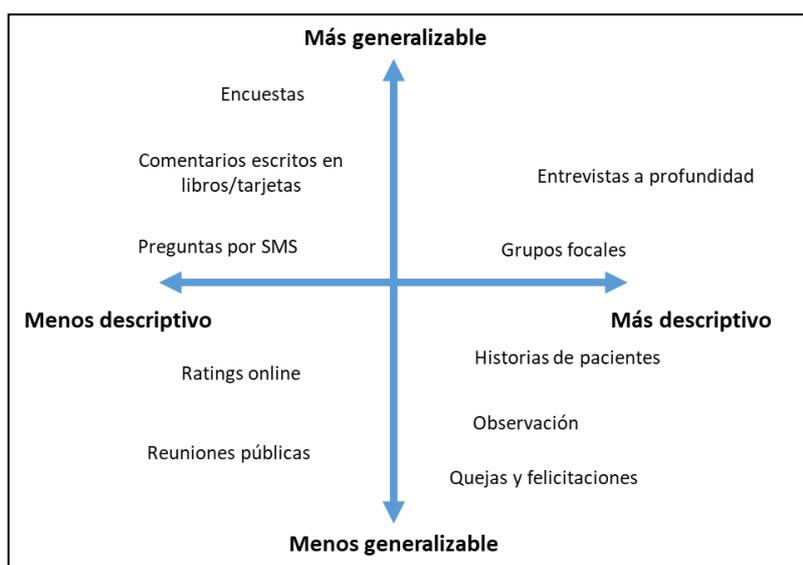
Los resultados sobre la instauración del IMSU en diversos programas gubernamentales han proporcionado resultados satisfactorios y confiables, cuyo objetivo principal es lograr la satisfacción de los usuarios (Lobato Calleros, y otros 2016).

2.2.4 Instrumentos para conocer la opinión del paciente

Existen diferentes modelos para medir la calidad del servicio; conocer la opinión del paciente puede ser un componente importante para mejorar los servicios. Actualmente existen muchos enfoques para medir la opinión del paciente acerca de su experiencia (Ilustración 13). A continuación, se describen algunos de los métodos que pueden ser utilizados, resaltando además sus pros y contras potenciales.

Los enfoques presentados se han clasificado acorde a la profundidad en la información que proporcionan y en la medida en que recopilan información que puede ser generalizable a una población más amplia. Es posible elegir entre un enfoque más generalizable o descriptivo, o también optar por una combinación de ambos.

Ilustración 13. Métodos utilizados para medir la experiencia del paciente



Fuente: Elaboración propia con base en The Health Fundation (2013)

Para nuestro estudio, se presentará una descripción de los métodos más utilizados, los que destacan: entrevistas, grupos focales/paneles, historias de pacientes, quejas y felicitaciones y encuestas. Cabe mencionar que en el caso de las encuestas se presentan dos herramientas que son ampliamente utilizadas, no se ha considerado presentar herramientas para los otros métodos debido a la subjetividad de los mismos, no es posible su estandarización.

2.2.4.1 Entrevistas Individuales

Las entrevistas se han utilizado con buenos resultados para recolectar información de los pacientes, como una iniciativa para mejorar la calidad y la seguridad del paciente, es una de las herramientas para la recolección de datos más utilizada en la investigación cualitativa, permite la obtención de datos o información del sujeto de estudio mediante la interacción oral con la persona que realiza la investigación (Vargas 2012).

En un estudio publicado por The Health Foundation del Reino Unido en el 2013 acerca de la Medición de la Experiencia del Paciente, se identificaron dieciocho estudios sobre entrevistas a profundidad para la medición de la experiencia del paciente, realizadas ya sea en persona o por teléfono, caracterizándose por ser de tipo cualitativo (The Health Foundation 2013).

Dentro de este mismo estudio, se realizaron entrevistas a pacientes de diferentes comunidades de Inglaterra sobre sus experiencias y percepciones. Por ejemplo, se realizaron entrevistas en hogares de ancianos para explorar la forma en que podrían reducirse los incidentes de seguridad cuando se realizaban traslados, características como la comunicación, capacidad de respuesta, formas de evitar riesgos fueron considerados importantes para ellos.

En Australia, se realizó una entrevista a cinco personas que habían sufrido accidentes cerebrovasculares y a las persona que los cuidaba, acerca de las experiencias de

cuidado después de un mes del alta de rehabilitación del ictus.¹ Como resultado, los pacientes y cuidadores destacaron aspectos ligeramente diferentes. Este ejemplo muestra como con un pequeño número de entrevistas se puede desarrollar una imagen general de experiencias de atención (Gustafsson y Bootle 2012).

Aspectos a considerar para realizar entrevistas individuales

Considerando que las entrevistas son una herramienta poderosa que nos permite la recolección de datos cualitativos, según Troncoso y Amaya (2017) es necesario considerar la estructura metodológica para el desarrollo de este tipo de investigación, es decir la introducción, el desarrollo y la realización de la entrevista.

Es necesario decidir previamente el tipo de preguntas que se realizarán, si son preguntas abiertas o cerradas, por ejemplo: ¿qué le parece la realización de actividad física en el programa nutricional? , entrevistas semiestructuradas, ¿qué ha visto ahora que no se haya hecho antes por algún otro programa?; o entrevistas estructuradas: a partir de lo acontecido en el programa, ¿siente que el ejercicio físico lo beneficia o es lo mismo de siempre?

Al finalizar la ronda de preguntas, es necesario finalizar con una pregunta de cierre que englobe el objetivo global de la investigación.

En una publicación del British Medical Journal (BMJ), de un estudio cualitativo de entrevista sobre cómo vivir con diabetes y las experiencias en el cuidado de la diabetes para establecer una base para una medida de resultado informada por el paciente para el Registro Nacional Sueco de Diabetes, se encontró que para los pacientes con diabetes era importante el apoyo de otras personas en la esfera personal y en los profesionales de atención de diabetes, además de recibir orientación, tratamiento médico y dispositivos técnicos adaptados a necesidades individuales. *“El análisis dio como resultado el tema general "Vivir una buena vida con diabetes" que constituye las dos categorías principales "Cómo me siento y cómo me van las cosas con mi diabetes" y*

¹El término ICTUS sustituye a todos aquellos términos para referirse a la brusca obstrucción de un vaso sanguíneo cerebral (trombosis, embolia), a su rotura (derrame) o a ambas (apoplejía).

"El apoyo de la atención de la diabetes para controlar la diabetes", incluidas cinco categorías diferentes" (Svedbo Engström, Leksell y Johansson 2016).

Ventajas potenciales y posibles limitaciones

Se presentan los pros y contras de la entrevista como método para medir la experiencia del cliente (Tabla 4).

Tabla 4. Ventajas potenciales y posibles limitaciones de las entrevistas individuales

<i>Ventajas potenciales</i>	<i>Posibles limitaciones</i>
Técnica eficaz para obtener datos relevantes y significativos	Limitaciones en la expresión oral por parte del entrevistador y entrevistado
Se pueden captar los gestos, los tonos de voz, los énfasis, etc., que aportan una importante información sobre el tema y las personas entrevistadas	Respuestas totalmente diferentes o parcialmente diferentes entre lo que en verdad se hace y lo registrado en la entrevista, debido a que muchas personas mienten, deforman o exageran.
Permite el intercambio con el entrevistado sobre los aspectos que aparecen como importantes y que pudieron no haberse considerado.	Los sujetos de investigación pueden sentirse inhibidos ante un entrevistador y la entrevista puede carecer de seguridad y fluidez una serie de preguntas.

Fuente: Elaboración propia, tomada de Díaz (1997).

En general, las entrevistas pueden ser útiles para proporcionar información en profundidad sobre las experiencias de los pacientes, pero pueden no ser el método más apropiado cuando se trata de identificar la información sobre seguridad del paciente o investigación sobre medidas específicas.

2.2.4.2 Grupos focales/ panel de discusión

"Un grupo focal consiste en una entrevista grupal dirigida por un moderador a través de una guía de temas o de entrevista, con el objetivo de lograr la interacción entre los participantes como método para generar información sobre sus opiniones y acciones" (Prieto Rodríguez y March Cerdá 2002).

La (The Health Foundation 2013), identificó 10 estudios sobre aspectos metodológicos de grupos focales o paneles que se utilizan para evaluar la experiencia del cliente.

Por ejemplo, en Estados Unidos, se realizan grupos de enfoque en clínicas u hospitales a personas que no pueden responder fácilmente a encuestas o entrevistas, se encontró que los pacientes estaban más dispuestos a participar y que era más fácil obtener información de temas y áreas potenciales de mejora.

Aspectos a considerar para realizar grupos focales/ panel de discusión

Se trata de una técnica que privilegia la opinión de los participantes, captando la forma en que han experimentado un servicio recibido. Estos grupos focales se llevan a cabo dentro de una temática específica, preguntas de investigación planteadas, objetivos claros, justificación y lineamientos.

Al igual que en las entrevistas es necesario realizar una planificación para la realización de los mismos. *“En la planeación hay que considerar también las características del lugar de encuentro; de fácil acceso, de preferencia un espacio conocido y no amenazante, que haya una sala con una mesa grande y sillas, idealmente debería contar con una cámara de Gesell², donde se ubiquen los observadores. Es necesario tener una grabadora de audio y/o video para registrar el intercambio comunicativo del grupo focal, tratando de minimizar el ruido y los elementos distractores para propiciar la concentración del grupo”* (Hamui-Sutton y Varela- Ruiz 2012).

En los grupos focales el moderador es una de las figuras centrales, debe dirigir el diálogo mediante una guía de entrevista previamente elaborada, debe explicar cómo se realizará el grupo focal, dando la palabra a los participantes para su intervención y estimular la participación equitativa. Hamui-Sutton y Varela (2012) indican que los siguientes son elementos de un buen moderador en los grupos focales:

- Conocer la población de estudio. Datos demográficos.
- Recuperar la cualidad de lo expresado en lenguaje común por parte de los entrevistados.

² La Cámara Gesell es un aula acondicionada que cuenta con dos espacios independientes separados por un vidrio de visión unilateral que permite la observación de situaciones clínicas evitando que alteraciones por la presencia de un tercero.

- Mantenerse abierto a cualquier novedad que surge en el proceso y en caso de generar dudas, explicarlas.
- Mantener la conversación focalizada.
- Detectar los aspectos ambiguos y no bien determinados de los participantes.
- Mostrar sensibilidad con respecto a temas que puedan afectar a los participantes.
- Cuidar las relaciones interpersonales durante el tiempo de estudio.
- Lograr que sea una experiencia positiva para los participantes, al descubrir diferentes opiniones y perspectivas de otros entrevistados.

