

## La evaluación de la calidad en salud desde la óptica de los pacientes Assessment of health quality from patients' perspective

Sergio Noriero Escalante<sup>1\*</sup> <https://orcid.org/0000-0002-6148-1763>

María Isabel Avalos García<sup>2</sup> <https://orcid.org/0000-0003-0115-4231>

Heberto Romeo Priego Álvarez<sup>2</sup> <https://orcid.org/0000-0001-9217-5702>

<sup>1</sup>Instituto Mexicano del Seguro Social de Tabasco. México.

<sup>2</sup>Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México.

\*Autor para la correspondencia: [noriescaser@hotmail.com](mailto:noriescaser@hotmail.com)

### RESUMEN

**Introducción:** La evaluación tiene una relación muy estrecha con la calidad de la asistencia médica. Incluir la experiencia de los pacientes en este proceso, es prioridad en el campo de la gerencia en salud.

**Objetivo:** Exponer aspectos significativos sobre evaluación de la calidad, con especial énfasis en la perspectiva de los pacientes.

**Desarrollo:** Al igual que en otros sectores, la evaluación de la calidad en salud transitó de un enfoque al producto a un enfoque centrado en el cliente. Por lo que es vital conocer y evaluar lo que les sucede a los pacientes durante los procesos de atención. Al poner de relieve sus sentimientos, preferencias, temores, incomunicación, inseguridad y en general, problemas psicosociológicos, se podría diseñar la estructura, organización y flujos de operaciones en función de lo que realmente las personas necesitan.

**Conclusiones:** La experiencia de los usuarios y la organización orientada al paciente como concepción institucional, son factores clave del facultamiento y del éxito en el manejo de la enfermedad.

**Palabras clave:** calidad; evaluación; procesos; perspectiva del paciente.

**ABSTRACT**

**Introduction:** Evaluation is very close related with health care quality. Including the experience of patients in this process is a priority in the field of health management.

**Objective:** To present significant aspects of quality evaluation, with special emphasis on the patients' perspective.

**Development:** As in other sectors, quality evaluation in health care has moved from a product focus to a customer-centered approach. It is therefore vital to know and evaluate what happens to patients during the care process. By highlighting their feelings, preferences, fears, lack of communication, insecurity, and general psycho-sociological problems, the structure, organization, and flow of operations could be designed according to what people really need.

**Conclusions:** User experience and patient-oriented organization as an institutional concept are key factors in empowerment and success in disease management.

**Keywords:** quality; evaluation; processes; patient perspective

Recibido: 18/02/2020

Aceptado: 06/03/2020

## Introducción

La evaluación es una actividad esencial al trabajo humano. Consciente o inconscientemente, las personas, los grupos, y las organizaciones intentan establecer en qué medida alcanzaron o alcanzarán los sueños, propósitos, metas o estándares que se habían planteado. La evaluación en el campo de la gerencia en los servicios de salud se utiliza igualmente para comprobar en qué medida los procesos y los resultados son consecuentes con los valores esperados, lo que permite decidir qué acciones deben implementarse en función de lo que esa comprobación demuestre. El presente trabajo es un análisis de reflexión desde la óptica de los pacientes y sus necesidades.

Los servicios de salud que se prestan en cualquier nivel de atención tienen un papel preponderante porque servirá de referente para el mejoramiento continuo y otorgan una aplicación más eficaz y objetiva por los proveedores. Son además una base sólida para una mejora continua de la calidad de la atención y, obtener una evidencia documentada de lo que los pacientes quieren, necesiten y sienten. *Sainz de Robles* menciona como sinónimos de evaluación las palabras: tasa, tasación, valoración, valuación, estimación, aprecio, calculo, también indica una serie de términos sinónimos de evaluar como valorar, valuar, apreciar, calcular, estimar, tasar, justipreciar.

En una visión más global, el diccionario de salud pública define la evaluación como “los esfuerzos dirigidos a determinar de forma sistemática y objetiva la efectividad y el impacto de las actividades realizadas para alcanzar objetivos de salud, teniendo en cuenta los recursos asignados”.<sup>(1)</sup> Partiendo de la concepción de que el paciente es el factor esencial a considerar para llevar a cabo todo un proceso de atención y evaluar la calidad, sin olvidar la importancia que reside en los aspectos sociales y culturales insertos en la vida cotidiana de cada paciente. Esto implica adentrarnos desde el plano individual hasta el comunitario, a fin de conocer en qué momento, es necesario mejorar la atención en la prevención y seguimiento de las enfermedades crónicas.