Ventajas potenciales y posibles limitaciones

Se presentan los pros y contras de los grupos focales/panel de discusión como método para medir la experiencia del cliente (Tabla 5).

Tabla 5. Ventajas potenciales y posibles limitaciones de los grupos focales/panel de discusión

<i>Ventajas potenciales</i>	<i>Posibles limitaciones</i>
Ayudan a recopilar información en profundidad	Tiempo empleado para los pacientes, cuidadores y para los equipos de investigación al conducir estudios de este tipo y analizar sus resultados
Ayuda a que las personas se sientan más comprometidas con las actividades de mejora, proporcionando una experiencia más personalizada de retroalimentación	La información recopilada es de carácter cualitativo, no sería recomendable realizar este tipo de estudio si se necesitan datos numéricos
Los comentarios de las personas involucradas en el grupo de enfoque ayuda a generar ideas de mejora	Puede resultar costoso para los investigadores

Fuente: Elaboración propia, con base en The Health Fundation (2013)

2.2.4.3 Historias de pacientes

Otro enfoque es recopilar historias de pacientes, es decir historias narrativas o grabadas en video de la experiencia que tuvieron los pacientes al recibir un servicio médico. Por ejemplo, en Estados Unidos *el Institute for Healthcare Improvement Boards on Board Programme*, propone a los pacientes que escribieron sus historias,

acudan a una reunión de junta con los proveedores del servicio médico para promover el cambio y la mejora continua del servicio (Gidman 2013).

Otra tendencia es la de invitar a los pacientes para proporcionar sus historias o revisiones de los servicios en línea, actualmente con las redes sociales como Twitter, Facebook, Blogs, Foros en línea, sitios web animan a los pacientes a compartir sus puntos de vista. Un ejemplo es el sitio web *"Patients like me"*, se puede encontrar información sobre las historias de pacientes según su condición médica, tratamientos a los que han sido sometidos y síntomas que han experimentado como resultado de los mismos.

En el caso específico de la Diabetes Tipo II, se encontró que existen 36,002 miembros activos, donde aparecen historias de vida de los pacientes y gracias a esto existen estadísticas sobre edad, sexo, edad a la que tuvo síntomas de diabetes, síntomas, comparación entre tratamientos y cantidad de personas que han sido diagnosticadas con diabetes y cuales no se encuentran todavía con un diagnóstico. Además, se tiene un foro para todos los miembros, y dependiendo del país o ciudad en el que viven, han tomado la iniciativa de crear grupos o chats privados para compartir sus experiencias, además de convertirse también en un grupo de apoyo. Por ejemplo, se preguntó a los pacientes sobre el estrés y cómo lo manejaban, se encontró 29,618 publicaciones acerca del estrés, en el que 92% respondió que escuchar música era una manera muy efectiva de reducir el estrés (Patients like me 2019).

En el Reino Unido, se han creado plataformas dedicadas a recopilar la experiencia de los pacientes. *"Care Opinion"*, una organización sin fines de lucro que se dedica a compartir experiencias de salud o servicios de atención de una forma segura y sencilla. Actualmente más de quinientas organizaciones utilizan esta plataforma para escuchar a los pacientes, usuarios del servicio y los cuidadores (Care Opinion 2019).

"Patient Opinion" es otra organización que se fundó en el año 2005 y se ha convertido en la principal plataforma independiente de retroalimentación para servicios de salud sin fines de lucro del Reino Unido. En el año 2012, se estableció en Australia, y de igual

manera se recopila la información del paciente como conversaciones honestas y significativas de pacientes y servicios de salud, con el objetivo de que estas historias contribuyan a mejorar los servicios de salud (Patient Opinion 2019).

Ventajas potenciales y posibles limitaciones

Se presentan los pros y contras de las historias de los pacientes como método para medir la experiencia del cliente (Tabla 6).

Tabla 6. Ventajas potenciales y posibles limitaciones utilizando Historias de Pacientes

<i>Ventajas potenciales</i>	<i>Posibles limitaciones</i>
Proporciona información a profundidad	No incluyen información demográfica u otra información contextual importante
Uso de herramientas tecnológicas para recopilar historias y evaluaciones de los servicios	No todas las personas se toman el tiempo de redactar su historia e incluir detalles que permitan a las organizaciones tomar decisiones con la información brindada
Es posible extraer los aspectos de mayor relevancia para los pacientes, al proporcionar un entorno en que las personas puedan hablar de sus experiencias de forma no estructurada	Centrada en las opiniones individuales, podría limitarse el estudio para organizaciones que busquen generalizar puntos de aprendizaje

Fuente: Elaboración propia, con base en The Health Fundation, 2013

2.2.4.4 Quejas y Felicitaciones

El análisis de las quejas y felicitaciones también es usado como mecanismo de evaluación por parte de los sistemas de salud, para medir la experiencia de pacientes y usuarios de dichos sistemas.

En un hospital en Taiwán se puso a prueba el valor de usar quejas para medir la experiencia del paciente y se encontró que durante el periodo de estudio las quejas correspondieron al nivel de atención, comunicación y cortesía de los médicos. La mayoría de las quejas se resolvieron en tres días, el hospital explicó las circunstancias a los demandantes, investigó los acontecimientos y logró resolver los problemas presentados (Hsieh SY 2011).

Es más común encontrar quejas en un sistema hospitalario, sin embargo, también se puede recopilar información de la experiencia del paciente, analizando las felicitaciones que los usuarios otorgan. En Inglaterra, se utilizó como práctica provocar elogios sobre los cuidados de enfermería, lo que permitió recopilar la información necesaria sobre la experiencia y además cambió la actitud del personal para recibir retroalimentación sobre los servicios recibidos porque la mayoría de los comentarios se encontraron en términos positivos (Ashton 2011).

Ventajas potenciales y posibles limitaciones

Se presentan los pros y contras de las quejas y felicitaciones como método para medir la experiencia del cliente (Tabla 7).

Tabla 7. Ventajas potenciales y posibles limitaciones utilizando Quejas/ Felicitaciones

<i>Ventajas potenciales</i>	<i>Posibles limitaciones</i>
Proporcionan información específica acerca de un aspecto en concreto que requiere atención	Información sesgada hacia aspectos más negativos o más positivos
Pueden proporcionar información a profundidad	No se puede contar con una cantidad suficiente de quejas o felicitaciones que permitan un análisis confiable, no todas las personas presentan quejas o felicitaciones
	Enfocarse en cuestiones individuales, puede impedir centrarse en una atención integral

Fuente: Elaboración propia, con base en The Health Fundation (2013)

2.2.4.5 Encuestas

Otra forma de medir la experiencia del paciente, es a través de la realización de encuestas, esta herramienta ha sido aplicada en múltiples estudios, convirtiéndose en la forma más común para evaluar la opinión, expectativas, experiencia y satisfacción de los pacientes.

Existen diferentes formas de aplicar las encuestas, por ejemplo, encuestas vía telefónica, en línea, por correo o utilizando sitios web que nos permiten obtener información a partir de una muestra más significativa y masiva.

También existen encuestas para evaluar diferentes tipos de atención recibida, encuestas para evaluar los servicios en el primer nivel de atención, encuestas para servicios de hospitalización, y otros servicios como por ejemplo una farmacia comunitaria.

Ventajas potenciales y posibles limitaciones de las encuestas

Se mencionan algunos de los pros y contras de las encuestas como herramienta para medir la experiencia del cliente (Tabla 8).

Tabla 8. Ventajas potenciales y posibles limitaciones utilizando Encuestas

<i>Ventajas potenciales</i>	<i>Posibles limitaciones</i>
Anonimato, en algunos casos los pacientes prefieren no dar a conocer su identidad personal	No se analiza información a profundidad
Análisis relativamente rápido en el caso de encuestas con preguntas de tipo cerrado	Excluyen a personas que no tiene alfabetización
Permita abarcar a un mayor número de personas	La mayoría de herramientas validadas se centran en la atención del paciente, sin embargo no hay estudios realizados a los cuidadores de los pacientes

Fuente: Elaboración propia, con base en *The Health Foundation* (2013).

2.2.4.6 Patient Journey Map o Mapa de la Experiencia del Paciente

El concepto de Experiencia del Paciente, conocido como *Patient Experience* en inglés, es un concepto revolucionario que se está utilizando ampliamente en la actualidad con el objetivo de evaluar las interacciones que el paciente tiene con el sistema de atención médica, esto incluye la atención por parte de médicos, enfermeras y el personal de los hospitales, los planes de salud al que los pacientes tienen acceso, la infraestructura de los consultorios médicos, salas de espera etc.

Para la *Association for Patient Experience* (2019) la experiencia del paciente se define como: *“Proporcionar la mejor atención clínica y el mejor servicio posible para los pacientes, y es nuestra responsabilidad colectiva. Se deben incluir la seguridad y la comodidad física, así como las necesidades educativas, emocionales y espirituales del*

paciente. Esto incluye todo, desde asegurarse de que las preguntas sean respondidas, hasta reducir los tiempos de espera, hasta llevarlo a casa de manera segura.”

La experiencia del paciente forma parte del eje de “*Experience of Care*” uno de los tres que propone el marco de la Triple Meta desarrollada por el *Institute for Healthcare Improvement* intenta alcanzar tres objetivos “*better Health, better Care, lower Cost*” de manera simultánea mediante la atención integral (Berwick, Nolan y Whittington 2008).

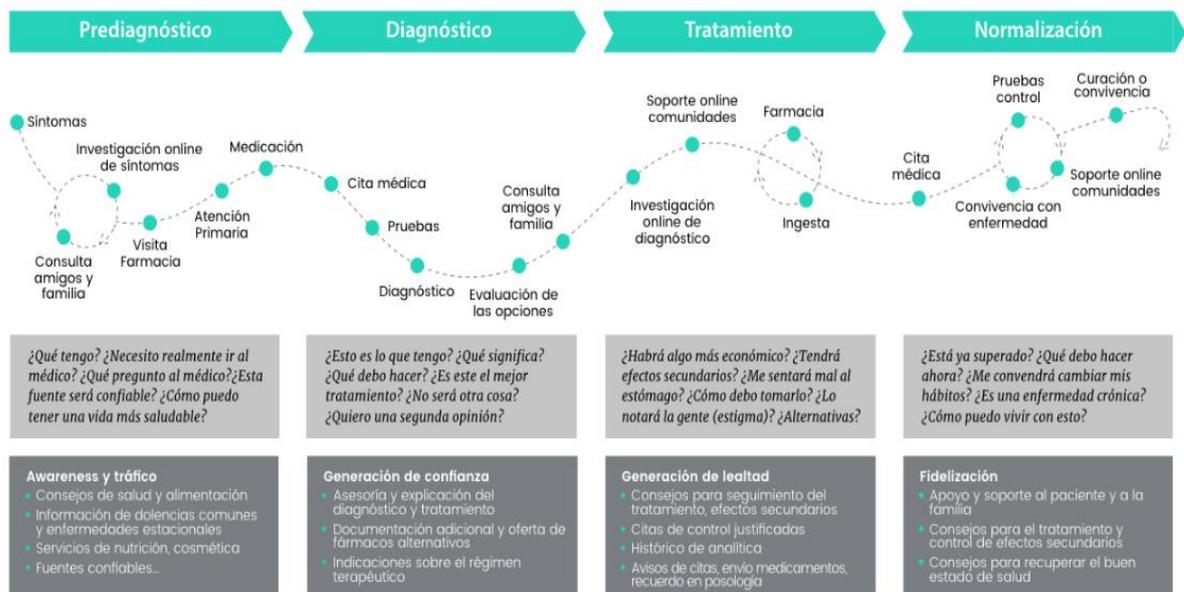
Así mismo Corral (2017) en su artículo publicado menciona los pasos a seguir para realizar un Patient Journey Map:

1. **Identificar al usuario:** Es importante hacer un retrato estandarizado del usuario para saber de quién estamos hablando.
2. **Comprender las fases de la interacción:** Comprender las fases en las que el usuario tiene interacción con nuestros servicios, esto requiere un paso más allá de los procesos que tiene la organización y se centra en lo que el usuario percibe como interacciones.
3. **Identificar sus motivaciones y dudas:** Identificar las motivaciones que el cliente tiene, lo que le genera dudas, incertidumbres, preocupaciones para poder incluirlo dentro de las fases.
4. **Mapear los puntos de contacto (Touchpoints):** Consiste en evaluar los puntos en los que interactuamos con el usuario en cada fase, estos tienen sus características propias:
 - Medio por el que se produce: personal, correo, teléfono, sitio web, etc.
 - Emoción que sufre el paciente: positiva, negativa, neutra.
5. **Evaluar los puntos clave y sus métricas:** Durante algunos de esos puntos de contacto se producen momentos clave que son críticos conocerlos y además son determinantes para que el usuario pase a la siguiente fase.
6. **Añadir nuestros momentos internos:** Los procesos internos que tiene una organización, pueden añadirse en cada punto de interacción para contribuir a detectar ineficiencias o áreas de mejora.

7. **Identificar oportunidades:** Es necesario conocer a profundidad cómo se siente el paciente en cada uno de los puntos de contacto identificados, en especial en los que generan una emoción negativa o neutra.

En la ilustración 14, se muestra un modelo de un Patient Journey Map de una empresa farmacéutica con todas sus fases y Touchpoints.

Ilustración 14 Patient Journey Map



Fuente: Andreu Prados (2017)

Resulta importante mencionar que la realización de un Diseño de Experiencias no es un diseño aislado, resulta de la comprensión integral de las necesidades de los pacientes y podemos utilizar las metodologías que vimos con anterioridad (entrevistas, grupos focales, historias de pacientes, quejas/ felicitaciones y encuestas) para poder conocer a nuestro segmento de pacientes.

Este mapa es la presentación de la realidad actual del servicio que se ofrece a los pacientes, se ve necesario crear un equipo multidisciplinario para analizar las fases y las experiencias neutras y negativas encontradas.

“Dada la complejidad de los servicios, las experiencias humanas expresadas en ellos y el amplio espectro en que ocurren los eventos, es necesario convocar a distintas áreas

del conocimiento para darle una solución integral y holística a los desafíos de los servicios. Diseñar los procesos, los sistemas, las interfaces digitales y las piezas gráficas, audiovisuales o textiles, así como los espacios u otros objetos, demanda la integración activa de diversas áreas del saber y la conjugación de diferentes experticias a lo largo del proceso creativo. A su vez, desde su aproximación metodológica, el Diseño de Servicios transita desde el profundo entendimiento de las personas hasta el dominio de los procesos” (Figuerola, y otros 2017).

2.3 Resumen

En el presente capítulo se presentan diferentes modelos para evaluación de la calidad de servicio, agrupada en modelos, índice y otros modelos de medición que han surgido con el paso del tiempo. Se realiza una comparación entre las variables que miden estos modelos y que pueden ser aplicados en cualquier tipo de servicio.

Importante mencionar que todos estos modelos buscan evaluar la experiencia del usuario y en el siguiente capítulo nos centraremos en una metodología que nos ayuda a comprender la experiencia del usuario, y ya en específico de los pacientes, conocido como *Patient Experience*.

CAPÍTULO III

Instrumentos para evaluar la calidad de atención en los sistemas de salud

3.1 Evaluación de consumidores de sistemas y proveedores de atención médica en hospitales (CAHPS, por sus siglas en inglés)

La Agencia Investigadora del Cuidado de Salud y la Calidad (AHRQ) es una organización gubernamental de los Estados Unidos que desde el año de 1995 se encarga de evaluar la calidad del servicio a través de encuestas, conocidas como CAHPS, cuyo objetivo es avanzar en la comprensión de la experiencia del paciente con los servicios de salud.

Actualmente no existen encuestas específicas orientadas a pacientes con diabetes, sin embargo, para realizar un análisis se escogió las encuestas que evalúan la calidad y experiencia de pacientes adultos con los proveedores de atención médica y el personal de los consultorios médicos (*CAHPS Clinician & Group Survey*).

Las encuestas CAHPS tienen las siguientes características generales:

- Consisten en un conjunto básico de preguntas que se administran de forma estandarizada.
- Son adecuadas para comparaciones entre poblaciones heterogéneas y pueden ser autos administrados.
- Evalúa las experiencias de los pacientes con los proveedores de atención médica durante los últimos 6 meses y sus preguntas se centran en aspectos de la atención en los que se considera al paciente como única fuente de información ya que es el único que puede responder si el médico se comunicó con él de forma adecuada, si comprendió sus indicaciones o si fue tratado con respeto.
- Los cuestionarios también pueden ser personalizables, es decir se pueden agregar preguntas abiertas que se considere necesarias para medir de una mejor forma la experiencia de los pacientes (AHRQ, Agency for Healthcare Research and Quality 2019).

En el anexo 1 se presenta el formato de la encuesta, y a continuación (Tabla 9) se muestran las variables que esta encuesta evalúa.

Tabla 9. Variables que evalúa la encuesta CAHPS

Profesional Médico
Tiempo utilizado para la consulta médica
Cantidad de visitas al médico durante últimos 6 meses
Cantidad de citas de urgencia durante los últimos 6 meses
Frecuencia con la que recibió las citas tan pronto las necesitaba
Contacto con el médico para hacer una pregunta médica durante horas normales
Explicaciones fáciles de entender
Conocimiento de antecedentes médicos
Respeto por el paciente
Comunicación de resultados de exámenes médicos
Calificación general del profesional médico
Oficinistas y recepcionistas
Ayuda necesaria para los pacientes
Respeto y cortesía
Sobre el paciente
Calificación de la salud en general
Calificación de la salud mental y emocional
Edad
Género
Escolaridad
Raza
Ayuda para contestar el cuestionario

Fuente: Elaboración propia, tomado de AHRQ (2019)

Aspectos clave para administración de la encuesta:

CAHPS ha definido los siguientes aspectos clave para la administración de la encuesta, detallados de la siguiente manera (Tabla 10):

Tabla 10. Aspectos clave para administrar la encuesta CAHPS

Administración	La encuesta debe ser administrada por un proveedor de tercera parte autorizado por CAHPS.
Muestreo	Edad (adulto: mayor de 18 años; niño menor de 17 años) que haya realizado una visita con un proveedor individual, consultorio o grupo médico.
Método de recolección de datos	Correo, teléfono, correo electrónico (con correo o teléfono) o protocolos de modo mixto
Tamaño de la muestra	Depende, de si el muestreo se realiza a nivel individual, proveedor, consultorio o grupo médico. En general, para que sea estadísticamente válido la muestra debe ser lo suficientemente grande como para rendir 50 cuestionarios por proveedor o 300 cuestionarios completos por médico grupo.
Tasa de respuesta objetivo	40 por ciento.

Fuente: Elaboración propia, con base en AHRQ (2019).

Para validar la confiabilidad y validez de la encuesta, la revista Medical Care en el año 2012 publicó un artículo en el que, a través del análisis factorial de datos de 21,318 pacientes que recibieron atención en 450 sitios de práctica clínica recopilados desde marzo de 2010 hasta diciembre de 2010, se estimó la confiabilidad de la consistencia de los datos. Además, se examinaron las correlaciones entre los compuestos de varios elementos y las correlaciones entre dos compuestos y los elementos de la calificación global.

Como resultado de esta investigación, los análisis brindan soporte para el hipotético modelo de 3 factores que evalúa el acceso a la atención, la comunicación con el médico y el personal cortés / servicial. Además, la fiabilidad de la consistencia interna fue ≥ 0.77 y la confiabilidad a nivel del sitio para los sitios con > 4 clínicos fue ≥ 0.75 , y es por tal motivo que esta encuesta tiene propiedades psicométricas aceptables a nivel individual y a nivel de sitio de práctica. Los análisis sugieren que los ítems de la encuesta están midiendo sus conceptos previstos y producen información confiable (Dyer, y otros 2012).

Los resultados de la encuesta se utilizan para:

- Mejorar la atención brindada por proveedores individuales, sitios de atención, grupos médicos o redes de proveedores.
- Proporcionar a los usuarios información que puedan usar para elegir médicos y otros proveedores de atención médica, consultorios médicos o grupos médicos.
- En el año 2017, la encuesta Clinical and Group Survey Database encontró que 366,994 pacientes contestaron esta encuesta de 3,443 hospitales en Estados Unidos. Encontrando que un 80% de pacientes ponderó a sus médicos con una calificación entre 9 y 10 en una escala de 0 a 10. El 85% reportó que la comunicación con el médico había sido efectiva y el 79% estaba satisfecho por los servicios brindados por el recepcionista (CAPHS 2017).

Los resultados recopilados de estas encuestas son publicados anualmente como informes nacionales de calidad y disparidades en el cuidado de la salud, indicadores de calidad AHQR y medidas de desempeño clínico ambulatorio.

En los informes se encuentra información y acciones relacionadas con el acceso a la atención, la efectividad de los tratamientos, vida saludable, seguridad del paciente y atención centrada en la persona. Incluye también, en forma de cuadro, los últimos hallazgos disponibles sobre la calidad y el acceso a la atención médica, así como las disparidades relacionadas con la raza y el origen étnico, los ingresos y otros determinantes sociales de la salud.

3.2 Instrumento de evaluación de la Experiencia del Paciente Crónico (Escala IEXPAC)

Esta encuesta desarrollada en España cobra importancia debido a que permite medir la experiencia de personas con enfermedades crónicas y expone la relación que tienen con los profesionales y servicios de salud y sociales.