Asimismo, desde el ámbito institucional se debe tener un proceso que dé cuenta del cómo se están llevando el control y seguimiento de las enfermedades crónicas de cada paciente, existen evaluaciones que determinan la satisfacción del paciente, encuestas con diferentes variantes definiendo cuan tan buena es la organización o no dentro del sistema de salud, además de la evaluación de los procesos de manera intrínseca, entonces se hace necesario como transformar una información en la que es señalada por los mismos demandantes de servicios de salud es decir la evaluación de la calidad desde el punto de vista de los pacientes como eje que transforme una atención de calidad en salud considerando los aspectos socio psicológicos de cada individuo. La verídica y más significativa evaluación de la calidad con el punto de vista de la satisfacción del paciente o su experiencia será fundamental. El objetivo del trabajo fue estudiar la evaluación de la calidad desde la perspectiva del paciente y otros enfoques.

## Desarrollo

La evaluación, en términos generales, forma parte de una de las funciones que desde, el punto de vista clásico, constituyen el ciclo de la gerencia (planificación, organización, dirección y control). Aunque este ciclo ha sido criticado en ocasiones por considerarse simplista, no parece serlo tanto pues todavía se emplea como vía para explicar esta disciplina.<sup>(2)</sup> En este ciclo, la función control se desarrolla a su vez siguiendo la secuencia siguiente:

- a) Establecimiento de las normas, planes o estándares.
- b) Comparación de lo que está sucediendo o sucedió con respecto a las normas, planes o estándares establecidos (evaluación).
- c) Rectificación o ajustes de las desviaciones detectadas.

Debe entenderse entonces que toda evaluación, requiere como punto de partida, una definición de lo que debe esperarse de una acción, producto, movimiento, resultado, servicio o decisión. Con estos elementos, la evaluación determina si efectivamente se ha alcanzado o se está alcanzando lo que tal punto de vista establece. Para lograrlo dispone de numerosas técnicas, métodos o herramientas algunas de los cuales son específicos para determinados sectores, ramas o tipos de trabajo.<sup>(3,4)</sup>

Hasta buena parte del siglo XIX, el concepto más arraigado en cuanto a calidad en salud se basaba en la presunción de que todo acto de atención médica era intrínsecamente bueno, pues se encaminaba a salvar a una persona de una enfermedad o a disminuir sus efectos dañinos y por lo tanto, la evaluación de los servicios no parecía algo que tuviera sentido.

A principios del Siglo XX el Dr. Flexner (1866-1959) publica en Estados Unidos su informe “Cirugías, verdaderas trampas mortales” en el cual presenta su evaluación sobre la calidad de las intervenciones quirúrgicas, la atención médica y la formación profesional en los hospitales de ese país, en el cual demuestra que eran totalmente deficientes y una verdadera agresión a los pacientes.

Posteriormente, en su intervención en el Congreso de Cirujanos amplía sus críticas hacia los registros hospitalarios y la total inseguridad para la recuperación de los pacientes intervenidos.<sup>(5)</sup>

Como parte del Comité para Estandarización de los Hospitales, adapta la estructura y lógica de los manuales de auditoría financiera para crear los primeros manuales de auditoría médica. Su aplicación mostró que solo 89 de los 672 hospitales en que se aplicó por primera vez reunían las condiciones mínimas establecidas en el manual.<sup>(6)</sup> Estos y otros acontecimientos vinculados dieron inicio a un movimiento nacional que más tarde se identificara como garantía de calidad, que a su vez consolida la evaluación de la calidad como herramienta del trabajo sanitario.