Es una escala de 11+4 elementos que, de forma sencilla, directa y rápida, da respuesta a la necesidad de las organizaciones de salud de incorporar la experiencia y la vivencia de los pacientes para transformar el modelo de atención y obtener mejores resultados (para los pacientes y para la organización).

Se encuentra estructurada en 11 preguntas más 4 preguntas condicionadas a que haya ocurrido una circunstancia específica (atención hospitalaria, en urgencias, domiciliaria o por servicios sociales).

En el anexo 2, se presentan las preguntas que conforman esta encuesta.

Esta encuesta tiene las siguientes características generales:

- Población objetivo: Enfocada a mayores de edad con diagnóstico de, al menos, una enfermedad crónica y que en algún momento de los últimos 6 meses han recibido atención sanitaria.
- Auto administrado mediante un cuestionario impreso, cuestionario on-line en la web de IEXPAC, o con apoyo de entrevistador presencial o telefónico.
- El tiempo de aplicación comprende entre 10 y 15 minutos.
- Todas las preguntas hacen referencia a los últimos 6 meses.
- Interacción con todos los profesionales a los que el paciente acude habitualmente.
- Puede aplicar en diferentes organizaciones de salud y en distintos ámbitos de atención: atención primaria, hospital, organizaciones integradas, servicios sociales, etc.
- Está estructurada en 5 opciones: nunca, casi nunca, a veces, casi siempre y siempre (IEMAC 2019).

Esta encuesta evalúa las siguientes variables (Tabla 11):

Tabla 11. Variables que evalúa IEXPAC

Personal médico
Escucha activa
Coordinación entre profesionales médicos
Información sobre la enfermedad
Revisión del plan de tratamiento adecuado
Metas de tratamiento
Compromiso de los médicos con el paciente
Revisión de la medicación enviada al paciente
Servicio ofrecido
Uso de tecnologías de la información para el tratamiento
Información sobre recursos de salud y sociales que ayudan al paciente
Comunicación con otros pacientes
Coordinación entre sí de los servicios sociales y sanitarios para brindar una mejor atención
Sobre el paciente
Edad
Género
Cantidad de medicamentos que toma
Autocuidado

Fuente: Elaboración propia, tomado de IEXPAC (2015)

Es importante mencionar que es posible realizar este cuestionario de forma individual y puede ser aplicado en papel, en la web, y por vía telefónica mediante un administrador.

Para contestar estas preguntas se tiene la siguiente escala: Nunca, Casi Nunca, A veces, Casi Siempre y Siempre.

Aspectos clave para administración de la encuesta:

Tabla 12. Aspectos clave para administrar la encuesta IEXPAC

Administración	La encuesta es de uso libre y puede ser administrada por cualquier organización de salud, universidad, instituto de investigación y otras instituciones públicas o sin ánimo de lucro.
Muestreo	Mayores de edad con diagnóstico de, al menos, una enfermedad crónica y que en algún momento de los últimos 6 meses han recibido atención sanitaria y, en su caso, social. La escala IEXPAC puede aplicarse en diferentes poblaciones de estudio, pacientes crónicos con cualquier patología y pluripatológicos.
Método de recolección de datos	Auto administrado mediante cuestionario impreso, cuestionario on-line en la web de IEXPAC, o con apoyo de entrevistador presencial o telefónico.
Tamaño de la muestra	Depende, por ejemplo, para una precisión del 3% considerando un nivel de significación del 95% y una varianza de 1.98 se requiere un mínimo de 121 sujetos.
Tasa de respuesta objetivo	No lo menciona.

Fuente: Elaboración propia, con base en IEMAC, 2019.

Para validar la confiabilidad y validez de la encuesta, la *International Journal of Integrated Care* (2016) publicó un artículo sobre el desarrollo y la validación de este instrumento, realizado mediante la revisión de la literatura, panel de expertos, pruebas piloto y estudios de campo con 356 pacientes crónicos de atención primaria, para evaluar el contenido, validaciones y confiabilidad. Como resultado encontraron que la escala tiene propiedades métricas adecuadas medidas por Alpha de Chronbach, y un índice de ajuste y validez de convergencia satisfactoria en torno a tres factores: interacciones productivas, nuevo modelo relacional y autogestión personal.

De esta forma la escala IEXPAC permite medir la experiencia del paciente en la atención de enfermedades crónicas, y además en conjunto con otros indicadores puede determinar la calidad de la atención brindada, facilitando la reorientación de los sistemas de salud hacia una atención integrada centrada en el paciente (Mira, y otros 2016).

3.3 Diabetes Treatment Satisfaction Questionnaire (DTSQ)

DTSQ fue desarrollado por Clare Bradley en la década de 1990 con el propósito de evaluar la satisfacción de los pacientes con su tratamiento de la diabetes.

El cuestionario se utiliza para evaluar la satisfacción con el tratamiento para la enfermedad y la frecuencia percibida de hiper e hipoglucemias en un momento determinado del tiempo; se compone de dos factores diferentes. El primer factor evalúa satisfacción con el tratamiento y se compone de seis preguntas que se refieren a la satisfacción con el tratamiento actual, flexibilidad, conveniencia, comprensión de la enfermedad, recomendar el tratamiento a los demás y su voluntad de continuar.

El segundo factor se compone de dos preguntas que evalúan la carga de hiper e hipoglucemia, respectivamente. Por último la satisfacción con el tratamiento se evalúa como la suma de las puntuaciones de las seis preguntas del primer factor que indica una mayor satisfacción con el tratamiento. En el anexo 3 se presentan las preguntas que incluyen esta encuesta.

Esta encuesta evalúa las siguientes variables (Tabla 13):

Tabla 13. Variables que integran DTSQ

Satisfacción con respecto al tratamiento actual
Aumento y disminución de los niveles de azúcar en la sangre
Frecuencia del tratamiento
Flexibilidad del tratamiento
Comprensión de la enfermedad (síntomas, medicamentos, medidas preventivas, etc.)
Recomendación del tratamiento a terceros
Continuidad con el tratamiento

Fuente: Elaboración propia, con base en *Health Psychology Research*, 2019

Aspectos clave para administración de la encuesta:

A continuación se presentan los aspectos clave para la administración de la encuesta (Tabla 14).

Tabla 14. Aspectos clave para administrar la encuesta DTSQ

Administración	La encuesta puede ser administrada por terceros o el propio servicio de salud
Muestreo	Pacientes mayores de edad con diagnóstico de Diabetes Tipo I o Tipo II
Método de recolección de datos	Auto administrado mediante cuestionario impreso, cuestionario on-line
Tamaño de la muestra	Depende, tomando la desviación estándar de 6.4 con una potencia del 95% y un nivel de confianza del 95%, son necesarios 101 pacientes. Suponiendo aproximadamente un 10% de pérdidas, se estima un tamaño total de 110 pacientes
Tasa de respuesta objetivo	No lo menciona

Fuente: Elaboración propia, con base en Lecumberri (2017)

Para validar la confiabilidad y validez, se han realizado múltiples análisis. Uno de ellos fue el realizado por *Pharmaco Economics Spanish Research Articles*, en el año 2013; en el que fueron seleccionados 380 pacientes, 203 (53.4%) con DM tipo 1 y 177 (46.6%) con DM tipo 2. El cuestionario se administró en la visita inicial, por vía telefónica 7 días antes de la final, y en la visita final para poder evaluar la fiabilidad. Como resultados se obtuvieron que la edad media de los pacientes incluidos en el estudio fue de 47.4 (DT 17.3) años y el 53% eran mujeres. La hemoglobina glucosilada (HbA1C) descendió desde un valor inicial de 8.6% (DT 1.1) hasta el 7.7% (DT 1.1) en la visita final.

El coeficiente Alpha de CronBach fue de 0.79 y la fiabilidad test de 0.64. Como conclusión, el cuestionario DTSQ, se muestra como un instrumento consistente, válido

y fiable para evaluar la satisfacción con el tratamiento de los pacientes españoles con DM tipo 1 o 2 (Gomis , y otros 2013).

Cabe mencionar que han sido probados en su lengua original (inglés) y en las versiones traducidas. En el anexo 3, se presentan las preguntas que integran esta encuesta.

3.4 Índice de Calidad de Atención de la Diabetes en México (ICAD México)

Por último en México, a través de la Fundación Carlos Slim, la Secretaría de Salud, a través de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, el Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE) y el apoyo del Centro de Análisis de Datos en Salud, se desarrolló un índice de calidad de atención de la diabetes, que mide el proceso de atención brindado al paciente diabético y el resultado del impacto de la atención en la enfermedad.

“El ICAD México partió de la premisa de que es necesario transitar hacia una reingeniería de la prestación de servicios en las unidades de salud que privilegie la prestación de servicios con calidad a lo largo del continuo de la atención, desde la identificación de la población de responsabilidad en una zona geográfica, pasando por la valoración de la persona, la detección de factores de riesgo, la confirmación, incorporación a tratamiento y control de la enfermedad, así como la referencia oportuna a unidades de atención especializada para aquellos pacientes que no logran el control de su enfermedad, con el fin de prevenir complicaciones” (Fundación Carlos Slim y Secretaria de Salud 2018).

Por tal motivo que a través de este índice se evalúan tres componentes: retención de pacientes, consulta efectiva, impacto en la salud. A su vez, cada uno tiene a su vez sub componentes compuestos por indicadores que miden temas específicos.

A su vez, como este índice es a nivel nacional se desagrega dependiendo la unidad de salud, jurisdicción y entidad, para luego hacer un cálculo a nivel nacional.

En la siguiente tabla (Tabla 15) se presenta los componentes, subcomponentes y la ponderación en la que se basa este índice:

Tabla 15. Componentes y Subcomponentes del ICAD México

Componente	Subcomponente	Indicadores	Descripción	Calificación
Retención de pacientes	Porcentaje de pacientes activos	Porcentaje de pacientes activos	Pacientes con clasificación ACTIVA tanto regulares como irregulares	20
Consulta efectiva	Detección integral y abordaje sistémico	Mediciones básicas en consulta	Mediciones básicas en consulta: Peso, circunferencia de cintura, glucosa, presión arterial, revisión de pies, evaluación tabaco.	11
		Medidas anuales	Mediciones integrales: hemoglobina glucosilada, revisión de ojo, colesterol total, colesterol LDL, colesterol HDL, triglicéridos, microalbuminuria, creatinina y aplicación de vacuna de influenza.	8
	Toma adecuada de decisiones y seguimiento oportuno	Prescripción adecuada del tratamiento	Prescripción de tratamiento: Pacientes sin prescripción de tratamiento no farmacológico, pacientes sin prescripción de tratamiento farmacológico.	12
		Diagnóstico de comorbilidades y referencia	Omisión de diagnóstico: se refiere a pacientes que no tienen un diagnóstico de una enfermedad crónica y que sin embargo presentan valores alterados. Omisión de referencia: Pacientes con un descontrol severo de su diabetes mellitus que no han sido referidos a otras instancias.	9
	Veracidad de la información	Confiabilidad de datos del paciente	Información de datos personales, antecedentes familiares y datos de diagnóstico del paciente.	10
	Impacto en la salud	Control de la diabetes mellitus	Valor de medición de Hemoglobina Glucosilada	Se decidió tomar este valor con base en los estándares internacionales y la Norma Oficial Mexicana

Fuente: Elaboración propia, tomado de ICAD México, 2018.