Los primeros intentos en el Reino Unido por evaluar la calidad en salud debieron enfrentar gran resistencia por parte de los médicos ofendidos pues lo estimaban como una manera de cuestionar su labor altamente humanitaria y ponía en tela de juicio su propio prestigio. La batalla fue difícil, pero para principios de los años 80 el concepto de garantía de la calidad en salud y los instrumentos correspondientes ya habían sido introducidos y estaban operando.<sup>(7,8)</sup>

### Enfoques de la evaluación de la calidad

A medida que los métodos y herramientas para la evaluación de la calidad en los sectores manufactureros y de servicios se iban desarrollando, modificando y extendiendo, fueron siendo asimilados por las organizaciones sanitarias, aunque no siempre se hicieron las adecuaciones que los sistemas y servicios de salud requerían. Hay tres grandes hitos en este proceso:<sup>(9,10)</sup>

- *Garantía de calidad:* Descansa fundamentalmente en el enfoque de auditoría, la evaluación se realiza por personas que no participaron en la realización del proceso, producto o servicio objeto de evaluación. Tiene su origen en los trabajos de Flexner y otros expertos comentados anteriormente. Se asocian a este enfoque diferentes tipos de comité como los de fallecidos o de infecciones, las auditorías médicas generales y especializadas y las revisiones y dictámenes de las organizaciones acreditadoras.

- *Calidad total*: Este concepto desarrollado y generalizado por Kaoru Ishikawa (1915-1989) aportó una forma mejor de apreciar la calidad al definirla no como un asunto a cargo de un departamento o de un grupo de expertos, sino como el resultado de un proceso que involucra a todos los elementos que componen la organización y que nunca termina. Este enfoque resultó totalmente innovador y por supuesto marcó la manera en que realmente se debía hacer la evaluación. Erróneamente, se confunde la calidad total con un enfoque de cero defectos.
- *Mejora continua*: Este concepto está muy ligado al de calidad total. Descansa en la idea de ciclo *Planear, Hacer, Verificar, Actuar* (PHVA, PDCA) creado por Shewart (1891-1967) que en realidad no es más que una adaptación del ciclo de la gerencia creado por los clásicos de la administración científica a que se hizo referencia anteriormente. Por otra parte, quien la desarrolló y actualizó plenamente fue Deming (1900-1993), al punto que la mayoría de las personas lo identifican como el ciclo Deming.

En realidad, estos tres enfoques están muy vinculados en la actualidad, aunque el que tiene mayor peso es el último, por aportar un enfoque gerencial al concepto de evaluación de la calidad. Lo cierto es que la calidad es el producto de un proceso complejo que es conducido por personas que emplean habilidades y tecnologías y cuyo resultado va a depender de lo capaces que sean de hacerlo bien.<sup>(11)</sup>

### **Enfoques de la evaluación de la calidad en salud**

El Dr. Avedis Donabedian (1919-2000) fue pionero en desarrollar un modo de evaluación de la calidad que se acercara más a lo que el sector salud requería. Consideró tres componentes: estructura, procesos y resultados, los cuales asoció a tres dimensiones: calidad técnica, calidad interpersonal y comodidades. Este enfoque constituyó un paso de avance importante en mejorar las maneras de hacer evaluación de la calidad en salud y ha representado un punto de partida valioso para los métodos más recientes que, por supuesto, lo mejoran.<sup>(12)</sup>

Por otra parte, el denominado ciclo de Deming aplicado a la evaluación de la calidad en salud, propició aportes importantes tales como:

- La corrección de errores como parte integrante del propio proceso de la asistencia médica.
- La innovación, que rompe los límites trazados por la norma o plan para permitir la introducción de nuevas maneras de hacer las cosas, no previstas hasta ese momento.
- El horizonte desplazable, o sea el ciclo no termina nunca, con lo cual siempre se estará evaluando y mejorando.

### **La gestión por procesos y la evaluación de la calidad en salud**

Cualquier organización está constituida por una serie de procesos de diferentes tipos, complejidad, tiempo de ejecución y ubicación jerárquica. A diferencia de lo que se aprecia a simple vista, la estructura vertical de la organización no es la que produce el producto o el servicio sino la secuencia horizontal y transversal de los diferentes procesos que actúan como transformadores sucesivos de recursos en productos.<sup>(13)</sup>

En las organizaciones sanitarias, el esquema de procesos es notablemente complejo pues las secuencias de la atención a cada paciente tienen sus individuales, sus recorridos y su tipo de acción. A esto se añade que tales secuencias se llevan a cabo en diferentes lugares físicos, por especialistas y técnicos de distinto perfil y sujeto a desplazamientos que casi nunca son lineales.<sup>(14)</sup>

Se ha podido demostrar que en tales procesos se incurre en acciones, decisiones, consumo de tiempo o recursos que no necesariamente crean valor para los pacientes. Hasta hace algún tiempo se les prestaba poca atención pero en la actualidad se les identifica generalmente como desperdicios o despilfarros.<sup>(15)</sup> Su localización, reducción o eliminación es un objetivo principal de los sistemas de evaluación de la calidad en salud por su efecto negativo para la seguridad de los pacientes, la sub y sobre atención, la capacidad de respuesta ante los eventos, el tiempo requerido para la atención, el aseguramiento de la continuidad como

requisito básico de este servicio y la sostenibilidad de las organizaciones sanitarias. Un ejemplo muy completo de estos despilfarros aparece en un libro reciente editado por la Organización Mundial de la Salud (OMS).<sup>(16)</sup>

Se ha podido demostrar que los sistemas de evaluación de la calidad basados en gestión por procesos y generalmente conocidos como *Lean-sanidad* aportan notables beneficios al paciente en términos de mejor y más pronta recuperación, reducción de molestias y repeticiones innecesarias y un menor riesgo para su salud e incluso para su vida.<sup>(17,18)</sup>

### **El tránsito desde el enfoque al producto al enfoque centrado en el cliente**

Tradicionalmente, los productores y los dedicados al servicio han desarrollado todas sus estrategias de venta sobre la base de hacer los mejores diseños funcionales y estéticos asumiendo que estos son lo que los clientes van a preferir y por tanto a comprar o a consumir. En términos técnicos, esto es lo que se conoce como marketing transaccional. Este enfoque cumplía además el rol de crear fidelidad del cliente y de su familia a consumir cierta marca o visitar un establecimiento.

En el siglo XX este esquema empieza a debilitarse con la maduración y generalización de la producción industrial, el mayor acceso a la educación y la información, el incremento del tiempo libre, las mayores facilidades para viajar a otros países y las nuevas conquistas de los trabajadores que incrementaron sus posibilidades de consumo.

Para mediados de ese siglo comienza un movimiento tendiente a condicionar el diseño de productos y servicios a partir de lo que los clientes potenciales querían, deseaban y podían. Las empresas que no se incorporaron a este nuevo enfoque empezaron a perder clientes ante una competencia que les ofrecía lo que ellos querían.

Esta idea se va consolidando progresivamente en lo que se conoce técnicamente como marketing relacional, haciendo referencia a la interrelación privilegiada con el cliente.<sup>(19)</sup> Este enfoque, sin embargo, no va a operar de la misma manera con

respecto a los diferentes sectores, sobre todo cuando se trata de manufactura de productos o de ofertas de servicio.

### **La evaluación de la calidad en el caso de los servicios**

Desde la segunda mitad del siglo XX el sector de servicios ha mantenido mundialmente un crecimiento sostenido, al que se añade el hecho de que muchas empresas manufactureras los incorporan como un plus a sus productos, de manera de fijar la diferencia con respecto a la competencia. En el año 2015, representaba el 70 % del PIB y el 62 % del empleo total en América Latina y el Caribe y continuaba con tendencia al crecimiento.<sup>(20)</sup>

El rasgo más distintivo de los servicios con respecto a la evaluación de su calidad reside en su carácter intangible, lo que impide asociar determinadas cualidades técnicas y físicas con valores medibles en términos cuantitativos. A este atributo se añaden otros que definitivamente plantean soluciones diferentes para ese tipo de actividad.

*“Las características particulares de los servicios, tales como: su carácter intangible, su heterogeneidad, su simultaneidad entre producción y consumo y que no se puedan almacenar entre otras, hacen que la concepción tradicional de la mercadotecnia nacida de la gestión de empresas fabricantes de bienes, y que se aplica en la administración de las diferentes áreas de la empresa, pueden seguir siendo eficaces pero ya no son suficientes para lograr la excelencia en la calidad del servicio y ser exitoso en el mercado”.*<sup>(21)</sup>

### **La evaluación de la calidad en los servicios de salud como caso especial**

Los servicios de salud están considerados como de *contacto elevado* pues pertenecen al grupo en los que las personas deben ir personalmente a recibirlos, tienen participación activa en cómo debe ejecutarse e interactúan intensamente con el prestador durante el proceso de entrega.

Sin embargo, esta descripción es insuficiente si tomamos en cuenta algunas particularidades que raramente pueden aparecer en otros sectores, incluso en los de servicio:

El cliente, en este caso el paciente, es tanto objeto del servicio como sujeto de este, pues le toca ejecutar personalmente partes importantes de todo el proceso asistencial, por ejemplo, cumplir con la prescripción de medicamentos o modificar su estilo de vida.