La información de este índice se encuentra en línea, las unidades médicas de salud por entidad federativa son las encargadas de cargar la información de cada paciente, para contar con un índice nacional. El nivel de desagregación de la información es el siguiente:

- *“CLUES o unidad de salud: Se calculan todos los indicadores para cada CLUES a partir de la información de sus pacientes diabéticos activos, de acuerdo con el criterio establecido por la Dirección General de Información en Salud, y que es calculado de forma automática por el Sistema Integral de Calidad.*
- *Jurisdicción: Para calcular el resultado por jurisdicción, se promedian las medias de cada indicador o componente para todas las CLUES de la jurisdicción.*
- *Entidad: Para calcular el resultado por entidad, se promedian las medias (obtenidas en el nivel de desagregación: JURISDICCION) de todas las jurisdicciones de la entidad.*
- *Nacional: Para calcular el resultado a nivel nacional, se promedian las medias de las entidades (obtenidas en el nivel de desagregación ENTIDAD) de todas las entidades” (Fundación Carlos Slim y Secretaria de Salud 2018).*

Para este instrumento, no se detalla un cuestionario, por tal motivo no se ha incluido un anexo.

3.5 Análisis comparativo

A lo largo de este capítulo se han presentado los diferentes instrumentos utilizados para evaluar la calidad de la atención desde la perspectiva de pacientes con Diabetes Tipo II y se han presentado por separado las variables que evalúan, cómo se encuentra integrada la encuesta, con excepción del Índice ICAD México del que no se encontró información de algún tipo de encuesta aplicada. A continuación, se presenta la siguiente tabla, con las principales consideraciones importantes de los instrumentos presentados.

Tabla 16. Análisis comparativo de los diferentes instrumentos para evaluar la calidad en los sistemas de salud

Instrumento	Consideraciones importantes
CAHPS	<ul style="list-style-type: none"> - Instrumento genérico para evaluar a los proveedores de atención médica (médico o un grupo de médicos). - Evalúa la atención médica de los 6 meses anteriores. - Variables que evalúa: profesional médico, oficinistas y recepcionistas, información del paciente. - Instrumento con validez y confiabilidad probada en varios estudios. - Al ser un instrumento genérico, no considera aspectos propios de la diabetes. - Preguntas cerradas
IEXPAC	<ul style="list-style-type: none"> - Instrumento específico para enfermedades crónicas. - Evalúa la atención médica de los 6 meses anteriores. - Variables que evalúa: personal médico, servicio ofrecido e información sobre el paciente. - Instrumento con validez y confiabilidad probada en varios estudios. - Considero aspectos propios de las enfermedades crónicas: medicamentos que toma, autocuidado, comunicación con otros pacientes, metas de tratamiento. - Preguntas cerradas
DTSQ	<ul style="list-style-type: none"> - Instrumento específico para Diabetes. - No se ha definido límite de tiempo para realizar su evaluación - Variables que evalúa: satisfacción con el tratamiento actual, frecuencia y flexibilidad del tratamiento, comprensión de la enfermedad, recomendación del tratamiento a terceros, continuidad con el tratamiento. - Considera aspectos propios de la diabetes: hiper e hipo glucemias. - Preguntas cerradas
ICAD México	<ul style="list-style-type: none"> - Instrumento específico para Diabetes. - Variables que evalúa: retención del paciente, consulta efectiva e impacto en la salud. - Considera aspectos propios de la diabetes: mediciones básicas y anuales, prescripción adecuada del tratamiento, confiabilidad de los datos del paciente. - Resultados de la evaluación con corte mensual.

Fuente: Elaboración propia

En este análisis comparativo se ha incluido un instrumento genérico (CAHPS) es decir que no se aplica para enfermedades crónicas, ni en específico a la Diabetes; sin

embargo es usado ampliamente en Estados Unidos y se han hecho grandes esfuerzos para que otros países tengan acceso a ellos; es posible descargar las versiones traducidas del cuestionario y las indicaciones de aplicación.

Además respalda la recopilación sistemática de datos sobre la experiencia del paciente. La recopilación y el informe de los datos de CAHPS pueden mejorar las experiencias de los pacientes, además de producir beneficios tangibles para las prácticas de atención primaria y el sistema de atención médica.

En el caso del ICAD México, este índice además mide el impacto de la evaluación de la calidad de atención, con base en la hemoglobina glucosilada (A1c), en los que se otorga diferente ponderación si esos valores se encuentran en control o en descontrol leve o severo.

En el caso de DTSQ, que es una herramienta específica para Diabetes, que considera la satisfacción con el tratamiento actual, comprensión de la enfermedad y la continuidad en el tratamiento.

3.6 Resumen

En el presente capítulo se presentaron los principales instrumentos para evaluar la calidad de la atención en los sistemas de salud, con sus principales variables, aspectos que evalúan y cómo se garantiza la confiabilidad y validez del instrumento.

Además se realizó un estudio comparativo entre estos cuatro instrumentos que nos servirá para en el próximo capítulo presentar los aspectos más relevantes de la investigación y como benefician a los pacientes con Diabetes Tipo II.

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

4.1 Consideraciones importantes

Las enfermedades crónicas en México representan un desafío para los sistemas de salud y para la sociedad, en un estudio publicado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), en el año 2018, analizó que *“del 34.8% de los entrevistados padecía una enfermedad crónica, y de ese porcentaje el 15% tenía diabetes. Las consecuencias para los servicios de salud se traducen en una atención permanente de padecimientos que evolucionan hacia las complicaciones y discapacidades, y cuyo costo de atención va en aumento”* (BID 2018).

Se ha visto importante el concepto de Patient Experience, que como se había mencionado abarca todas las interacciones que un paciente tiene en un sistema de atención de salud, incluyendo atención de planes de salud, el trato del personal médico y hospitalario, etc. La experiencia del paciente incluye aspectos que los pacientes valoran cuando buscan atención médica, por ejemplo: obtención de citas oportunas, fácil acceso a la información y que la comunicación sea buena con los médicos y proveedores del servicio, tal como lo menciona la publicación de *The Journal of Advance Nursing: “El cuidado centrado en la persona parece ser muy influyente en la medida en que los pacientes perciben la calidad de la atención”* (Edvardson , Watt y Pearse 2016).

Después de analizar los instrumentos presentados para realizar una evaluación de la calidad de los servicios de salud y orientados a pacientes con diabetes tipo II, el principal reto de esta investigación fue encontrar herramientas que permitan una evaluación integral de la atención a este tipo de pacientes. Dentro de las cuatro herramientas presentadas, se recalca que todas incluyen:

- Trato recibido por el personal médico y recepcionistas, es decir si lo atendieron de forma amable y con respeto.

- Comprensión clara de las recomendaciones por los médicos, esto es clave debido a que depende en gran medida de que un paciente comprenda bien los cuidados que debe tener fuera de la institución de salud, es decir el autocuidado.
- Disposición del médico fuera de la institución de salud, es decir si puede atender sus inquietudes cuando se encuentre en casa o realizando sus actividades diarias.

También existen aspectos en los que estas encuestas se diferencian y que muchas de ellas ya se presentaron en el capítulo anterior.

Cabe recalcar el impacto que tienen todas estas evaluaciones en los pacientes; por ejemplo el índice ICAD considera el impacto de medidas objetivas como la hemoglobina glucosilada, y de igual manera el DTSQ como una medida de hipo e hiperglucemia.

La escala IEXPAC, considera también el uso de tecnologías de la información, esto puede traducirse como la utilización de apps móviles a las que los pacientes pueden tener acceso para el control de su enfermedad.

4.2 Resultados generados

Como lo dijo Lord Kelvin en 1907: "Lo que no se define no se puede medir. Lo que no se mide, no se puede mejorar. Lo que no se mejora, se degrada siempre." Desde hace muchos años medir nos ha permitido generar un proceso de mejora continua, para el caso específico de la Diabetes es necesario que estas mediciones se realicen de forma eficaz.

En México, la información que arroja el ICAD se aprecia en la Ilustración 15, el desempeño global de la calidad de la atención a pacientes con diabetes es del 67.7% y sobre este porcentaje, la retención de pacientes se encuentra en un 62%, lo que indica que los pacientes no acuden regularmente a sus consultas o dejan de acudir por otros motivos. El impacto que tiene en la salud es del 52%, es decir que todavía queda

mucho trabajo por hacer y demostrar que las acciones tomadas impactan de una mejor manera en los pacientes con esta enfermedad (ICAD 2019).

Ilustración 15. Índice de Calidad de la Atención de la Diabetes en México



Fuente: ICAD México, 2019.

En un estudio publicado sobre la experiencia de pacientes crónicos utilizando la escala IEXPAC que incluía a 1,618 pacientes manifestaron una buena satisfacción en cuanto bienestar y plan de tratamiento. El cuestionario IEXPAC identificó áreas de mejora en el cuidado de pacientes crónicos, especialmente aquellas relacionadas con el acceso a fuentes de información fiables, interacción con otros pacientes y continuidad asistencial tras un ingreso hospitalario (Galindo Puerto , y otros 2018).

4.3 Mejora continua

Participación del Paciente

En la actualidad existe un nuevo perfil de paciente, los pacientes se encuentran más informados, más exigentes, con acceso a fuentes de información gracias al entorno digital y el desarrollo tecnológico que están cambiando la práctica clínica.

El Servicio Nacional de Salud de Inglaterra (NHS, por sus siglas en inglés), lanzaron la encuesta *Amigos y Familia*, que consiste en indicar si estás dispuesto a recomendar un servicio de salud al que acudiste a algún familiar o amigo. *“El valor real reside en los comentarios de texto libre, donde se puede escuchar al paciente más que nunca y*

donde se consigue dar una retroalimentación sobre todos los servicios clínicos prestados, y los resultados muestran que 9 de cada 10 pacientes recomendarían los servicios, lo que da una base sólida. Aun así, hay áreas en las que hay que mejorar, como son la atención a los pacientes con cáncer y la atención a los pacientes con dificultades de aprendizaje” (Deusto Business School Health 2017).