Durante el acto del servicio puede percibir dolor, miedo, inquietud o inseguridad, o asumir riesgos muchos de los cuales son inevitables para que el objetivo del servicio médico pueda alcanzarse.

La meta de la atención médica es que el paciente no tenga que volver, sin embargo, en el resto de los servicios lo ideal es conseguir su fidelidad, lograr su visita una y otra vez.

Estas características implican que para evaluar la calidad en salud, no basta con conocer las estadísticas sobre morbilidad, mortalidad, número de pacientes atendidos, vacunación o trasplantes exitosos, todos los cuales, sin lugar a dudas, son de gran importancia.

Quedan fuera de ese conjunto, todo lo que ha sucedido con este tipo de cliente durante el proceso del servicio, por una parte, las experiencias vividas, tales como rapidez, cordialidad, humanismo, tiempo, ética, reducción del dolor o del riesgo, comunicación o comprensión, todo lo cual pertenece al campo de la psicología y la sociología. Por la otra, su compromiso, es decir, en qué medida se obtuvo participación activa en su papel de sujeto del proceso, de manera de optimizar los resultados. Todo lo anterior hace la evaluación de la calidad en salud un caso especial.<sup>(22)</sup>

### **La evaluación de la calidad desde el punto de vista de los pacientes**

Durante muchos años, la evaluación de la calidad en salud se ha concentrado en determinar la satisfacción del paciente. Uno de los instrumentos más generalizados para su estudio, ha sido la encuesta en sus diferentes variantes. Los por cientos y las estructuras construidas a partir de esta información se emplean para apreciar cuan bueno o no, es una organización sanitaria o un sistema de salud.

La satisfacción del paciente es una adaptación al sector salud del concepto satisfacción del cliente surgida en los años 80 del siglo pasado, como una manera

de modernizar los enfoques de mercadotecnia de los sectores productivos y de servicios, pero su capacidad para medir calidad en salud es limitada dada las particularidades a que se ha hecho referencia en incisos anteriores.

Una de las grandes limitaciones de medir la satisfacción del paciente es la manera en que las encuestas estrechan la posibilidad de esta persona para expresarse. Estas son algunas:

Las preguntas están diseñadas de acuerdo con los intereses de la administración y por tanto enmarcan en ese rango las posibilidades de que el paciente entregue información que se salga de dicho marco.

La opción de respuesta por cada pregunta produce esa misma limitación solo con la diferencia de que enmarcan de forma más estrecha aún las oportunidades de que el paciente pueda expresarse.

Las tablas numéricas derivadas de esas informaciones se construyen mediante categorías, orden de presentación y peso específico de cada elemento donde prevalecen los criterios técnicos sobre lo que el paciente piensa y experimenta.

La satisfacción mide resultados, no procesos, aunque a veces se quiere dar la impresión que los incluye. Los procesos están asociados a las experiencias de los pacientes durante toda la actividad asistencial y eso queda fuera.

En estudios realizados en México se pudieron apreciar contradicciones notables entre resultados muy buenos de acuerdo con los índices de satisfacción de pacientes y los obtenidos al aplicar técnicas de grupos focales a las personas con el propósito de identificar sus perspectivas, en los que se evidenciaron serias deficiencias en la calidad de la asistencia médica.<sup>(23,24,25)</sup>

La diferencia más significativa entre la evaluación de la calidad con un enfoque de satisfacción del paciente o de experiencia del paciente es que el primero valora, en lo fundamental, los intereses de la administración, mientras que el segundo pone al paciente en el primer plano, en lo que se conoce en la actualidad como organizaciones orientadas al paciente.<sup>(26)</sup>

Según este autor, dejar fuera lo que sucede durante todo el proceso de la atención médica con respecto al paciente, hace insuficiente cualquier criterio que se pueda inferir a partir del cual se tomen decisiones en las organizaciones

sanitarias, pues se pierde el alto componente humanista, ético y solidario inherente a la gestión en salud.

Lo anterior resulta aún de mayor significación cuando se trata de personas con padecimientos crónicos. Sin lugar a dudas, se ha avanzado considerablemente en todo lo relacionado con diagnósticos, tratamientos, soluciones innovadoras, mayor esperanza de vida y en general notables aplicaciones de todo lo que se origina en el campo de las ciencias. Sin embargo, queda mucho por hacer con respecto a comprender en estas personas, sus temores, reservas, indefensión, aislamiento, experiencias, fracasos, incomprensiones, incomunicación, adherencia al tratamiento. En general todo aquello que en el orden socio psicológico es tan importante y decisivo como el tratamiento estrictamente médico para que estas personas ganen años de vida con calidad.<sup>(27,28,29)</sup>

## Consideraciones finales

La evaluación de la calidad en salud es un componente inseparable de todos los procesos relacionados con la estrategia, la organización, el diseño de flujos de trabajo, la asistencia propiamente dicha y las operaciones clínicas, administrativas, técnicas, económicas y financieras de las organizaciones sanitarias.

La evaluación no debe limitarse a lo que las encuestas dicen a favor de la satisfacción del paciente, pues estas están construidas en función de lo que quieren saber los dirigentes de la organización y omiten elementos importantes sobre lo que sucede al paciente dentro del proceso de la atención, en lo que se conoce en la actualidad como la experiencia del paciente.

En todas aquellas personas que padecen cronicidad, opera un conjunto de sentimientos, casi siempre negativos, que entorpecen su calidad de vida, reducen los beneficios potenciales de los tratamientos que se le aplican y dañan su autoestima.

Una evaluación basada en poner en primer plano la experiencia del paciente crea las condiciones para hacer un abordaje diferente tanto en la concepción, como en la operación y el proceso de la atención médica, durante el cual es posible

eliminar o reducir los mencionados sentimientos negativos. La experiencia del paciente, y la organización orientada al paciente como concepción institucional, son la clave para contar con pacientes crónicos empoderados y capaces de administrar su enfermedad con éxito.

## Referencias bibliográficas

1. Last JM. A dictionary of public health. Oxford: Oxford University Press; 2017.
2. McGrath J, Bates B. El pequeño libro de las grandes teorías del Management. Estados Unidos: Editora Alienta; 2014.
3. Carnota O. Gerencia sin agobio. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2015.
4. EUPATI. Proceso de evaluación de tecnologías sanitarias: fundamentos. Academia Europea de Pacientes. 2015 [acceso 13/02/2020]. Disponible en: <https://www.eupati.eu/es/evaluacion-de-tecnologias-sanitarias/proceso-de-evaluacion-de-tecnologias-sanitarias-fundamentos/>
5. Codman E. The product of hospitals. Surg Gynecol Obstet. 1914;18:491-4.
6. Chassin M, O`Kane M. History of the Quality Improvement Movement. Capítulo I. 2011 [acceso 11/02/2020]. Disponible en: <https://www2.aap.org/sections/perinatal/pdf/1quality.pdf>
7. Vuori H. Garantía de calidad en Europa. Salud Pública Mex. 1993;35(3):291-7. [acceso 25/01/2020]. Disponible en: <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5659>
8. Shaw Charles D. Auditoría Clínica, experiencia del Reino Unido. Londres: CASPE Reseach; 2010.
9. Hernández H, Barrios I, Martínez D. Gestión de la calidad: elemento clave para el desarrollo de las organizaciones. Criterio Libre. 2018;16(28):169-85. DOI: <https://doi.org/10.18041/1900-0642/criteriolibre.2018v16n28.2130>
10. Chow Mak. L. La calidad total como estrategia de acometividad para las empresas mexicanas. Parte 6. Los gurús de la calidad total. México: Instituto Tecnológico de Baja California; 2005.
11. Carnota O. Calidad con sostenibilidad, gerencia de las organizaciones sanitarias del sector público. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2019