Atención integral del paciente con Diabetes

La realidad de un paciente diabético es compleja, difícil de manejar en el día a día y de “ponerse en sus zapatos”, un enfoque de atención integral y comprensión de sus necesidades. *“Para lograrlo, es necesario un abordaje integral con objetivos y metas de control individualizado, estrategias educativas y pedagógicas complejas, así como un abordaje psicológico para lograr una atención y adherencia completa del tratamiento que permita la prevención de las mismas “ (Fundación Midete 2016).*

México cuenta con dos centros de atención integral al paciente con Diabetes en la Ciudad de México, uno de ellos es el Centro de Atención al Paciente con Diabetes que ha integrado un programa multidisciplinario que incluye: endocrinólogos, educadores en diabetes certificados, nutriólogos con enfoque en la atención de diabetes, psicólogos clínicos, odontólogos especialistas en periodoncia, psiquiatras de enlace, oftalmólogos y especialistas en actividad física y cuidado de pies.

“La misión de este centro es mejorar la calidad de vida de los pacientes con diabetes por medio de una intervención estructurada que busca el empoderamiento del individuo para modificar sus conductas y creencias de su padecimiento por periodos prolongados, utilizando los estándares internacionales de tratamiento que han mostrado mayor beneficio” (Centro de Atención al Paciente con Diabetes 2018).

El programa de atención está basado en intervenciones multidisciplinarias cuyo objetivo es realizar una evaluación integral del paciente con diabetes, actividades que le permitan conocer herramientas para el autocuidado y la prevención de complicaciones, así como la consolidación de un programa de control a largo plazo.

La población objetivo de este centro son los pacientes con diabetes tipo 2, con menos de 5 años de diagnóstico de la enfermedad, sin complicaciones incapacitantes, no fumadores y que tengan un familiar acompañante.

El paciente deberá acudir a su visita inicial, y posteriormente a sus visitas cada mes, para que a partir de la cuarta visita se continúe el control de la diabetes con el médico de referencia. En caso de que exista descontrol en las visitas subsecuentes, el paciente podrá reingresar al programa en una ocasión más, como parte de un programa de seguimiento y educación a distancia.

Aspectos a incluirse en los instrumentos de evaluación actual

Luego de la realización del análisis comparativo entre instrumentos de calidad de atención, se ve necesario incluir en la evaluación de la calidad del servicio, variables como:

- Tiempo que le dedica al autocuidado (dieta, ejercicio, cepillado dental).
- Dificultades que encuentra para modificar sus hábitos y su impacto en la continuidad de su tratamiento.
- Apoyo recibido por su familia o amigos cercanos, ya que en ninguno de los instrumentos mencionados se pregunta sobre el apoyo emocional que los pacientes reciben y por ende no se ha evaluado el impacto que este factor podría tener.
- Grado de comprensión de recomendaciones médicas.
- Preocupación del médico por el bienestar del paciente.
- Mejora en la calidad de vida.

Por lo tanto es necesario considerar estas variables en los instrumentos presentados, o en el diseño de un nuevo instrumento de evaluación.

4.3 Resumen

En este capítulo se presentaron las consideraciones más importantes de la investigación, los resultados que se han generado en México, la mejora continua resultante de las acciones tomadas y qué aspectos podrían incluirse para realizar una evaluación o mejorar las actuales.

CONCLUSIONES

Los servicios de salud se diseñan desde aspectos internos, sin considerar ni comprender la opinión del paciente acerca de la atención recibida. Es importante mencionar que la evaluación de los servicios de salud gira en torno a quien evalúa la calidad y bajo qué criterios realiza este proceso (Lee, y otros 2000).

Una atención centrada en el paciente permite que su experiencia sea positiva y por ende la calificación que otorgará a la atención médica recibida también será positiva, para lograr su satisfacción es necesario que las instrucciones para proveedores, procesos y resultados se encuentren bien definidos.

Medir la experiencia de los pacientes es un paso crítico, ya que la información puede revelar problemas del sistema y brechas importantes, sin embargo el objetivo siempre será utilizar esta información para mejorar.

De esta manera, se presentó un estudio teórico sobre los principales instrumentos para evaluar la calidad del servicio, desde los más generales que se aplican a cualquier tipo de servicio, hasta los más específicos como es el caso de los que se utilizan para evaluar la calidad de atención recibida por pacientes con diabetes tipo II.

Se presentaron los resultados alcanzados por sistemas de salud, en el caso específico de México y los hospitales de sus entidades federativas; y también casos de evaluaciones realizadas en hospitales en Estados Unidos y las variables que miden los instrumentos que evalúan la calidad del servicio y como anexo los instrumentos utilizados. Es decir que se han cumplido los objetivos de esta investigación, las hipótesis, y se observa que al hacer un estudio comparativo se reconocen las variables que se miden en los diferentes estudios y que brindan una mejora en la problemática actual.

Por otro lado, la experiencia de desarrollar esta investigación ha sido satisfactoria, me permitió fortalecer el conocimiento de algunas herramientas y descubrir la existencia

de otras nuevas que se aplican ampliamente en la evaluación de la calidad de los servicios.

La mayor aportación de la maestría para mí, fue que se puede aplicar en cualquier sector y además conocer que se puede aplicar en un sector tan complejo como el de la salud.

Es importante además considerar que la calidad es una filosofía de vida, que como actores de la calidad debemos impregnarnos en nuestra manera de vivir y pensar convertirnos en modelos capaces de transmitir y trascender en áreas donde apliquemos nuestros conocimientos.

RECOMENDACIONES

Es aconsejable al momento de utilizar una herramienta de evaluación de la calidad de servicios de salud, seguir las recomendaciones de expertos, emplear al menos un cuestionario genérico para luego con datos del servicio que queramos evaluar diseñar uno específico de acuerdo a los objetivos del estudio.

Dado que el número de instrumentos disponibles es excesivo y en esta investigación se presentan cuatro aplicados a servicios de salud, es aconsejable realizar una validación y mejora de los instrumentos existentes que incluyan variables como el tiempo que una persona dedica al autocuidado, la participación del círculo social cerca al paciente como familiares o amigos, aspectos emocionales, corresponsabilidad, antes que seguir elaborando instrumentos nuevos sin compararlos con los ya existentes.

Medir la calidad de los servicios de salud surge por la creciente atención centrada en el paciente, además de que se ha utilizado como garantía de la transparencia y rendición de cuentas a nivel público como privado en el sector salud.

Necesario además, entender al paciente con Diabetes Tipo II desde un enfoque integral, para que la evaluación de la calidad del servicio impacte en su calidad de vida y permita que los servicios de salud implementen herramientas de mejora y garanticen servicios eficaces y eficientes.

ANEXOS

Anexo 1. Preguntas que conforman la Evaluación por el consumidor de proveedores de cuidado y sistemas de salud (CAPHS, por sus siglas en inglés)

En esta encuesta cuyo formato original es en inglés, incluye las siguientes preguntas:

- Preguntas relacionadas al profesional médico
 1. Según nuestros registros, usted recibió atención médica en los últimos 6 meses del profesional médico cuyo nombre aparece a continuación.

¿Es correcta esta información?

Sí

No → **Si contestó “No”, pase a la pregunta 23**

Las preguntas de este cuestionario se van a referir al profesional médico cuyo nombre aparece en la pregunta 1 como “este profesional médico.” Por favor piense en ese profesional médico al contestar las preguntas de la encuesta.

2. ¿Es este el profesional médico al que usted va generalmente si necesita un chequeo, si quiere consejos sobre un problema de salud o si se enferma o lastima?

Sí

No

3. ¿Cuánto tiempo hace que ha estado yendo a este profesional médico?

Menos de 6 meses

Al menos 6 meses, pero menos de 1 año

Al menos 1 año, pero menos de 3 años

Al menos 3 años, pero menos de 5 años

5 años o más

- La atención que recibió de este profesional médico en los últimos 6 meses
- Estas preguntas son acerca de la atención médica que usted ha recibido. No incluir la atención que recibió cuando pasó la noche hospitalizado. No incluya las consultas al dentista.
4. En los últimos 6 meses, ¿cuántas veces fue a ver a este profesional médico para recibir atención médica para usted mismo?
- Ninguna → Si contestó “Ninguna”, pase a la pregunta 23
 - 1 vez
 - 2
 - 3
 - 4
 - 5 a 9
 - 10 veces o más
5. En los últimos 6 meses, ¿se puso en contacto con el consultorio de este profesional médico para pedir una cita debido a una enfermedad, lesión o problema de salud para el cual necesitaba atención inmediata?
- Sí
 - No → Si contestó “No”, pase a la pregunta 7
6. En los últimos 6 meses, cuando se puso en contacto con el consultorio de este profesional médico para pedir una cita para recibir atención inmediata, ¿con qué frecuencia consiguió la cita tan pronto como la necesitaba?
- Nunca
 - A veces
 - La mayoría de las veces
 - Siempre
7. En los últimos 6 meses, ¿hizo alguna cita para un chequeo o una consulta regular con este profesional médico?
- Sí

- No → Si contestó "No", pase a la pregunta 9
8. En los últimos 6 meses, cuando hizo una cita para un chequeo o una consulta regular con este profesional médico, ¿con qué frecuencia consiguió la cita tan pronto como la necesitaba?
- Nunca
- A veces
- La mayoría de las veces
- Siempre
9. En los últimos 6 meses, ¿se puso en contacto con el consultorio de este profesional médico para hacer una pregunta médica durante las horas normales de oficina?
- Sí
- No → Si contestó "No", pase a la pregunta 11.
10. En los últimos 6 meses, cuando se puso en contacto con el consultorio de este profesional médico durante las horas normales de oficina ¿con qué frecuencia le contestaron su pregunta médica ese mismo día?
- Nunca
- A veces
- La mayoría de las veces
- Siempre
11. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia este profesional médico le explicó las cosas de una manera fácil de entender?
- Nunca
- A veces
- La mayoría de las veces
- Siempre

12. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia este profesional médico le escuchó con atención?

- Nunca
- A veces
- La mayoría de las veces
- Siempre

13. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia este profesional médico parecía saber la información importante sobre sus antecedentes médicos?

- Nunca
- A veces
- La mayoría de las veces
- Siempre

14. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia este profesional médico demostró respeto por lo que usted tenía que decir?

- Nunca
- A veces
- La mayoría de las veces
- Siempre

15. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia este profesional médico pasó suficiente tiempo con usted?

- Nunca
- A veces
- La mayoría de las veces
- Siempre

16. En los últimos 6 meses, ¿le mandó este profesional médico a hacerse una prueba de sangre, rayos X o alguna otra prueba?