12. Donabedian A. Quality assurance in our health care system. *Am Coll Util Rev Physi.* 1986;1(1):6-12.
13. Sánchez L, Blanco B. La gestión por procesos. Un campo por explorar. *Research Gate.* 2014 [acceso 28/01/2020]. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/270157807\\_La\\_gestion\\_por\\_procesos\\_Un\\_campo\\_por\\_explorar](https://www.researchgate.net/publication/270157807_La_gestion_por_procesos_Un_campo_por_explorar)
14. Lorenzo S, Mira J, Moracho O. La gestión por procesos en instituciones sanitarias. *Master en Dirección Médica y Gestión Clínica.* 2014 [acceso 28/01/2020]. Disponible en: [http://calite.umh.es/data/docs/110/Gestion\\_procesos.pdf](http://calite.umh.es/data/docs/110/Gestion_procesos.pdf)
15. Jiménez J, Gisbert V. Guía metodológica de la cuestión de desperdicios en una pyme. *3C Empresa: investigación y pensamiento crítico. Edición Especial.* 2017;57-63. DOI: <http://dx.doi.org/10.17993/3cemp.2017.especial.57-63/>
16. Yates R, Humphreys G. Argumentando sobre la cobertura sanitaria universal. Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2013. p. 38-9.
17. Fernández MÍ. Aplicación del método Lean Healthcare en un servicio de Ginecología y Obstetricia. *Metas Enferm.* 2016;19(1):21-6.
18. Rotter T, Plishka CT, Adegboyega L, Fiander M, Harrison EL, Flynn R, et al. Lean management in health care: effects on patient outcomes, professional practice, and healthcare systems. *Estados Unidos: Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group.* 2017 [acceso 11/01/2020]. Disponible en: <http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD012831/full>
19. Barrón R. Marketing relacional como estrategia de los negocios del Perú. *Perú: Revista de la Facultad de Ciencias Contables.* 2011;19(36):57-62. DOI: <https://doi.org/10.15381/quipu.v19i36.6487>
20. Shuster M. ¿Qué pasa con el sector servicios en América Latina? Entrevista con Nanno Mulder, experto de la CEPAL. Edición digital de Nueva Sociedad. 2018 [acceso 23/01/2020]. Disponible en: <https://nuso.org/articulo/que-pasa-con-el-sector-servicios-en-america-latina/>
21. Gosso F. *Hiper satisfacción del cliente.* México: Editorial Panorama; 2008.

22. Carnota O. La invisibilidad del paciente. Revista Cubana de Salud Pública. 2015 [acceso 26/01/2020];41(2):184-99. Disponible en: <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/366>
23. López C, Ávalos N, Morales M, Romeo H. Perspectivas del paciente en el control de la diabetes mellitus en las unidades de la seguridad social de Tabasco. Un estudio cualitativo. Salud en Tabasco. 2013;19(3):77-84.
24. López C, Ávalos M. Diabetes Mellitus tipo 2. Barreras y perspectivas en el control del paciente. Horizonte Sanitario. 2013;12(2):63-9.
25. Ávalos MI. Experiencia en la evaluación de la calidad de la atención primaria en un estado mexicano empleando una selección de enfermedades que pueden considerarse trazadoras. Horizonte Sanitario. 2010;9(2):25-31.
26. Bezos C. La diferencia entre valorar la satisfacción del paciente y medir su satisfacción. Instituto para la experiencia del paciente. 2014 [acceso 03/02/2020]. Disponible en: [http://healthcocreation.wordpress.com/2014/06/12/la-diferenda-entre-valorar-la-experiencia-de-paciente-y-medir-su-satisfaccion/?blogsub=pending#blog\\_subscription-4](http://healthcocreation.wordpress.com/2014/06/12/la-diferenda-entre-valorar-la-experiencia-de-paciente-y-medir-su-satisfaccion/?blogsub=pending#blog_subscription-4)
27. Michie S, Miles J, Weinman J. Patient-centredness in chronic illness: what is it and does it matter? Patient Educ Couns. 2002;51:197-206.
28. Hudon C, Fortin M, Haggerty J, Loignon C, Lambert M, Poitras M, et al. Patient-centered care in chronic disease management: A thematic analysis of the literature in family medicine. Patient Education and Counseling. 2012 [acceso 10/01/2020]:170-6. Disponible en: <https://pre.bgu.ac.il/en/fohs/communityhealth/Family/Documents/Patient-centered%20care%20in%20chronic%20disease%20management.pdf>
29. Mercado FJ, Hernández E. Las enfermedades crónicas desde la mirada de los enfermos y los profesionales de la salud: un estudio cualitativo en México. Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública. 23(9):2178-86. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000900025>.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

### Contribuciones de los autores

*Sergio Noriero Escalante*: Idea principal. Elaboración del texto inicial.

*María Isabel Ávalos García y Heberto Romeo Priego Álvarez*: Contribución a la idea principal, aportes al texto inicial, revisión crítica y aprobación de la versión final.