- Sí
- No → Si contestó "No", pase a la pregunta 18

17. En los últimos 6 meses, cuando este profesional médico le mandó a hacerse una prueba de sangre, rayos X o alguna otra prueba, ¿con qué frecuencia alguien del consultorio de este profesional médico se comunicó con usted para darle los resultados?

- Nunca
- A veces
- La mayoría de las veces
- Siempre

18. Usando un número del 0 al 10, el 0 siendo el peor profesional médico posible y el 10 el mejor profesional médico posible, ¿qué número usaría para calificar a este profesional médico?

- 0 El peor profesional médico posible
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 El mejor profesional médico posible

19. En los últimos 6 meses, ¿tomó alguna medicina recetada?

Sí

No → Si contestó “No”, pase a la pregunta 21

20. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia habló usted con alguien de este consultorio médico acerca de todas las medicinas recetadas que usted estaba tomando?

Nunca

A veces

La mayoría de las veces

Siempre

• Los oficinistas y recepcionistas del consultorio de este profesional médico

21. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia los oficinistas y recepcionistas del consultorio de este profesional médico le dieron toda la ayuda que usted creía que debían darle?

Nunca

A veces

La mayoría de las veces

Siempre

22. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia los oficinistas y recepcionistas del consultorio de este profesional médico le trataron con cortesía y respeto?

Nunca

A veces

La mayoría de las veces

Siempre

- Sobre usted

23. En general, ¿cómo calificaría toda su salud?

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

24. En general, ¿cómo calificaría toda su salud mental o emocional?

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

25. ¿Qué edad tiene?

- 18 a 24
- 25 a 34
- 35 a 44
- 45 a 54
- 55 a 64
- 65 a 74
- 75 o más

26. ¿Es usted hombre o mujer?

- Hombre
- Mujer

27. ¿Cuál es el grado o nivel escolar más alto que ha completado?

8 años de escuela o menos

9 a 12 años de escuela, pero sin graduarse

Graduado de la escuela secundaria (high school), Diploma de escuela secundaria, preparatoria, o su equivalente (o GED).

Algunos cursos universitarios o un título universitario de un programa de 2 años

Título universitario de 4 años

Título universitario de más de 4 años

28. ¿Es usted de origen o ascendencia hispana o latina?

Sí, hispano o latino

No, ni hispano ni latino

29. ¿A qué raza pertenece? Marque una o más.

Blanca

Negra o afroamericana

Asiática

Nativa de Hawái o de otras islas del Pacífico

Indígena americana o nativa de Alaska

Otra

30. ¿Le ayudó alguien a contestar esta encuesta?

Sí

No

31. ¿Cómo le ayudó a usted esta persona? Marque una o más.

- Me leyó las preguntas.
- Anotó las respuestas que le di.
- Contestó las preguntas por mí.
- Tradujo las preguntas a mi idioma.
- Me ayudó de otra forma.

Anexo 2. Preguntas que conforman la Escala IEXPAC

La escala IEXPAC (2015) en su encuesta a los pacientes crónicos, ha desarrollado las siguientes preguntas:

1. Respetan mi estilo de vida

Los profesionales que me atienden me escuchan y tienen en cuenta mis necesidades, costumbres y preferencias para adaptar mi plan de cuidados y tratamiento.

2. Están coordinados para ofrecerme una buena atención

Los profesionales que me atienden en el centro de salud y los que me atienden en el hospital hablan entre ellos y se coordinan para mejorar mi bienestar y mi calidad de vida.

3. Me ayudan a informarme por Internet

Los profesionales que me atienden me informan sobre páginas web y foros de internet de los que me puedo fiar para conocer mejor mi enfermedad, su tratamiento y las consecuencias que pueden tener en mi vida.

4. Ahora sé cuidarme mejor

Con el apoyo de mis profesionales siento que ha mejorado mi confianza y mi capacidad para cuidar de mí mismo/a, manejar mejor mis problemas de salud y mantener mi autonomía.

5. Me preguntan y me ayudan a seguir mi plan de tratamiento

Reviso con los profesionales que me atienden el cumplimiento de mi plan de cuidados y tratamiento y, si tengo dudas, me las aclaran.

6. Acordamos objetivos para llevar una vida sana y controlar mejor mi enfermedad

He podido acordar con los profesionales que me atienden objetivos concretos sobre alimentación, ejercicio físico y cómo tomar adecuadamente la medicación para controlar mejor mi enfermedad.

7. Uso internet y el móvil para consultar mi historia clínica

Uso Internet y el móvil para consultar mi historia clínica, resultados de mis pruebas, citas programadas y acceder a otros servicios en la web de mi Servicio de Salud.

8. Se aseguran de que tomo la medicación correctamente

Los profesionales que me atienden revisan conmigo todos los medicamentos que tomo, cómo los tomo, cómo me sientan y puedo consultarles las dudas que tenga.

9. Se preocupan por mi bienestar

Los profesionales que me atienden se preocupan por mi calidad de vida y los veo comprometidos para que mejore mi bienestar.

10. Me informan de recursos sanitarios y sociales que me pueden ayudar

Los profesionales que me atienden me informan sobre los recursos sanitarios y sociales de que dispongo (en mi barrio, ciudad o pueblo) y que puedo utilizar para mejorar mis problemas de salud y para cuidarme mejor.

11. Me animan a hablar con otros pacientes

Los profesionales que me atienden me animan a participar en grupos de pacientes para compartir información y experiencias sobre cómo cuidarnos y mejorar nuestra salud

12. Se preocupan por mí al llegar a casa tras estar en el hospital

Si usted ha estado ingresado en el hospital en los últimos 6 meses, por favor, responda a la siguiente pregunta:

Después de recibir el alta del hospital, me han llamado o visitado en casa para ver cómo me encontraba y qué cuidados necesitaba.

13. Me orientan para no tener una nueva urgencia

Si usted ha recibido atención en urgencias en los últimos 6 meses, por favor, responda a la siguiente pregunta:

Después de haber estado en urgencias, los profesionales que me atienden saben lo que me ha pasado y me orientan para evitar una nueva urgencia.

14. Me atienden bien en mi domicilio

Si usted ha recibido atención sanitaria en su domicilio en los últimos 6 meses, por favor, responda a la siguiente pregunta:

Los profesionales que me atienden en mi casa tratan de solucionar mis problemas de salud de forma coordinada con los profesionales del centro de salud y del hospital.

15. Los servicios sociales están coordinados con los servicios sanitarios para ofrecerme una buena atención

Si usted ha recibido atención de los servicios sociales en los últimos 6 meses, por favor, responda a la siguiente pregunta:

BIBLIOGRAFÍA

- Aguirre Gas, Héctor. «Calidad de la atención médica. Bases para su evaluación y mejoramiento continuo.» Conferencia Interamericana de Seguridad Social y Noriega Editores, 3ª. ed., 2002.
- AHRQ. «Agency for Healthcare Research and Quality.» 08 de 04 de 2019. <https://www.ahrq.gov/cahps/surveys-guidance/index.html>.
- AHRQ. «CAPHS Clinican & Sourvey Database. 2017 Chartbook.» 2017.
- ALAD. 29 de 04 de 2019. <https://www.alad-americalatina.org/estatutos/>.
- Almeda Valdés, Paloma, Eduardo García García, y Eduardo Aguilar Salinas. «Manejo Integral del Paciente con Diabetes Mellitus.» *Academia Nacional de Medicina*. 2015.
- Ashton, S. «Using compliments to measure quality.» *Nurs Time*, 2011: 14-15.
- Association for Patient Experience. 2019. <https://www.patient-experience.org/About>.
- Australian Government Department of Health. « Australian National Diabetes Strategy 2016-2020.» 2015: 14, 15, 17, 20.
- Ávila Alpirez, H, M Rizo Baeza, y Flores Peña. «Satisfacción del cuidado enfermero en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.» Matamoros, Tamaulipas, 2007.
- Barbosa dos Santos, Ellen, Regina De Sousa Texeira, Maria Lucia Zanetti, Manuel Dos Santos, y Marta Alves Pereira. «Políticas públicas y derechos de los usuarios del Sistema Unico de Salud con Diabetes Mellitus.» *Revista Brasileña de Enfermería*, 2011: 953.
- Berwick, DM, TW Nolan , y J Whittington. «The triple aim: care, health and cost.» *Health Aff*, 2008: 759-769.
- BID, Banco Interamericano de Desarrollo. *Desde el paciente. Experiencias de la atención primaria de salud en América Latina y el Caribe*. Círculo Salvo Comunicación, 2018.
- CAPHS. «CAPHS Clinican& Group Survey Database. 2017 Chartbook.» 2017: 15.
- Care Opinion. *Care Opinion. What's your story?* 13 de 04 de 2019. <https://www.careopinion.org.uk/info/about>.
- Centro de Atencion al Paciente con Diabetes*. 24 de 07 de 2018. <http://www.innsz.mx/opencms/contenido/departamentos/CAIPaDi/misionyvisi on.html>.

- Churchill, Neil. «La experiencia del paciente en el NHS ingles.» 2017.
- Clement, M, y otros. «Organization of Diabetes Care.» *Canadian Journal of Diabetes*, 2018: 27-35.
- Corral, Clara. «El mapa de la experiencia del paciente.» *New Medical Economics*, 2017: 22-24.
- Cronin, J, y S Taylor. «Measuring Service Quality a Reexamination and Extension.» *Journal of Marketing*, 1992.
- Crosby, P. «Quality is free.» McGraw-Hill, 1979.
- Deming, W. E. «Quality, productivity and competitive position.» Universidad de Cambridge: 1982, 1982.
- Deusto Business School Health. «Foro de Transformación Sanitaria: Experiencia y participación del paciente.» 2017.
- Duque Oliva, Edison Jair. «Revisión del concepto de calidad del servicio y sus modelos de medición.» *INNOVAR. Revista de Ciencias Administrativas y Sociales*, vol. 15, núm. 25, 2005: 71.
- Dyer, N, JS Sorra, SA Smith , PD Cleary, y RD Harys. «Psychometric properties of the Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (CAHPS).» *Medical Care*, 2012: 28-34.
- Edvardson , D, E Watt, y F Pearse. «Patient Experience of caring and person-centredness are associated with perceived nursing care quality.» 2016.
- Federacion Mexicana de Diabetes. *Estadísticas de Diabetes en México*. 23 de 04 de 2018. <http://fmdiabetes.org/estadisticas-en-mexico/>.
- Fernandez , J, y C Romero . «Fractal Strategy. Innovación en la experiencia del paciente.» 13 de 04 de 2019. <https://somosfractal.com/casos-de-exito-experiencia-paciente-hospital-miguel-servet.html>.
- FID, Federación Internacional para la Diabetes. «Atlas de la Diabetes de la FID. Octava Edición.» 2017.
- Figueroa, B, K Mollenhauer, M Rico, R Salvatierra, y P Wuth. «Creando valor a través del diseño de servicios .» 2017.
- Fornell , Claes, y Barbara Everitt. «American Costumer Satisfaction Index, Methodology Report.» 2005.

- Fornell, Claes. «A national customer satisfaction barometer. The Swedish experience.» *Journal of Marketing*. 1992.
- Fundación Carlos Slim, y Secretaría de Salud. «Índice de Calidad de la Atención de la Diabetes en México. ICAD México.» Abril de 2018.
- Fundación Midete. «Asumiendo el control de la Diabetes.» 2016.
- Gagliardino, J, M De la Hera, y F Siri. «Evaluación de la calidad de la asistencia al paciente diabético en América Latina.» *Scielo Salud Pública*, 2001: 309-317.
- Galindo Puerto , M, M Cotarelo, M Sanchez- Vega, P Ferrer, y M Fuster Ruiz. «La experiencia del paciente crónico. Encuesta anónima a pacientes con distintas enfermedades crónicas sobre su experiencia con el sistema de salud con la escala IEXPAC.» Madrid, 2018.
- Gidman, J. «Listening to stories. Valuing knowledge from patient experience.» *Nurse Education Practical* , 2013: 192-196.
- Gómez- Dantes O, Sesma S, Becerril VM, Knaul FM, Arreola H, Frenk J. «Sistema de Salud México.» En *Salud Pública Mexicana*, 220-232. 2011.
- Gomis , R, L Herrera- Pombo, C Rubio Térres, P Sarasa, y A Calderón . «Validación del cuestionario Diabetes Treatment Satisfaction Questionnaire (DTSQ) en la población española.» *PharmacoEconomics Spanish Research Articles*, 2013: 7-18.
- González, F, A Mera , y S Lacoba . «Introducción a la gestión de Calidad .» *Delta Publicaciones. Madrid España*, 2007.
- Gupta, S. and Zeithalm, V. «Customer Metrics and Their Impact in Financial Performance.» 2005.
- Gustafsson , L, y K Bootle. «Client and carer experience of transition home from inpatient stroke rehabilitation.» *Disability and Rehabilitation Journal Volumen 35* (Disability and Rehabilitation Journal), 2012: 1380-1386.
- Hamui-Sutton, A, y M Varela- Ruiz. «La técnica de grupos focales.» *Metodología de la investigación en Educación Médica*, 2012.
- Hsieh SY, A. «A system for using patient complaints as a trigger to improve quality .» *Qual Manag Health Care*, 2011: 343-355.
- ICAD. *Índice de Calidad de la Atención de la Diabetes en México (ICAD)*. 20 de Mayo de 2019.

- http://201.161.101.68/tablero_cronicas_pruebas/DirApp/tableros/OSICEjeIndice.aspx.
- IEMAC. «Instrumento de Evaluación de Modelos de Atención ante la Cronicidad.» 13 de 04 de 2019. <https://www.iemac.es/iexpac/>.
- INEGI, Instituto Nacional de Estadística y Geografía. *Federación Mexicana de Diabetes*. 14 de 11 de 2014. <http://fmdiabetes.org/estadisticas-diabetes-inegi-2013/>.
- Instituto Nacional de Salud Pública. «Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016. ENSANUT MC.» México, 2016.
- Instituto Nacional de Salud Pública. «ENSANUT(Encuesta Nacional de Salud y Nutrición en México.» 2006.
- Jain , S, y G Gupta. «Measuring Quality Service SERVQUAL vs SERVPERF scales.» 2004.
- JCAHO. «Accreditation Standards. Standards Intents.» Oakbrook Terrace, 2000.
- Johnson , M, A Gustafson , T Andrassen, L Lervik , y J Cha. «The Innovation and Future of national costumer satisfaction index models.» *Journal of economic psychology*, 2001.
- Juran, Joseph. «Manual de Control de la Calidad,» McGraw-Hill Interamericana de España, 3ª. ed., 1993.
- Kotler, P. En *Dirección de mercadotecnia. Octava Edición*, 40. México: Pearson-Prentice, 2006.
- Kotler, P, y G Armstrong. *Marketing. Decimo Cuarta Edición*. Mexico: Pearson Education, 2012.
- Lam, S,K. «SERVQUAL: A tool for measuring patient's opinions of hospital service quality.» *Total Quality Management*, 1997: 154-152.
- Lascuarin I. «Diagnostico y propuesta de mejora de la calidad en el servicio de una empresa de unidades de energía ininterrumpida.» Mexico: Universidad Iberoamericana, 2012.
- Lee, H, L Delene, A Bunda, y C Kim . «Methods of measuring health-care.» *Journal of Business Research*, 2000: 233-246.
- Lobato Calleros, O, H Rivera Navarra, H Serrato González, M Gomez Cruz, y D Brun Battistini. *El desarrollo de una metodología para evaluar la satisfacción de los usuarios de programas sociales*. México: Universidad Iberoamericana Ciudad de México, 2016.

- Losada , M, y A Rodríguez. «Calidad del servicio de salud: una revisión a la literatura desde la perspectiva del Marketing.» 2007.
- McDougall, G, y T Levesque. «A revised view of services quality dimensions: An empirical investigation.» *Journal of Profesional Service Marketing*, 1994: 189-209.
- Ministerio de Sanidad Servicios Social e Igualdad Gobierno de España. «Estrategia en Diabetes del Sistema Nacional de Salud.» Madrid, 2012.
- Mira , JJ, J Rodríguez Marín, JA Buil , Castel M, y J Vitaller. « SERVQHOS: un cuestionario para evaluar la calidad percibida de la asistencia hospitalaria.» *Medicina Preventiva*, 1998: 12-18.
- Mira, J J, y otros. «Development and Validation of an Instrument for Assessing Patient Experience of Chronic Illness Care.» *International Journal of Integrated Care*, 2016: 1-13.
- Net, Alvar, y Rosa Suñol. *Calidad de la atención*. 2015.
- NHS England. *National service frameworks and strategies*. 2001.
<https://www.england.nhs.uk/diabetes/>.
- Nuñez Tobias, L , y J Juarez Mancilla. «Análisis comparativo de modelos de evaluación de calidad en el servicio a partir de sus dimensiones y su relación con la satisfacción del cliente.» *3C Empresa, investigación y pensamiento crítico*, 2018: 53.
- OCDE. «Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud en México. Resumen Ejecutivo Diagnóstico y Conclusiones.» 2016.
- OMS. *Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente*. 2009.
http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf.
- . «Informe mundial sobre la Diabetes. Resumen de Orientación.» Abril de 2016.
- . *Organización Mundial de la Salud*. 30 de 10 de 2018.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>.
- Ortiz Espinoza, R.M. «Satisfacción de los usuarios de 15 hospitales de Hidalgo, México.» *Rev Esp Salud Pública* 78, 2004: 527-537.

- Patient Opinion. *Patient Opinion Be Heard*. 13 de 04 de 2019.
<https://www.patientopinion.org.au/info/about>.
- Patients like me. 04 de 13 de 2019.
<https://www.patientslikeme.com/symptoms/stress>.
- Prieto Rodriguez, M, y J March Cerdá. «Paso a paso en el diseño de un estudio mediante grupos focales.» *Atención primaria* , 2002: 366-373.
- Programa Sectorial de Salud. «Plan Nacional de Desarrollo.» 2013-2018.
- Ricci-Cabello, I, I Ruiz-Pérez, A Nevot-Cordero, M Rodríguez-Barranco, L Sordo, y Daniela C. Gonçalves. «Health Care Interventions to Improve the Quality of Diabetes Care in African Americans.» *Diabetes Care*, 2013: 760-768.
- Rivera, Edgar. «Satisfacción de los pacientes diabéticos de su tratamiento con hipoglucemiantes orales.» 2011.
- Rubio Salvador , Ana, y Reka Barath. «Escuchar al paciente. Que, como y quien?» Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, 2017.
- S. Chertoriski Woldenberg, G. Fajardo Dolci. «El sistema de salud mexicano: ¿requiere una transformación?» *Gaceta Médica de México*, 2012: 148.
- Sanchez García, Maria, y María Cristina Sanchez Romero. «Medición de la calidad en el servicio, como estrategia para la competitividad.» 2016.
- Secretaría de Salud de México. «La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones.» 2015.
- Secretaría de Salud. «Estrategia Nacional para la prevención y el control del sobrepeso, la obesidad y la diabetes.» IEPSA, Entidad paraestatal del gobierno federal, Septiembre de 2013.
- Secretaría de Salud. *NORMA Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus*. . México: Secretaría de Salud, 2010.
- Senado y Cámara de Diputado de la Nación Argentina. 17 de 12 de 2013.
http://www.revistarap.com.ar/Derecho/regulacion_servicios_publicos/salud_publica/1PUB0041100115000.html.
- Svedbo Engström, M, J Leksell, y U Johansson. «What is important for you? A qualitative interview study of living with diabetes and experiences of diabetes

- care to establish a basis for a tailored Patient-Reported Outcome Measure for the Swedish National Diabetes Register.» *BJM Open*, 2016: 1-9.
- Teas, R. «Expectations Performance and Customer's Perception of Quality.» *Journal of Marketing*, 1993: 18-34.
- The Health Foundation. «Measuring Patient Experience.» *Evidence Scan*. 2013.
- Torres Samuel, M, y C Vasquez Stanescu. «Modelos de evaluación de la calidad del servicio: caracterización y análisis.» *Compendium*, vol. 18, núm. 35, 2015: 57-76.
- Troncoso Pantoja , C, y A Amaya Placencia . «Entrevista: Guía práctica para la recolección de datos cualitativos en investigación de salud .» *Revista Facultad Médica Universidad Nacional de Colombia* , 2017.
- Tuomilehto, J, J Lindstrom, y J Eriksson. «Finnish Diabetes Prevention Study Group. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance.» *Journal Medical* , 2001.
- Vargas, I. « La entrevista en la investigación cualitativa: nuevas tendencias y retos.» *Revista CAES*, 2012: 3(1):119-39.
- Vicente-Sánchez, B, E Rivas-Alpizar, G Zerquera-Trujillo, D Peraza-Alejo, y Rosell-García. «Evaluación de la calidad de la atención al paciente diabético.» *Revista Finlay*, 2012: 252-264.
- Vladislavovna Doubova, S, R Pérez-Cuevas, M Zepeda Arias, y Sergio Flores . «Satisfaction of patients suffering from type 2 diabetes and/or hypertension with care offered in family medicine clinics in Mexico.» 2009.
- Wolf, J A, V Niederhauser, D Marshburn , y S L LaVela . «Defining Patient Experience.» *Patient Experience Journal*, 2014: 7-19.
- World Health Organization. *Informe Mundial sobre la Diabetes*. Ginebra: WHO, 2016.